



ARQUIVOS
do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

v.27 - n. 105 - Jan/Mar - 2010

CRM PR

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
GESTÃO 2008/2013**

DIRETORIA 01/10/2008 - 31/05/2010

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

MEMBROS EFETIVOS

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

MEMBROS SUPLENTES

Alceu Fontana Pacheco Júnior
Ana Maria Silveira Machado de Moraes (Maringá)
Arnaldo Lobo Miró
Carlos Puppi Busetti Mori (Cascavel)
Darley Rugeri Wollmann Júnior
Ehrenfried O. Wittig (indicado pela AMP)
Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke
Gustavo Justo Schulz
Helio Delle Donne Júnior (Guarapuava)
Joachim Graf
Keti Stylianos Patsis
Lisete Rosa e Silva Benzoni (Londrina)
Luiz Antonio de Mello Costa (Umuarama)
Luiz Jacinto Siqueira (Ponta Grossa)
Mário Teruo Sato
Marta Vaz Dias de S. Boger (Foz do Iguaçu)
Monica De Biase Wright Kastrup
Paola Andrea Gaibiatti 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
Assessor Jurídico: Adv. Afonso Proença Branco Filho e Adv. Martin Afonso Palma

Departamento de Fiscalização

Médicos fiscais de Curitiba: Dr. Elísio Lopes Rodrigues, Jun Hirabayashi e Graciane Peña Mogollon
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: protocolo@crmpr.org.br - Telefone: (41) 3240-4000 - Fax: (41) 3240-4001

ISSN 0104 - 7620

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 27	n. 105	p. 01-60	Jan./Mar.	2010
---------------------------	----------	-------	--------	----------	-----------	------

EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Donizetti D. Giamberardino Filho
Hélcio Bertolozzi Soares

Ehrenfried O. Wittig
Hernani Vieira

Gerson Z. Martins
João M. C. Martins

Miguel I. A. Hanna Sobrinho
Luiz Sallim Emed

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

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

ENDEREÇOS

CRM/PR

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: cap@crmpr.org.br
Comissão de Atualização Cadastral de E-mails: correio@crmpr.org.br
Assessoria de Imprensa: imprensa@crmpr.org.br
Biblioteca: biblioteca@crmpr.org.br
Home-Page www.crmpr.org.br
Postal Caixa Postal 2208
Telefone 41 3240-4000
Fax 41 3240-4001

CFM

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

TIRAGEM

21.500 exemplares

CAPA

Criação: Rodrigo Montanari Bento

DIAGRAMAÇÃO

Marivone S. Souza - (41) 3338-5559

FOTOLITO E IMPRESSÃO

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

EDIÇÃO

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

REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

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

RESPONSABILIDADE

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

NORMAS PARA OS AUTORES

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

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

Título - sintético e preciso, em português.

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

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

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

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

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

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

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

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

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

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

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

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

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

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

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

ÍNDICE REMISSIVO

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos dos primeiros 50 números, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após, no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page www.crmpr.org.br Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em biblioteca@crmpr.org.br ou por telefone 0xx41 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. 27, n.105, 2010

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

O NOVO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Quando se fala na Profissão Médica, se fala de uma profissão que vem passando ao longo dos anos por muitas transformações. Transformações que acompanham as modificações que a humanidade vem apresentando.

Ao propormos um código de condutas, revelamos às pessoas o compromisso que assumimos com a sociedade.

A comunicação com a sociedade, nos dias atuais, é um desafio que precisa ser aprimorado e é um dos papéis que assumimos frente a ela.

Antiga, a profissão médica apresenta responsabilidades diversas e complexas, como complexos são os relacionamentos. Mantém valores ao longo da história como o respeito e moralidade, que ensejam princípios agregados tais como paciência, perseverança para desenvolver, e de forma adequada, aprimorar as habilidades e competências que conferem embasamento aos nossos atos.

O aperfeiçoamento pessoal e as habilidades, que exigem a contínua capacitação, são requisitos para o exercício profissional. É contínua também a retradução de nosso comportamento frente às experiências que acumulamos ao nos defrontarmos com o sofrimento, com doenças incuráveis, com a morte, assim como nos revemos em cada nascimento, no desenvolvimento de crianças, na alegria de convivermos com a vida, na amplitude de sua concepção e de suas particularidades.

O novo Código de Ética Médica mantém os seculares princípios hipocráticos e avança na valorização da autonomia, inclusive da criança. Aprimora o caráter confidencial da profissão, assegurando a devida privacidade a todos. Revigoramos perante a sociedade que médico é pessoa e profissional de confiança. Caminhamos, cada um, desde o que inicia àquele já com experiência profissional na direção da credibilidade perante as pessoas.

Para que tais requisitos sejam atendidos, são imprescindíveis que à pessoa do médico sejam atendidos os requisitos necessários para o exercício profissional. É necessário que fique claro aos legisladores, aos juízes, aos responsáveis pela contratação de médicos e a sociedade que precisamos ter condições de trabalho, tempo para os atendimentos, tempo para os cuidados pessoais, tempo para o aprimoramento, remuneração digna e de acordo com a relevância e responsabilidade da profissão. E, finalmente, que os serviços onde nos inserirmos apresentem estruturas adequadas para que possamos oferecer o bem e o melhor na atenção às pessoas e à comunidade.

Cons. Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, presidente do CRMPR.

O MÉDICO DO SÉCULO XXI: COMPROMISSO SOCIAL E RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA

Sônia Wendt Nabarro*

RESUMO - O tema deste estudo é a atuação médica na sociedade ocidental do século XXI. Analisando alguns fatores que fazem parte do planejamento de uma nova estratégia em promoção de saúde, o estudo traz à reflexão e propõe mudanças na atitude médica, tanto do ponto de vista acadêmico, quanto pessoal, assim como salienta a ética como fator essencial nessa transformação social.

Palavras-chave: medicina, ética, assistência médica, relação médico-paciente.

THE PHYSICIAN IN XXI CENTURY: SOCIAL COMMITMENT AND SHARED RESPONSIBILITY

ABSTRACT: The theme of this study is the medical conduct in the occidental society in the XXI century. Analyzing some factors that are part of the planning off a new strategy in health promotion, the study brings to reflection and suggest changes in medical attitude on both academic and personal viewpoint, and emphasizes the ethics as an essential factor in social transformation.

Key words: medicine, ethics, medical assistance, medical-patient relationship.

"Nossas disposições morais nascem de atividades semelhantes a elas. É por essa razão que devemos atentar para a qualidade dos atos que praticamos, pois nossas disposições morais correspondem às diferenças entre nossas atividades".

(Aristóteles, "Ética a Nicômaco", Livro II, Cap. 1)

INTRODUÇÃO

Repensar o papel do médico, reavaliar sua importância inquestionável no enfrentamento da enfermidade e na política de resultados, assim como encontrar caminhos que viabilizem uma atuação relevante e salientem sua fundamental participação na atual medicina ocidental, é a proposta principal deste trabalho. Percorrendo, através da história, etapas definidas tanto pelos valores existenciais e compromissos sociais de cada época, quanto pelo progresso de uma ciência em contínua ascensão, testemunha-se a medicina em transformação. De um

* 2º lugar no prêmio de Monografia do CRM/PR em 2009 com o trabalho "Compromisso Social e Responsabilidade Compartilhada. Médica Psiquiatra (CRM 7217), artista plástica e escritora. Formada pela Universidade Federal do Paraná em 1980. Reside em Campinas (SP).

posicionamento primitivo de "arte de curar", em que o médico detinha a magia dos remédios e o enfrentamento pessoal da enfermidade, a atuação médica chegou ao atual - e por vezes incômodo - posicionamento de profissão comum e sujeita às contradições sociais. O profissional da medicina, outrora endeusado e considerado um artista, atuando através da fusão de conhecimentos adquiridos e da experiência própria, foi aos poucos sendo destituído do glamour e do mistério que o caracterizavam, assumindo o papel de profissional sujeito a uma série de exigências antes desconhecidas. Se por um lado adquiriu a seu favor uma ciência que se renova a cada dia, por outro passou a enfrentar as expectativas de uma população informada e vigilante, somadas por sua vez a circunstâncias externas que interferem diretamente na atuação médica: políticas de saúde, carência de recursos, superlotação de serviços, desvalorização do trabalho médico, banalização de informações.

A importância do questionamento do papel do médico se torna relevante na medida em que a medicina ocidental deixa de ter sua centralização na figura do profissional e passa a depender de recursos, sem os quais a atuação do médico se torna ínfima, quase nula. Surge assim a "medicina de recursos" que, movida por uma sociedade que valoriza excessivamente a comprovação documental e a burocracia, transforma o recurso em quesito mais importante do que o médico em si. As pequenas exigências do dia-a-dia na medicina, as disponibilidades terapêuticas, as viabilizações diagnósticas, as comprovações laboratoriais, a documentação, a burocratização das políticas de saúde adquiriram papel tão importante quanto a atuação terapêutica propriamente dita, e muitas vezes o médico utiliza mais tempo no preenchimento de papéis, do que no relacionamento com o paciente. A relação médico-paciente parece ter abdicado da excelência, superado por uma série de normas que controlam assustadoramente a atuação médica, moldando-a em conformidade com políticas assistenciais cabíveis aos recursos oferecidos, para conforto de setores que, de alguma forma, beneficiam-se com tais procedimentos.

Partindo-se do pressuposto de a burocracia ser realmente necessária a um modelo médico mais abrangente e a uma expectativa populacional cada dia maior, tem-se na organização de recursos o principal trunfo da medicina ocidental e, mais uma vez, a figura do médico corre o risco de se tornar dispensável. Perda entre demonstrações gráficas e estatísticas, a relação com o paciente se encontra reduzida, de forma progressiva e inevitável, a um papel secundário, tornando-se subserviente às políticas de saúde, e o médico passa a atuar apenas como mediador entre os recursos disponibilizados pelo poder público e a população enferma. Este estudo tentará, pois, inferir sobre o posicionamento médico atual, sensibilizando o profissional cujo comprometimento ético e terapêutico se encontra fragilizado pelo constante enfrentamento de situações limítrofes e, se possível, interferir no questionamento provocado pela inovação das políticas de saúde no decorrer desse início de século.

O presente estudo se constituirá, pois, de tópicos que levarão em consideração a oportunidade de discorrer sobre o cotidiano médico, vinculando o trabalho profissional ao novo modelo que a medicina ocidental apresenta, modelo esse centrado na tecnologia de recursos. Sejam os recursos de simples abrangência de informação ao público, na área da tecnologia de comunicação, ou de alcance mais específico, na área da experimentação e da evolução científica, é suposto que interfiram diretamente

no trabalho médico. Tal interferência cerceia o relacionamento do profissional com o paciente e, por conseguinte, modifica o ato médico em toda a sua extensão, o que justifica a necessidade premente de adaptação a uma nova realidade, e a análise persistente e prioritária da ética aplicada a um novo modelo de atuação médica.

A DESMISTIFICAÇÃO DA REPRESENTAÇÃO MÉDICA

Além dos conhecimentos técnicos, a atual medicina ocidental exige um repensar da relação entre o médico e o paciente. Entre os desafios dessa relação, talvez se possa considerar que um dos maiores seja justamente aquele que caracteriza com mais pertinência o momento atual: o acesso crescente à informação. Se, por um lado, a informação permite uma somatória de alternativas de tratamento, por outro lado a informação desmistifica e cerceia o poder quase mágico que envolvia o médico de outros tempos. O enfermo já não identifica no médico a figura paternal que curava seus males, mas opina de forma igualitária e exige do profissional a conduta e a terapêutica que passou a conhecer, e sobre a qual os meios de comunicação frequentemente discorrem.

A imagem do médico carece de uma renovação imediata, pertinente ao processo de transformação que a medicina ocidental estimula em suas considerações mais abrangentes e efetivas. A busca da efetividade pede a transcendência da simples constatação física do homem, dotando-o de uma integridade que abrange corpo, psiquismo, sociedade e conhecimento científico. O doente atual já não se encontra num posicionamento de vítima frágil e indefesa, destituída do conhecimento teórico, e o seu manuseio expõe questões mais complexas do que ocorria há alguns anos, quando se colocava à mercê de todo e qualquer procedimento sem questionamentos. O acesso ao conhecimento transforma o doente em um desafio para o médico. A eficiência de resultados passa a depender não apenas da técnica e da experiência, mas de um entendimento pleno entre o enfermo e o profissional, em que tanto se valorize o restabelecimento da integridade física e mental, quanto se promova o entrosamento social e a anuência aos recursos técnicos utilizados.

A promoção de saúde, na atual sociedade, não está mais restrita a uma medicina curativa, sob responsabilidade exclusiva da figura tradicional do médico, mas passa a ser responsabilidade social, passa a depender de um conjunto de medidas que trabalham em prol de resultados comuns. Assim, a colaboração entre os vários setores sociais, políticos, terapêuticos e culturais reflete em uma busca comum de saúde física e mental, e o médico, como parte dessa equipe, possui papel de destaque na medida em que pode funcionar como mediador entre os vários recursos oferecidos e o controle da enfermidade. Aos poucos a medicina curativa cede lugar à medicina preventiva, e o doente não é mais visto como um ser isolado, com uma doença única, mas como um emergente, personificando o reflexo dessa doença em um determinado grupo social. Em contrapartida, mesmo sendo entendido como parte integrante de um todo, o doente tem a necessidade de ser tratado como único, e é nesse desafio que se constrói a competência do médico atual: na sensibilidade de diferenciar representativamente o enfermo em seu grupo, sem o separar, porém, de sua referência, do núcleo social que o contém.

Entre os seus vários desafios, a medicina atual enfrenta um desgaste da relação médica com o paciente, que vai interferir não apenas nos resultados terapêuticos, mas também em uma insatisfação que ultrapassa o consultório médico e alcança a sociedade, promovendo uma imagem negativa do trabalho médico. Fatores sociais, além dos individuais, contribuem para esse desgaste, destacando-se entre eles os processos de criminalização do ato médico, o crescente sensacionalismo através da mídia, os sistemas precários de prestação de serviços de saúde à população de países em desenvolvimento e o direcionamento da formação médica.

O primeiro fator, o processo de criminalização do ato médico, tem se manifestado de forma crescente, mediante uma exigência maior do paciente atual que, ao se sentir insatisfeito com determinada conduta ou complicação em seu tratamento, ao constatar qualquer irregularidade, denuncia o profissional em decorrência daquilo que identifica como erro médico. A mídia, que constitui o segundo fator de desgaste, muitas vezes promove o pré-julgamento do médico, em especial nas sociedades tradicionalmente descontentes com a saúde oferecida à população, havendo uma identificação imediata com o caso. Mello (2008) salienta que "a divulgação de informações médicas de forma sensacionalista, modificando dados estatísticos, médicos ou técnicos, ou utilizando eventos científicos inconsistentes, promove intranquilidade à população e dano à credibilidade do trabalho dos médicos. (...) A medicina não é um comércio e sim uma prestação de serviço diferenciada pelo próprio objeto, que é a saúde do ser humano". Alguns cuidados são necessários, pois, à divulgação da ciência médica, e Franzen (2008) defende "a importância da transmissão da informação médica à população através dos meios de comunicação, principalmente a passada com estrito caráter educativo".

O terceiro fator de desgaste médico corresponde aos sistemas de prestação de serviços de saúde à população nos países em desenvolvimento, os quais oferecem aos médicos condições desfavoráveis de trabalho. Sobrecarregados mediante o volume crescente do atendimento e a precariedade de recursos, os profissionais nem sempre usufruem tempo e condições adequadas ao bom relacionamento com o paciente, o que vai incorrer em redução de qualidade de atendimento e riscos elevados de erro médico. Costa (2005) recomenda algumas medidas que considera sensatas no atendimento ao paciente: "dar atenção ao paciente e à sua família; solicitar exames complementares; jamais deixar de prestar o atendimento; não sublimar a doença, aliviando as conseqüências da patologia; registrar absolutamente tudo no prontuário e denunciar as condições precárias de trabalho, se existentes". Costa defende, ainda, que a relação médico-paciente é, antes de tudo, uma relação de confiança, que deve ser buscada a todo custo.

Um quarto fator de desgaste se soma aos demais: a educação médica do século XX que, na busca da excelência, caminhou, inevitavelmente, para a especialização, formando profissionais extremamente competentes, porém algumas vezes distanciados da realidade social dos países em desenvolvimento. A saúde pública, sobrecarregada e trabalhando sob a precariedade de recursos, perde-se em um emaranhado de especialidades, investindo pouco em prevenção e informação. Em função de exigências sensacionalistas e mobilizações políticas, minimiza as necessidades primárias da população, priorizando a oferta de um atendimento médico

que supervaloriza a especialização e subestima a atenção básica. A gestão de recursos onera, portanto, o patrimônio público, oferecendo precariamente uma atenção especializada parcial, e deixa de suprir a população com medidas básicas de saúde, fator de desgaste, uma vez mais, para a relação do médico mediante as reais necessidades do paciente.

FORMAÇÃO MÉDICA: A ESPECIALIZAÇÃO E O MÉDICO DE FAMÍLIA

A construção de um novo olhar sobre a medicina exige, entre outros quesitos, a reflexão sobre a formação médica. A medicina atual, pressionada pelo volume de informações científicas e recursos tecnológicos, tem se voltado para a especialização, na tentativa do alcance de todas as possibilidades de ação. Observa-se que a especialidade se tornou o refúgio da grande maioria dos profissionais da modernidade, não apenas na área de saúde; é através dela que o conhecimento é selecionado e, como consequência, estabelece um aprimoramento em determinada área de ação. Ao escolher sua trajetória dentro da formação acadêmica, o médico restringe seu espaço e limita sua responsabilidade, compartilhando com os demais profissionais, de outras especialidades, o conjunto de ações exigidas para alcançar determinado objetivo. A especialidade, porém, a despeito de ter se tornado o caminho mais viável para a abrangência da atual medicina, pode oferecer alguns riscos, sobre os quais é cada vez mais importante refletir, na tentativa de alcançar a excelência do atendimento médico.

A impessoalidade, talvez, se apresente como o maior risco do atendimento médico especializado. A mudança de um modelo médico tradicional, centrado no conhecimento generalista, em que a somatória enfermidade/paciente conduzia ao diagnóstico e tratamento, para um modelo impessoal, em que o médico se dispõe a cuidar apenas de uma "parcela" da doença, transformou o paciente em um conjunto de sintomas isolados. Atualmente, o especialista corre o risco de visualizar o paciente através de um único ângulo, e os sintomas não parecem guardar relação entre si. A radical postura onipotente do médico que se colocava acima do paciente, que não o informava de sua patologia, apenas prescrevia de acordo com seus próprios critérios, deu lugar a uma postura não menos radical, a do médico que se atém, unicamente, a sua especialidade. O paciente, refém da doença que o fragiliza, peregrina de médico em médico, e jamais compõe um ser completo; seus sintomas se assemelham a peças de um quebra-cabeça, apenas se referenciando na medida em que encaixam na especialidade em questão.

Outro risco, bastante atual, da postura radical da especialidade, é a questão da saúde pública. Não há como negar a importância das políticas de saúde em populações marcadas pela desigualdade social, de forma a não se poder negar que falar em saúde, na medicina ocidental do século XXI, é falar de promoção de saúde em grande escala. O alcance das populações socialmente carentes tem se tornado o grande desafio da medicina, no sentido de reintegração e reformulação das medidas de saúde, e a prevenção pode ser encarada como a base dessa mudança de prioridades. O recurso médico, para chegar de maneira igual e equânime, precisa ser repensado, mediante os baixos orçamentos possibilitados para a promoção de saúde. Torna-se inviável, portanto, criar e manter uma saúde pública totalmente

voltada para propostas calcadas no modelo idealizado da especialidade. A importância da especialidade é indiscutível, porém dispendiosa e restrita, e o seu custo em regiões de baixo orçamento mantém populações carentes à mercê de emaranhados intermináveis de consultas, ausências de recursos médicos, sofisticações diagnósticas irrealizáveis. As gestões públicas, em especial as municipais, sob a pressão social e representativa, deixam de investir em prevenção, medicina generalista e medicina de família, os grandes trunfos da atual estrutura social.

As escolas de medicina sempre estiveram alicerçadas no modelo educacional que relaciona a qualidade ao preparo do médico como especialista. A busca da segurança, por conseguinte, desestimula a abrangência do atendimento, não apenas pelo receio de restringir a qualidade, mas também pelo enveredamento em áreas de ação pouco conhecidas e pouco valorizadas pelos meios acadêmicos. No sentido de desatrelar a idéia de qualidade à especialidade, a formação médica começa a vislumbrar novos caminhos para a sua trajetória social.

As políticas voltadas à atenção primária tiveram seu marco inicial na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, em 1978, com a "Declaração de Alma-Ata". A partir de então, através das diversas Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, a resposta acadêmica para a formação de médicos generalistas teve um histórico instável, variando de acordo com as políticas de saúde locais. A especialização em medicina de família surge, então, como a opção que mais vai ao encontro do momento social que ora a humanidade atravessa. As especialidades voltadas à atenção primária ocupam com lentidão seu papel representativo na prevenção em saúde, integrando o paciente no seu contexto familiar e social, adaptando o modelo médico a uma nova realidade. Oliveira (1999) defende que o médico de família seria "o resgate do humanitarismo preterido pela medicina contemporânea em detrimento da alta tecnologia e da medicina de consumo; é um retorno às origens da boa relação médico-paciente".

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização dos Médicos de Família (WONCA), reunidas na cidade de Ontário, Canadá, em novembro de 1994, para discutir os "Desafios dos Sistemas de Saúde", elaboraram um documento em defesa da melhoria da educação médica. No sentido de identificar as necessidades das pessoas e a possível contribuição do médico de família, tal estrutura de atenção básica se firma no impacto dessa forma de medicina em um sistema de saúde. Em 1994, o Brasil inicia seu programa de Saúde da Família, a exemplo de outros países já incorporados a tal estratégia, mas resvala na pouca oferta do modelo médico adequado a essa situação. Observa-se que a fundamentação acadêmica necessária para a construção do novo paradigma da medicina subentende desde a mudança na estratégia de envolvimento dos estudantes de medicina, até a motivação necessária para um novo posicionamento dos que já se encontram na prática médica.

Um novo olhar sobre as mudanças sociais da atualidade exige a reflexão sobre a medicina ocidental, no aproveitamento e incorporação da formação médica dentro do alcance dos recursos, não apenas no sentido de promoção, mas também de educação em saúde, sendo esse o pilar da medicina preventiva. O médico atuante tanto como promotor, quanto educador em saúde, se transforma, portanto, no referencial básico para a reformulação estrutural da medicina, e contribui para a restauração da confiança e respeito necessários ao reforço da relação médico-paciente.

EQUIPE: A RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA

Durante séculos, e presume-se que o início de tal situação remonte ao período romano de transição entre República e Império, o médico de família correspondeu às expectativas de saúde da população, curando as enfermidades e atuando como confidente dos núcleos familiares que a ele confiavam suas vidas. Cada família elegia o seu médico, que possuía uma formação generalista, de forma que a experiência - entenda-se aí não apenas a científica, mas também a experiência junto ao histórico familiar - era o pilar mais importante do atendimento. Torna-se desnecessário salientar a importância que o relacionamento com o paciente então representava; a esfera de ação do médico se restringia em termos de alcance, mas ganhava do ponto de vista qualitativo, mediante o entendimento mútuo, a compreensão e a valorização dos sintomas. A correlação sintoma/indivíduo oferecia recursos diagnósticos e terapêuticos que podiam ultrapassar a simples análise científica, favorecendo uma compreensão não apenas da "doença" em si, mas do "doente" em toda a sua complexidade.

Em contrapartida, Ribeiro (2005) destaca alguns riscos que o modelo "médico de família" então evidenciava, sobretudo no desequilíbrio dessa relação, que era íntima, porém desigual. O médico se colocava como superior e era considerado infalível, portanto não passível de questionamentos, de forma que o seu poder de persuasão o remetia a uma posição privilegiada e isenta de responsabilidades. O paciente se submetia ao tratamento estipulado através da medicina curativa e, a despeito de estar centrada apenas no médico, por conta da presunção a responsabilidade era transferida à própria fatalidade, sem fornecer ao paciente a oportunidade de questionar.

Com a evolução do modelo médico, a atual sociedade encontrou na especialização a melhor solução para o manuseio da informação oferecida por uma ciência a cada dia mais avançada. Mediante as mudanças que transformam a medicina ocidental a cada nova descoberta, torna-se humanamente impossível o médico ter conhecimento e acesso a todos os seus recursos, assim como se dedicar ao aprimoramento de forma ampla e inquestionável. A ciência tem oferecido uma quantidade inimaginável de possibilidades, seus limites ultrapassam a capacidade comum, e já não se pode idealizar um profissional que conheça plenamente toda a complexidade dos recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis. No lugar de um conhecimento generalizado da medicina, passa a ser exigido do profissional apenas o conhecimento específico e aprimorado em determinada área. Na medida em que essa especialização se processa, o médico deixa de agir sozinho mediante a enfermidade, e compartilha com outros profissionais as informações e condutas, perdendo, dessa forma, o antigo papel emergente que lhe era reservado em seu núcleo de ação.

Na medida em que a medicina iniciou sua transformação, impelida pelo crescimento científico e tecnológico, aos poucos se delineou uma inversão estrutural no atendimento oferecido. Se antes um único médico atendia todos os componentes de determinada família, na medicina atual cada família passa a ser atendida por muitos médicos, nas mais diversas especialidades. No entanto, o atendimento ganhou em tecnologia, mas perdeu em qualidade, estabelecendo uma quebra de vínculo

entre o indivíduo e a doença. Tal fator não se deve unicamente ao modelo estrutural de compartilhamento de responsabilidades, mas também ao grande contingente populacional, que exige a transformação do sistema restrito e particular da promoção de saúde em sistema globalizado, sob a tutela governamental. Decorrentes do imediatismo e das necessidades nas atuais gestões de saúde, a particularidade da resposta individual e a relevância da interferência médica sobre o curso da doença ficaram relegadas a um plano secundário; desagregada a doença, assim, do indivíduo que a contém, cabe unicamente ao médico o estudo da probabilidade e o uso da tecnologia em toda a sua amplitude de ação.

Uma segunda consequência do atual momento social seria o fato de a medicina, ao assumir uma atitude mais preventiva do que curativa, ter se distanciado do antigo modelo centralizado no médico, dando lugar a um modelo multidisciplinar. No atual módulo de saúde, as equipes apóiam e asseguram o ato médico, processando uma interação de medidas complementares que vão desde a prevenção propriamente dita, até medidas paliativas de contenção de sintomas, dividindo a responsabilidade da atenção básica de saúde com vários profissionais, na busca de um resultado único.

Observa-se, ainda, uma terceira consequência a ser levantada, levando em consideração toda a rede estrutural de comunicação do momento atual: o acesso à informação experimentado pela população. O médico passa a conhecer as exigências de um doente sintonizado com a situação social que experimenta, muitas vezes pressionado pela banalização de informações que invadem indiscriminadamente todas as classes sociais, as quais nem sempre se encontram preparadas para a seleção e identificação corretas da confiabilidade das informações recebidas. Tal conjuntura estrutural sugere, no entanto, igual responsabilidade para o médico e o paciente, advindo desse fator a importância de uma relação de sucesso.

Pode-se supor que, ao compartilhar a sua atuação, seja com toda uma rede estrutural de atenções, seja com as diversas especialidades, ou com o paciente informado de seus direitos e dos avanços tecnológicos, o médico assumiria um compromisso parcial. Cada especialista se ocuparia de seu campo de atuação, e cada profissional de saúde sugeriria um olhar particularizado sobre a sua expectativa de resultados. Tal pressuposto não subentende, porém, a abdicação da excelência e a omissão da responsabilidade sobre a trajetória do tratamento proposto, as quais estão intimamente ligadas à qualidade da estrutura de saúde disponibilizada pela medicina atual. Tavares (2004) defende que "toda equipe multiprofissional deve estar alerta para minimizar conflitos externos que possam comprometer o bem estar do paciente, razão de ser da profissão médica".

Conclui-se que o atendimento ao paciente tanto comporta a divisão da responsabilidade de curar entre os profissionais médicos e paramédicos, quanto sugere uma extensão dessa responsabilidade a toda a sociedade. Através dos sistemas disponibilizados para a saúde, e sob a integralidade de ações éticas e clínicas, as quais são a base existencial da assistência médica, a razão primordial do atendimento deve ser a mesma: a excelência da promoção de saúde à sociedade.

ÉTICA: COMPROMISSO PESSOAL E SOCIAL

O compromisso profissional da medicina foi firmado, durante séculos, dentro de seus próprios recursos, e a ética dependia mais de uma avaliação pessoal do médico, do que de um compromisso perante a coletividade. O médico era quase um artista, um elemento socialmente diferenciado que agia em conformidade com sua própria consciência. Seus conhecimentos pessoais, na medida em que fugiam ao entendimento de uma sociedade frágil e sem acesso cultural, eram evocados num misto de magia e mistério, agregados a idéias religiosas que, não raro, serviam de respaldo aos seus serviços. Chás, poções, rezas e caldos eram, algumas vezes, aliados do médico no combate a males que afligiam a população, sem perturbar o curso de tratamentos que o seu conhecimento preconizava. Se por um lado tal fato oferecia ao médico uma esfera de ação mais abrangente, por outro dava margem ao uso indiscriminado e abusivo da atuação médica a serviço de facções, de políticas partidárias e de sujeição a situações extremas de interesse clandestino.

Com o surgimento de uma nova medicina, suprida pela ciência e pela tecnologia, a sociedade ocidental passa a exigir que o compromisso médico seja continuamente repensado, revisto e reafirmado. A ética tem se tornado a grande norteadora da atuação médica, e o comprometimento profissional ultrapassa os limites pessoais, fundamentando-se sobre uma sociedade em que pesam a equidade e a igualdade. O médico atua de acordo com códigos éticos determinados pela sua classe, de acordo com normas sociais vigentes, e de acordo com políticas de saúde organizadas para a sua atuação em prol de um conjunto de resultados pretendidos. A medicina se despe da arte que primitivamente a norteava, e o compromisso médico deixa de ser apenas o enfrentamento da doença em si, mas a compreensão ampla da sociedade. A doença deixa de ser vinculada unicamente ao indivíduo e corresponde ao coletivo, tornando-se consequência de toda uma condição de fatores de risco e predisposições emergentes em determinado grupo social.

Faria (2001) salienta que o médico atual, posicionado na linha de frente do atendimento ao paciente, está destinado a receber diretamente os reflexos da insatisfação pessoal do indivíduo ignorado por uma sociedade consumista que o reduz a mera fonte de lucro, minimizando suas dores através de situações extremas de desconforto. A presença do médico incorpora toda a representação do sistema de saúde. A arte de curar e prevenir se perde em função de uma atuação profissional sintonizada com a necessidade do imediatismo, da obediência ao apelo tecnológico, e o paciente passa a ser tratado como um consumidor dos serviços de saúde disponibilizados pelo sistema. Refém das estatísticas e das políticas de saúde, o indivíduo - seja médico ou paciente - perde sua identidade em um emaranhado de papéis que precisam ser preenchidos, de queixas anônimas, filas intermináveis e compensações irrisórias. Tanto o médico, insatisfeito, divide-se entre os vários empregos e os recursos limitados oferecidos pelos serviços de saúde, quanto o paciente, fragilizado, não encontra respaldo e alívio para as suas dores.

Nogueira (2006) observa, na gestão da saúde pública, a preocupação em oferecer uma medicina que priorize mais a quantidade do que a qualidade, abrangendo um maior número de pessoas, mesmo que para isso sejam disponibilizados

poucos recursos sofisticados e pouco poder de escolha, diminuindo assim a beneficência e o direito à autonomia. "A ausência do médico - observa Nogueira - será também a ausência da medicina e, por conseqüência, da assistência à saúde da população. Portanto, a medicina na saúde pública tem na presença do médico o seu limite mínimo".

Considerando-se a saúde num sentido mais complexo, não apenas como a ausência da enfermidade, mas como o bem-estar do paciente em todas as suas implicações, a responsabilidade médica iria além da administração do tratamento, alcançando um contexto mais amplo, em que a sua intervenção se soma à resposta do paciente. A responsabilidade não dependeria, portanto, apenas do meio utilizado, mas do resultado obtido através da interação médico-paciente, ao qual caberia somar, ainda, a responsabilidade dos órgãos gestores de saúde, muitas vezes distanciados de seu papel de extrema importância. Observa-se que a responsabilidade desses setores, porém, tem sido relegada a um plano secundário, sob o distanciamento de redes complexas de serviços.

O Código de Ética Médica salienta como papel relevante do médico a exigência de condições de trabalho e de atuação, através de medidas interativas e profissionais, cobrando da gestão pública medidas adequadas para o bom atendimento. O médico seria coadjuvante das reivindicações e necessidades da área de saúde, cobrando da gestão pública, da mesma forma que lhe é cobrado, o comprometimento ético necessário ao bom andamento de um regime democrático. O que se observa, no entanto, é a ausência de critérios éticos que norteiem a gestão pública em saúde, de forma que acaba recaíndo sobre o médico toda a responsabilidade pelo atendimento, enquanto há um distanciamento dos órgãos gestores, através da impessoalidade burocrática. Enquanto o médico age sob a responsabilidade pessoal e sob rígidos códigos de compromisso profissional e social, as gestões em saúde agem sob a impessoalidade de siglas, competências governamentais e entidades indiferenciadas, desvinculando-se do compromisso ético e relegando à personalização do atendimento médico toda a responsabilidade da saúde populacional.

A despeito do pouco interesse observado quanto à responsabilidade individual, civilidade e dignidade, em sociedades onde a mendicância e o assistencialismo representam alternativas confortáveis de resolução de problemas, a ética em saúde não é dever apenas do médico ou dos órgãos gestores, mas um compromisso de cada indivíduo da sociedade. Tal compromisso corresponde à responsabilidade do esforço em direção ao objetivo de saúde. A manutenção da saúde não se faz de forma desordenada, mas exige uma série de ações dirigidas a essa finalidade, e cada indivíduo vive sob a responsabilidade tanto de zelar pessoalmente pela sua saúde, quanto de cumprir compromissos básicos para com a sociedade em que vive, objetivando a saúde de todos. O paciente, o médico, os gestores públicos e a sociedade têm, portanto, no compromisso ético, em igual proporção, um dever firmado de civilidade e respeitabilidade mútua, e apenas as suas ações em comunhão podem promover a melhoria da saúde para todos.

A REINVENÇÃO DO MÉDICO

A redescoberta da relação médico-paciente como fator fundamental da medicina, assim como a necessidade da adaptação dos profissionais de saúde a exigências sociais inesperadas, respaldadas na ética e na responsabilidade pessoal, constitui a base de ação da medicina que o século XXI delinea. A reinvenção de um médico capacitado para não apenas atuar de forma direta na enfermidade, mas também aliar empaticamente as necessidades físicas e mentais do paciente ao seu contexto social, torna-se a chave para o bom desempenho terapêutico mediante o ineditismo dos recursos científicos disponibilizados pela atualidade.

Remontando a Hipócrates, observa-se que o pensamento médico tem se orientado, através do tempo, entre duas tendências principais: o racionalismo e o empirismo. A despeito de a medicina ocidental ter nascido sob o domínio do pensamento empírico, a evolução científica influenciou a sua trajetória, induzindo-a ao racional. Almeida (2002) ressalta que "a medicina entregou tacitamente a terapêutica à indústria químico-farmacêutica", tornando a terapêutica secundária no âmbito do saber médico. Sob a tutela dos serviços de saúde pública, os quais financiam o modelo racional, o final do século XX propôs um pensamento médico construído sobre a visualização de mente e corpo distintos, embora ligados entre si. A sociedade atual, porém, tem apresentado sinais de insatisfação, através de conflitos explícitos na estruturação e nos resultados da medicina, assim como nas exigências exteriorizadas em denúncias cada vez mais freqüentes, e há uma tentativa de re-estabelecer alguns critérios do pensamento empírico, no sentido de humanização da prática terapêutica.

Já nos anos 60, em atenção à defesa dos direitos dos consumidores, surgem movimentos em direção ao consentimento informado, numa tentativa de questionar a relação do médico com o paciente e reduzir os efeitos de comportamentos considerados inadequados. Para Donabedian (1990), na busca da qualidade dos serviços de saúde, os anos 80 trazem a proposta de novas diretrizes na reorganização do modelo assistencial, levando em consideração a opinião dos usuários desses serviços. Para Ardigò (1995), a relação médico-paciente passa a ser o elemento essencial a ser levado em consideração para a melhoria dos serviços de saúde, focalizada em três quesitos principais: "a personalização da assistência, a humanização do atendimento médico e o direito à informação".

A personalização da assistência consiste no reconhecimento do paciente como pessoa, individualizando-o em sua condição de emergente de uma condição social que, de alguma forma, pode se manifestar na sintomatologia, nas perspectivas terapêuticas, e na avaliação dos resultados e prognósticos. A personalização está representada na predisposição do médico à incorporação de cuidados que possam minimizar o sofrimento do paciente, assim como na motivação necessária ao suporte psicológico do mesmo, ouvindo suas dificuldades, orientando-o e, ao seu lado, buscando soluções viáveis no sentido de adaptá-lo às limitações conferidas pela doença. A formação médica proposta seria, pois, aquela que possibilitasse ao profissional uma nova concepção de conhecimento, articulado numa postura não apenas de autoridade decorrente da ciência, mas de identificação com a condição do paciente, na busca de um caminho terapêutico.

A humanização do atendimento se alicerça na reinvenção de um modelo médico imbuído da capacidade de reconhecer a integração física, psíquica e social do paciente, e através desse reconhecimento objetivar a promoção da saúde. O paciente deixa de ser um desvio do padrão de normalidade, e passa a ser um emergente de toda a conjuntura social, e a resposta para a cura de seus males não provém apenas de uma ciência impessoal e determinante, mas de recursos que possam ser estimulados em seu próprio organismo. Na medida em que o paciente se torna um aliado do médico no combate à doença, a sua participação constitui a peça chave do tratamento proposto.

O direito à informação é apanágio da moderna sociedade, que estimula o autoconhecimento e a luta pelos direitos, reconhecendo o paciente como principal interessado nas características e no curso de sua doença, portador, portanto, do direito de saber. Na medida em que o médico abandonou a postura inicial da medicina, tornou-se mais vulnerável, e a posse do conhecimento deixou de ser exclusividade sua. As informações, atualmente, provêm dos mais diversos campos e recursos, e não há como manter o paciente alheio aos problemas que o envolvem, nem negar a ele as explicações concernentes ao bom andamento de seu tratamento.

Caprara & Franco (1999) salientam dois modelos principais de relacionamento do médico com o paciente: o modelo paternalista, em que o paciente, pouco informado das características de sua doença, depende do julgamento e das ideias do médico, e o modelo informativo, em que o paciente é informado sobre sua doença e suas possibilidades e exerce, portanto, papel decisório sobre o curso do próprio tratamento. O segundo modelo, largamente difundido e incorporado por países mais desenvolvidos mediante o alcance de informações pela população e as reivindicações de direitos, representa o risco de transformar o relacionamento médico-paciente em um relacionamento entre prestador de serviço e consumidor. Caprara & Franco (1999) defendem a superação das atitudes paternalista e informativa, através da criação de um terceiro modelo médico, que se situaria além do direito à informação, ao qual denominam modelo comunicacional, com características participativas e empáticas. Com um modelo médico interativo, o paciente passaria a não apenas conhecer sua doença, mas a opinar, participar do seu processo terapêutico, sem perder, porém, a sua referência na dimensão médica, a qual abrangeria não apenas a experiência profissional embasada no conhecimento científico, mas também o médico enquanto indivíduo.

A capacidade de compreensão e de identificação do médico, mantendo os devidos cuidados na elaboração de situações representativas, distancia-se do modelo paternalista outrora vigente e se diferencia profissionalmente. Na medida em que se coloca como um ser igual, passível das mesmas dores e sentimentos, porém enfaticamente preparado para o enfrentamento da enfermidade da forma mais adequada possível, o médico oferece não apenas a sua própria disponibilidade de recursos, como também identifica objetivamente os recursos captados e potencializados pelo paciente.

CONCLUSÃO

Partindo do princípio de que o campo médico transcende os limites da ciência, abrangendo os fatores experimentais, culturais, sociais e econômicos, e justapondo a essas a complexidade da relação interpessoal, da família, da mente associada ao corpo, já não cabe uma visão da medicina apenas no âmbito da racionalidade. Almeida (2002) propõe que "somente a arte seria capaz de integrar" o conhecimento científico com todos esses fatores determinantes, e que "o campo médico é um campo eclético, de integração de conhecimentos", e "deve assumir, sem rodeios, a dimensão de arte".

Não apenas o olhar sobre a medicina, mas também o olhar sobre a atitude médica exige reformulação de propostas e posturas. Repensar o papel do médico, em toda a sua extensão, na moderna sociedade do século que se inicia, constitui um desafio cuja resolução só é possível sob a luz da ética, tendo em vista que as mudanças propostas questionam a estrutura norteadora de toda a conjuntura médica atual.

A formação acadêmica, a busca incessante pela especialização, e o crescente progresso científico e tecnológico, a despeito de formarem médicos cada vez mais competentes, vão de encontro à necessidade recente, criada pelo crescimento populacional desordenado, de uma medicina voltada para o social e para a promoção de saúde em grande escala. Torna-se impossível minimizar a importância da disponibilidade de recursos e das limitações das gestões de saúde, as quais interferem diretamente na atividade médica, e assim a reflexão sobre as circunstâncias de trabalho é preponderante para um olhar mais adequado sobre a medicina.

Com base na promoção de saúde nos países em desenvolvimento, observa-se que o interesse acadêmico dirigido unicamente para a medicina curativa, desvalorizando as reais necessidades de uma sociedade mais populosa a cada dia, tem revertido em situações estressantes. Tanto para o profissional, quanto para a sociedade que planeja uma política de saúde universal, as prioridades se emaranham através de um processo que se auto-alimenta: o pouco investimento em prevenção causa falhas na melhoria populacional que, por sua vez, interfere na forma de promoção em saúde. Quanto menos é investido em medicina preventiva, e entenda-se também como prevenção a educação em saúde, mais desordenadamente a população cresce e atinge o nível de carência. Quanto maior o nível de carência, mais gasto é exigido das políticas de saúde. Obviamente, se esse processo não é revertido, não tarda a se impor o caos no sistema de saúde. Seria um contra-senso melhorar e equipar tecnologicamente a medicina especializada, se a população à qual ela se dirige não dispõe de acesso, ou mesmo de educação dirigida a tais melhoramentos, os quais só são alcançados pelas classes mais abastadas. Daí a importância de sintonizar o progresso científico com o momento social, estimulando novas descobertas, porém sem perder a noção das limitações e desafios impostos pela superpopulação.

A proposição de um médico atuante nas exigências e condições de trabalho impostas pelo novo momento social, de um direcionamento acadêmico consciente das limitações do poder público e do processo social contemporâneo, e de uma preocupação ética constante na elaboração dos recursos, constituiria a base da nova medicina ocidental.

A reformulação do papel do médico, exigência intrínseca da sociedade em desenvolvimento, é imprescindível ao processo de formação profissional, assim como o vislumbre de uma abrangência de recursos em caráter universal é a essência de uma sociedade equânime e justa. Na medida em que a garantia do acesso universal igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde é direito de cada cidadão, a sociedade em toda a sua extensão deve zelar para que tal direito seja assegurado da forma mais adequada possível.

Impõe-se às gestões governamentais, mediante o compromisso social, a garantia da saúde através da legislação e do provimento de recursos, e convém aos meios acadêmicos o direcionamento às necessidades de uma sociedade em desenvolvimento. E, finalmente, ao médico, representante fundamental das ações em saúde, cumpre o reconhecimento, através de ações que justaponham solidariedade, responsabilidade e profissionalismo, da melhor conduta para a promoção do bem estar físico e mental do paciente, seu objetivo primeiro e a razão de sua motivação profissional.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Eduardo. *As Razões da Terapêutica - Racionalismo e Empirismo na Medicina*. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2002. 172 p.

ARDIGÒ, A. Corso di Sociologia Sanitaria I Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria. Bologna: Università di Bologna, 1995. Apud CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A Relação Paciente-Médico: para uma Humanização da Prática Médica [on line]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Cadernos de Saúde Pública, vol 15, n. 3. Set. de 1999. In: Scielo Public Health. Disponível em <<http://www.scielosp.org/>> [consulta; 23/05/09].

BECKER, Marco Antônio. Lutar por Condições Dignas. Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina, Brasília, Ano XIV, n. 108, ago. de 1999. Ética em Debate, p. 6.

BLASCO, Pablo González; HAQ, Cynthia; FREEMAN, Joshua et al. Educando os médicos para a saúde no Brasil: o papel da Medicina de Família. Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina. Brasília: Ano XX, n. 152, dez. de 2004. Bioética e Ética Médica, pp. 18-19.

CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A Relação Paciente-Médico: para uma Humanização da Prática Médica [on line]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Cadernos de Saúde Pública, vol 15, n. 3. Set. de 1999. In: Scielo Public Health. Disponível em <<http://www.scielosp.org/>> [consulta; 23/05/09].

CARVALHO, Roberto Tenório de. Responsabilidade Compartilhada. Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina, Brasília, Ano XIV, n. 108, ago. de 1999. Ética em Debate, p. 6.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DE SAÚDE [on line], 1, nov. de 1986, Ottawa, Canadá. Carta de Ottawa. Disponível em <<http://www.saudepublica.web.pt/>> [consulta: 08/06/09]

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA - Brasília, DF: Diário Oficial da União, Poder Executivo. Resolução CFM nº 1246/88, de 08/01/88.

COLEMAN, Vernon. A Medicina Moderna não é uma Ciência [on line]. Inglaterra: Amrit-Manthan International Journal, out. de 2006. Disponível em <<http://www.healthwisdom.org/>> [consulta: 23/05/09]

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE [on line], 1, set. 1978, URSS. Declaração de Alma-Ata. Disponível em <<http://www.medicina.ufjf.br/>> [consulta: 08/06/09]

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988 [on line]. Brasília, DF: Presidência da República - Casa Civil. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/civil_03/constituicao/> [consulta: 11/06/09]

COSTA, Marcos Gutemberg Fialho da. Medicina Defensiva - Uma Necessidade. Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina, Brasília, Ano XX, n. 157, Nov./ dez. de 2005. Fala Médico, p. 16.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA [on line]. URSS: set. de 1978. Disponível em <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> [consulta: 08/06/09].

DONABEDIAN, A. La Qualita dell' Assistenza Sanitaria. Roma: NIS, 1990. Apud CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A Relação Paciente-Médico: para uma Humanização da Prática Médica [on line]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Cadernos de Saúde Pública, vol 15, n. 3. Set. de 1999. Disponível em <<http://www.scielosp.org/>> [consulta: 23/05/09].

DRUMOND, José Geraldo de Freitas. A Formação Ética do Médico e a Perspectiva Profissional. Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina, Brasília, Ano XVI, n. 128, maio/jun. de 2001. Bioética e Ética Médica, pp. 8-9.

FARIA, Maria Cristina. A Função Social do Médico e a Milenar Arte de Curar e Prevenir. Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina, Brasília, Ano XVI, n. 128, maio/jun. de 2001. Fala Médico, p. 12.

FRANZEN, Cláudio Balduino. Em Nome do Interesse Público. Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina, Brasília, Ano XXIII, n. 174, Nov./ dez. de 2008. Ética em Debate, p. 10.

GAYOTTO, Maria Leonor Cunha. A Relação Médico-Paciente [on line]. Porto Alegre: ABC da Saúde Informações Médicas. Nov de 2004, atual. em 30/11/06. Disponível em <<http://www.abcdasaude.com.br/>> [consulta: 23/05/09].

MARTINS, José Murilo de. Novas Escolas Médicas no Brasil [on line]. Nov. de 1994. Disponível em <<http://www.revistademedicina.ufc.br/v38/>> [consulta: 09/06/09]

MELLO, Luiz Eduardo Barbalho de. Intranquilidade e Dano à Credibilidade. Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina, Brasília, Ano XXIII, n. 174, Nov./ dez. de 2008. Ética em Debate, p. 10.

NOGUEIRA, Rafael Dias Marques. Bioética e o SUS. Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina, Brasília, Ano XXI, n. 160, jul./ ago./ set. de 2006. Bioética, p. 10.

OLIVEIRA, André Vitorio Câmara de. O que é Médico de Família. Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina, Brasília, Ano XIV, n. 108, ago. de 1999. Fala Médico, p. 12.

O NASCIMENTO DA MEDICINA MODERNA [on line]. Revista Scientific American Brasil Coleções, Coleção História da Ciência, n. 5. In: Universidade de São Paulo, Ciência à Mão - Portal de Ensino de Ciências. Disponível em <<http://www.cienciamao.if.usp.br/>> [consulta: 23/05/09].

RIBEIRO, Mauro Luiz de Britto. Ética em Debate. Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina, Brasília, Ano XX, n. 152, dez. de 2004/ jan. de 2005. p. 14.

SILVA, Alcino Lázaro. Relação Médico-Paciente. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, vol. 51, n. 3, jun. de 2005. Scielo do Brasil [on line]. Disponível em <<http://www.scielo.br/>> [consulta: 23/05/09].

TAVARES, Marcelo de Sousa. Reflexões Sobre o Relacionamento Inter-profissional em Instituições de Saúde. Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná, Curitiba, v. 21, n. 81, jan./ mar. de 2004, pp. 1-3.

AVISO IMPORTANTE

Ao contratarem médicos, as empresas devem exigir e se assegurar da autenticidade dos documentos apresentados.

Falsos médicos estão sendo presos.

EVITE PROBLEMAS.

CASA DE PARTO. ATENDIMENTO SEM GINECOLOGISTA

Pedro Pablo Magalhães Chacel*

EMENTA - A assistência ao trabalho de parto no serviço público implica obrigatoriamente na presença de médicos obstetras na equipe de saúde.

Palavras-chave: casa de parto, atendimento sem ginecologista, unidade de saúde

BIRTHING CENTER. ASSISTANCE WITHOUT A GYNECOLOGIST

Key words: birthing center, assistance without a gynecologist, medical center

RELATÓRIO

O Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, através de sua Comissão de Fiscalização solicita orientação quanto às providências a serem tomadas pelo Conselho referente ao funcionamento de casa de Parto na Unidade Mista de São Sebastião-DF, onde enfermeiras obstetras realizam partos, sem a presença de médicos ginecologistas, conforme Portaria GM/MS 985 (anexo).

Junta cópia da denúncia apresentada pelo corpo clínico da referida Unidade, protocolada sob o nº 2986 e relatórios de vistorias de nºs 367/2009, 506/2009 e 477/2009, além do parecer CFM nº 7/08.

Ata de reunião realizada pelo Departamento de Fiscalização do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal com a Secretaria de Saúde, ocasião em que o Sr. Secretário de Saúde declarou que iria seguir os padrões estabelecidos pela Portaria nº 985/99. Esta Portaria institui Centros de Parto Normal, inseridos no sistema de saúde local integrado a um estabelecimento assistencial de saúde – unidade intra-hospitalar ou como estabelecimento autônomo – unidade isolada, desde que disponha de recursos materiais e humanos compatíveis para prestar assistência, conforme disposto nesta portaria.

O artigo 6º define os Recursos Humanos necessários ao funcionamento do CPN:

I – equipe mínima constituída por 01 (um) enfermeiro, com especialidade em obstetrícia, 01 (um) auxiliar de enfermagem, 01 (um) auxiliar de serviços gerais e 01 (um) motorista de ambulância.

II - o CPN poderá contar com equipe complementar composta por 01 (um) médico pediatra ou neonatologista e 01 (um) médico obstetra.

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

III - a parteira tradicional poderá atuar no Centro de Parto Normal no qual as especificidades regionais e culturais sejam determinantes no acesso aos serviços de saúde.

Em vistoria realizada na Unidade de saúde, na data de 13 de maio de 2009, em decorrência de denúncia formalizada por médicos pediatras da unidade, fiscalização esta realizada em conformidade com o artigo 15 da Lei nº 3.268/57 e Resolução CFM nº 1.613/01, observaram que todos os ginecologistas-obstetras foram transferidos para outras unidades e/ou Regionais de Saúde e desde 20 de fevereiro de 2009, os partos estão sendo realizados por enfermeiras obstetras;

Houve uma queda no número de partos a partir de março/2009 (conforme estatística em anexo);

A casa de partos funciona dentro da UMSSS, dispondo de boa estrutura física que compreende 02 salas de atendimento, 03 salas de pré-parto/parto e 02 quartos de enfermaria com banheiro e 03 leitos cada (Alcon);

Existem nas enfermarias 02 aparelhos de fototerapia;

A escala das enfermeiras obstetras apresenta déficit de 150 horas, ocasionando interrupção no atendimento 24h. Juntam escalas em anexo;

Os pediatras presentes no plantão são incumbidos da responsabilidade de prestar assistência neonatal, assim como também pela demanda de atendimentos de emergência;

A referência para gestações menores de 32 semanas é o Hospital Regional da Asa Sul e maiores de 32 semanas é o Hospital Regional do Paranoá.

Concluem:

1 – Funciona a chamada Casa de Partos dentro da Unidade Mista de São Sebastião que é operacionalizada por enfermeiras. Mas os pediatras que porventura estiverem de plantão, são responsabilizados pelos cuidados neonatais e da parturiente em caso de complicações, inclusive acompanhamento na necessidade de remoções dos pacientes.

2 – Em Processo Consulta ao CFM nº 8.857/2007 – Parecer CFM nº 7/2008, é consenso do Conselho Federal de Medicina–CFM, que o médico não deve trabalhar em casas de parto, por não serem dotadas de infra-estrutura indispensável ao adequado atendimento à gestante, à parturiente e ao recém-nascido.

Auditado relatório do movimento referente aos atendimentos obstétricos prestados na Casa de Parto, onde se vê um total de atendimentos a 382 partos em 2008, ou seja em torno de 01 por dia e 57 no período de janeiro a abril de 2009, o que representa uma média de menos de 01 parto a cada dois dias.

No Processo Consulta CFM nº 8.857/07; parecer CFM nº 7/08 (em anexo), aqui tomado como exemplo de decisões judiciais, relativo a Casa de Parto de Juiz de Fora, o Gabinete do Reitor daquela Universidade anexa, através do ofício nº 363/2007, Nota de esclarecimento emitida pela Secretaria de Assuntos Jurídicos da UFJF e dois pareceres jurídicos emitidos pela Procuradoria Geral Federal junto à UFJF na Casa de Parto da Faculdade de Enfermagem, onde discorre sobre o atendimento prestado e afirma “Para o Ministério Público (Promotoria Especializada na Defesa da Saúde), a suspensão das atividades de internamento e de realização de partos, na Casa de Parto da UFJF foi uma medida ... ”absolutamente correta,

indispensável e que deve ser mantida, no sentido de fazer cessar, de imediato, as situações de ilegalidade e irregularidades já sinalizadas devendo ser tomadas todas as providências subseqüentes visando apurar responsabilidades de quem de direito..." mantendo-se este órgão Ministerial devidamente informado quanto ao desenrolar dos graves fatos noticiados".

O Procurador Federal responde a nova consulta do Sr. Pró-Reitor de Planejamento ; " ... A propósito recentemente o Tribunal Regional Federal de 1ª Região suspendeu parcialmente a Portaria nº 648/2006 do M.S. que permitia ao profissional de enfermagem realizar diagnóstico clínico, prescrever medicamentos, tratamentos médicos e fazer requisição de exames:

Medicina ilegal;

Profissional de enfermagem não pode atuar como médico.

A Desembargadora Maria do Carmo entende que "a falta de habilitação para o exercício das aludidas atividades atenta diretamente contra a vida".

Com relação à Casa de Parto da UFJF concluiu o Procurador Federal que segundo a legislação vigente a Casa de Parto da UFJF continua não estando apta a internar parturientes ou realizar partos, bem como continua não estando apta a que, em suas atividades de funcionamento seja efetivada, por enfermeiros, a prescrição de medicamentos e solicitar exames.

A Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986 dispõe sobre a Regulamentação do Exercício de Enfermagem, e dá outras providências.

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º É livre o exercício da Enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta Lei.

Art. 2º A Enfermagem e suas atividades Auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de enfermagem com jurisdição na área em que ocorre o exercício.

Parágrafo único. A enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

...

Art. 6º São Enfermeiros:

...

II - o titular do diploma ou certificado de obstetritz ou de enfermeira obstétrica, conferidos nos termos da lei;

III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetritz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, Enfermeira Obstétrico ou de Obstetritz;

...

Art. 9º São Parteiros:

I - a titular de certificado previsto no Art. 1º do Decreto Lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na lei nº 3.640 de 10 de outubro de 1959;

II – A titular do diploma ou certificado de Parteira ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil até 2 (dois) anos após a publicação desta Lei, como certificado de Parteira.

...

Art. 11 O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe:

...

II – como integrante da equipe de saúde:

...

§ 7º Assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;

§ 8º Acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

§ 9º Execução do parto sem distócia;

§ 10. Educação visando a melhoria de saúde da população;

Parágrafo único. Às profissionais referidas no inciso II do Art. 6º desta Lei incumbe, ainda:

§ 1º Assistência à parturiente e ao parto normal;

§ 2º Identificação das distócias obstétricas e tomadas de providências até a chegada do médico;

§ 3º Realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Assinada pelo Presidente José Sarney e pelo Ministro Almir Pazzianotto Pinto em 25/06/86 e publicada no D.O.U. de 25/06/86 Seção I – fls. 9.273 a 9.275.

Esta é a lei que rege a atividade de Enfermeiras Obstétricas, Obstetrizes e Parteiras na atenção obstétrica, e é regulamentada pelo Decreto nº 94.406 de 8 de junho de 1987, pelo Presidente da República, usando das atribuições que lhe confere o artigo 81, item III da Constituição.

A Resolução COFEN nº 308/2006, normatiza as responsabilidades do Enfermeiro quanto ao funcionamento de Centros de Parto Normal e ou Casas de Parto a serem conduzidos por Enfermeiro, havendo profissionais de enfermagem, deverá estar devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem e com o respectivo Certificado de responsabilidade Técnica vigente.

Dá-se especial ênfase a atividades educacionais e de humanização, esta não explicitado seu conteúdo.

Várias Portarias do Ministério da Saúde tratam da política nacional de atenção básica à saúde, estabelecendo competências do Ministério da Saúde e de cada esfera do Governo, federal, estadual e municipal, fazendo recomendações sobre o processo de capacitação das equipes e estabelecendo atribuições comuns a todos os profissionais e específicas para agentes de saúde, do enfermeiro e demais componentes do Setor de enfermagem, do Técnico de saúde bucal e odontólogo bem como do médico.

Estas portarias não manifestam claramente que a atenção prestada pelos enfermeiros é como componente da equipe de saúde, deixando entrever uma autonomia no atendimento obstétrico que a enfermagem não tem, conforme o inciso II do artigo 11 da Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

Pelo critério de precedência das leis, a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406 está em vigor e não pode ser modificada por portarias.

Está claro que o atendimento obstétrico realizado por profissionais de enfermagem é feito na condição de integrantes da equipe de saúde, de acordo com o artigo 11 inciso II da Lei nº 7.498 já citada e regulamentada pelo Art. 8º, II itens j e i.

Fica obvio não ser a enfermagem uma profissão liberal, isto é, aquela em que o profissional é autônomo e responsável exclusivo por seus atos. Logo, conclui-se que não tem autoridade para decisões terapêuticas, estas de inteira responsabilidade médica.

O trabalho de parto é um processo, onde um motor (útero), impulsiona um cilindro de flexibilidades desiguais (feto) em um trajeto curvo e acotovelado (canal do parto). Este processo se faz naturalmente, mas ocasionalmente ocorrem obstruções que necessitam da intervenção tocúrgica de um especialista (obstetra). Não se pode esquecer que a maior mortalidade por faixa etária ocorre em torno do nascimento.

A Resolução CFM nº 1.634/2002 dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades, entre o Conselho Federal de Medicina CFM, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica, considerando que os avanços científicos tecnológicos tem aumentado progressivamente o campo do trabalho médico, com tendência a determinar o surgimento contínuo de especialidades, considerando que os conhecimentos e práticas dentro de determinadas especialidades representam segmentos a elas relacionados, constituindo áreas de atuação caracterizadas por conhecimentos verticais mais específicos, não pode o médico ser obrigado a prestar assistência em área fora de sua especialização, desde que considere não adequada sua atuação.

Na Casa de Parto de São Sebastião DF não trabalham médicos gineco-obstetras, transferindo o exercício da especialidade para médicos pediatras, obviamente preparados para assistência pediátrica e neonatal, que ficam obrigados a prestar atendimento não previsto ocasião da admissão no serviço público.

No Distrito Federal foi instalada uma Casa de Partos sem assistência médica obstétrica na cidade satélite de São Sebastião. A Casa de Partos é uma solução para atenção à população de baixa renda. O inciso III do artigo 6º da Portaria GM/MS 985 de 5 de agosto de 1999 admite inclusive a parteira tradicional, algumas até analfabetas, para prestar assistência a quem nada tem. Entendemos como indevido, nas condições explicitadas o funcionamento da Casa de Parto de São Sebastião.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília-DF, 18 de junho de 2009.

Pedro Pablo Magalhães Chacel

Cons. Parecerista

Processo-Consulta CFM Nº. 4397/2009

Parecer CFM Nº. 07/2009

Parecer Aprovado em 18/06/2009

Sessão Plenária, de 18/06/2009

RESOLUÇÃO CFM 1480/1997 - CRITÉRIOS DE MORTE ENCEFÁLICA

Maurício Marcondes Ribas*

EMENTA - Questionamentos sobre a Resolução do CFM Nº 1480/1997, que dispõe sobre os critérios de morte encefálica.

Palavras-chave: morte encefálica, Resolução do CFM Nº 1480/1997, critérios doador de órgãos

RESOLUTION CFM 1480/1997 - ENCEPHALIC DEATH CRITERIA

Key words: encephalic death, Resolution CFM 1480/1997, organ donation criteria

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina, o consulente Dr. xxxxxxxx, encaminha consulta em relação ao disposto na Resolução CFM 1480/1997, com o seguinte teor:

1) Esta resolução refere-se à constatação de morte apenas para fins de transplante ou aplica-se a qualquer paciente internado, mesmo aqueles que não são candidatos a doação de órgãos para transplante?

2) Após aplicar os critérios estabelecidos por esta resolução, constatando-se a morte encefálica em paciente não candidato à doação de órgãos, os médicos, dentro dos aspectos legais, podem suspender a terapêutica de suporte (ventilação mecânica, drogas vasoativas)? No caso necessita de concordância da família?

3) Dentro dos aspectos legais, morais e éticos, após constatada a morte encefálica, obedecendo aos critérios estabelecidos por esta resolução, os médicos devem suspender toda terapêutica de suporte (ventilação mecânica, drogas vasoativas)? Se devem, como se conduzir se a família não concordar?

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Apresentamos resposta aos questionamentos:

1) Esta resolução refere-se à constatação de morte apenas para fins de transplante ou aplica-se a qualquer paciente internado, mesmo aqueles que não são candidatos a doação de órgãos para transplante?

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

R: A Resolução CFM Nº 1480/97 define com clareza os critérios de morte encefálica independentemente de ser para doação ou não de órgãos.

2) Após aplicar os critérios estabelecidos por esta resolução, constatando-se a morte encefálica em paciente não candidato à doação de órgãos, os médicos, dentro dos aspectos legais, podem suspender a terapêutica de suporte (ventilação mecânica, drogas vasoativas)? No caso necessita de concordância da família?

R: A Resolução CFM Nº 1826/07 dispõe em seu artigo primeiro "é legal e ética a suspensão dos procedimentos de suporte terapêutico quando determinada a morte encefálica" com relação à necessidade de concordância familiar embora não seja imprescindível é de bom alvitre que o médico, através de uma relação médico-paciente bem constituída, explique aos familiares a ausência de benefício ao paciente da manutenção desses suportes.

3) Dentro dos aspectos legais, morais e éticos, após constatada a morte encefálica, obedecendo aos critérios estabelecidos por esta resolução, os médicos devem suspender toda terapêutica de suporte (ventilação mecânica, drogas vasoativas)? Se devem, como se conduzir se a família não concordar?

R: O Parecer CRMPR Nº 1232/2000 conclui "ao médico é possível legal e eticamente suspender o suporte vital quando declarada a morte encefálica, embora a seu critério, possa mantê-lo, atendendo circunstâncias do momento, até a parada inexorável da atividade cardíaca".

É o parecer.

Curitiba, 10 de agosto de 2009.

Maurício Marcondes Ribas
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 072/2009

Parecer CRMPR Nº 2101/2009

Parecer Aprovado

Sessão Plenária nº 2331, de 17/08/2009 - Câmara III

PRONTUÁRIO MÉDICO ELETRÔNICO E A COMISSÃO DE PRONTUÁRIO MÉDICO

Donizetti Dimer Giamberardino Filho*

EMENTA: Comissão de Prontuário Médico; Prontuário Eletrônico.

Palavras-chave: prontuário médico, eletrônico, comissão de prontuário médico

ELECTRONIC MEDICAL RECORD AND THE MEDICAL RECORD COMMITTEE

Key words: medical record, electronic, medical record committee

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consultante Dr. XXX, médico da Comissão de Prontuário Médico (CPM) de um hospital privado, solicita parecer sobre as seguintes questões:

1) Qual a Autonomia do CPM 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.

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

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

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 e 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, indicando 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 esta 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 acontecimento.

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

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

RESPONSABILIDADE FRENTE A EXAMES DE LABORATÓRIO. TRANSPORTE

Donizetti Dimer Giamberardino Filho*

EMENTA - Responsabilidade pela realização de exames em serviço de urgência e emergência.

Palavras-chave: exame laboratorial, responsabilidade, transporte, emergência

RESPONSIBILITIES IN LABORATORY TESTS. TRANSPORTATION

Key words: laboratory tests, responsibility, transportation, emergency

CONSULTA

Trata-se de consulta encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, pelo médico coordenador geral do SAMU/XXX, Dr. XXX, a respeito de prioridades das atividades médicas desse serviço médico.

Em sua correspondência, cita que dispõe de apenas uma unidade de suporte avançado (UTI móvel), mas que recebe com freqüência a solicitação de transporte de pacientes dos hospitais credenciados ao SUS, os quais necessitam realizar exames de alta complexidade fora de seus estabelecimentos, trata-se de pacientes internados em UTI, em ventilação mecânica, uso de drogas vasoativas, gravemente enfermos, portanto necessitando de UTI móvel. Realiza as seguintes perguntas:

1) "De quem é a responsabilidade pela realização destes exames, pois quando deslocamos nossa unidade de suporte avançado para realização destes exames, deixamos a população do município de Cascavel sem assistência adequada. Quem será o responsável no caso de ocorrer uma parada cardíaca e nós não tivermos os meios adequados para atendê-la se estivermos realizando uma tomografia ou arteriografia?"

2) Quem deve prover o atendimento aos exames?

3) Não seriam os hospitais os responsáveis por adquirirem ou contratarem serviço para realização destes exames?

4) Não está explícito nos contratos em que os hospitais firmam junto ao SUS a operacionalização para a realização destes exames?

5) Como devemos agir frente à solicitação para realização destes exames, pois lidamos com o imponderável. No momento em que recebemos a solicitação

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

podemos ter a unidade de suporte avançado liberada para o suporte deste paciente, porém, após estarmos com este paciente no interior da ambulância e no transcurso de todo exame (somos nós que damos o suporte ao paciente durante o exame) não temos condições de realizar atendimentos às situações críticas que porventura ocorrerem.

6) Como proceder frente das solicitações para exames?”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A presença dos serviços de atendimento médico as urgências, título que o governo brasileiro substituiu a palavra médico por móvel, representa um avanço social as necessidades de assistência a saúde dos cidadãos, suas competências estão estabelecidas na portaria 2048/GM, particularmente na posição que o SAMU/XXX ocupa como pólo regional.

A gestão municipal de saúde de um município deve ter um responsável técnico médico, nas situações em que o Secretário não é um médico, essa responsabilidade técnica será de um diretor técnico médico designado.

Cabe a esse médico responsável técnico propiciar adequadas condições para o exercício da medicina, a nível ambulatorial ou hospitalar, nas situações de urgência ou eletivas, na atenção básica e nas especialidades.

Essa gestão deve prover um fluxo de trabalho com previsibilidade de situações, devendo antecipadamente ter um adequado diagnóstico das necessidades de atenção à saúde da população e desenvolver para as mesmas um plano operativo compatível.

Nesse plano de saúde também está incluído as necessidades de urgência e emergência da população.

O gestor de saúde deve prestar serviços à população utilizando a sua rede própria de serviços e de forma complementar a contratação de serviços privados de terceiros, não lucrativos e lucrativos, esses contratos são estabelecidos em bases da legislação brasileira e seu teor revela um acordo formal entre as partes, contratante e contratado, portanto o gestor deve prever e adequar às necessidades da população nessa pactuação.

A portaria Nº 2048/GM cita que o SAMU - Pólo Regional tem como atribuição a remoção de pacientes descrita pelo consulente, prevendo assim as atividades previsíveis e as não previsíveis a um pólo regional. Ou seja, o SAMU foi implantado com o objetivo de atender situações de urgência e emergência, tendo como atribuição secundária a remoção de pacientes gravemente enfermos, internados em UTI, para realização de exames complementares diagnósticos ou terapêuticos complexos. Há uma obviedade da necessidade de uma segunda unidade de suporte avançado, ate pela insegurança de ter apenas uma, também temos a considerar que os chamados são imprevisíveis e as remoções podem se agendadas.

Com essas breves considerações passamos as respostas:

1) A atividade principal do SAMU é o atendimento as situações de urgência e emergência, a prioridade sempre deve ser da mais vulnerável, ou seja, aquele

que não está em um hospital. No CRM- PR as questões hipotéticas não recebem parecer, somente as fáticas, mas o responsável médico que determinou um fluxo de trabalho com falha na previsibilidade pode responder por isso.

2) Na sociedade os contratos servem para determinar os deveres de cada parte, assim trata-se de matéria administrativa e não tema ético.

3) Já respondido na anterior.

4) Já respondido na anterior.

5) O responsável técnico médico do SAMU deve se posicionar, formalmente ao responsável técnico da saúde municipal, com finalidade de esclarecer a quem cabe a determinação de ter eventual dever de estar em 2 lugares ao mesmo tempo.

6) Deve-se respeitar os contratos firmados entre gestor e prestador, mas antes de cumprir a solicitação, requerer do responsável técnico superior ou coordenador do SIATE, a autorização expressa formal determinando o atendimento.

CONCLUSÃO

Entendemos haver uma hierarquização das competências atribuídas ao SAMU, sendo que o objetivo principal é o atendimento da população mais vulnerável a falta de assistência médica fora dos ambientes hospitalares. Entendemos que o atendimento das remoções para realizar exames de alta complexidade é importante, mas secundário em relação ao primeiro.

É o parecer.

Curitiba, 15 de agosto de 2009.

Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 074/2009

Parecer CRMPR N° 2103/2009

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n° 2330, de 17/08/2009 - Câmara II

ESPIROMETRIA OCUPACIONAL E O MÉDICO DO TRABALHO

Roseni Teresinha Florencio*

EMENTA - Realização de Espirometria por médico do trabalho, para avaliação ocupacional em empresas, com emissão de laudo, visando agilidade e redução de custos. Conclui-se que esse exame é recomendável que seja realizado e interpretado por especialista em Pneumologia; no entanto, por força da Lei que regulamenta a profissão médica, não é vedada a sua realização e interpretação pelo médico não especialista em Pneumologia.

Palavras-chave: médico do trabalho, espirometria ocupacional

ESPIROMETRY AND THE OCCUPATIONAL HEALTH DOCTOR

Key words: occupational doctor, espirometry

CONSULTA

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

“O Consulente, que também é médico coordenador do trabalho, devidamente inscrito no XXX sob o n° XXX, atende algumas empresas, sendo que uma delas tem o interesse em adquirir o equipamento para a execução de exames de espirometria ocupacional, visando reduzir custos e agilizar o atendimento de seus funcionários, visto que detém várias unidades em todo Norte e Noroeste do Estado.

Nada obstante, resta a dúvida se o médico do trabalho, ora Consulente, pode legalmente laudar os precitados exames, tendo-se em vista que não possui especialização em Pneumologia.

Gostaria de saber, inclusive, se tais laudos perdem a validade técnica, por conta da aludida falta de especialização?

Assim, pede e espera resposta acerca das indagações supra, para poder, na sequência, dar suporte técnico/legal a sua cliente que depende da resposta do Conselho para implementar seu investimento.

Atenciosamente.

XXX”.

* Conselheira Parecerista CRM/PR.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Espirometria é a medida do ar que entra e sai dos pulmões. A palavra vem do latim *spirare*, que significa respirar e *metrum*, que significa medida.

O exame tem a finalidade de fazer a avaliação diagnóstica funcional respiratória, portanto, é exame exclusivo de realização e interpretação do médico.

Para fazer a espirometria é preciso a compreensão e colaboração do paciente em todas as manobras respiratórias; o equipamento utilizado (espirômetro) deve estar calibrado e acurado, e o profissional que realiza o exame deve ser treinado para a feitura de um exame em boas condições técnicas. A espirometria é um exame simples apenas na aparência. Erros podem acontecer em diversas etapas. Os valores tidos como normais diferem de país para país e até entre grupos étnicos. Finalmente, a interpretação deve considerar dados clínicos e epidemiológicos. Um paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) avançada será classificado como portador de distúrbio obstrutivo grave por todas as tabelas de previstos utilizados, porém a adoção de previstos inadequados em indivíduos que realizam avaliação funcional, por exemplo, pode ter equívocos na sua análise e conseqüências indesejáveis.

Dezenas de opções de aparelhos estão disponíveis. Deve-se levar em conta vários parâmetros quando da escolha de um equipamento. Os espirômetros são basicamente de dois tipos: deslocamento de volume e sensores de fluxo. Alguns espirômetros de volume não são computadorizados, são baratos e simples de operar. Os sensores de fluxo são computadorizados ou têm um microprocessador, permitindo a realização de mais testes num menor tempo. Uma nova geração de espirômetros, ditos "de bolso", com sensores de fluxo, podem ser usados em consultórios. Nos últimos anos, sua acurácia alcançou a dos equipamentos tradicionais.

Deve-se verificar:

- se a acurácia do sistema foi testada por uma empresa independente;
- a facilidade de operação e os recursos do software;
- como é feita a assistência técnica;
- quanto irão custar as atualizações do software e qual a freqüência com que serão feitas;
- capacidade de armazenamento dos exames e facilidade de transporte do sistema;
- individualização dos relatórios: cabeçalho, formato e aparência e, se além dos previstos, são assinalados os limites de referência;
- disponibilidade de valores de referência brasileiros.

Os testes de função pulmonar, em particular a espirometria, são úteis para diagnóstico e monitorização de diversas condições clínicas. O grau de disfunção também é de muito auxílio na avaliação da incapacidade laborativa.

A efetividade de diversas terapêuticas pode ser verificada pela espirometria. Usualmente, isto envolve tratamentos destinados a reverter a obstrução ao fluxo aéreo ou diminuir a extensão e/ou gravidade de processos pulmonares infiltrativos difusos.

A história natural da doença pode ser avaliada por medidas funcionais seriadas. Pacientes com silicose ou fibrose pulmonar podem permanecer estáveis ao longo dos anos ou ter rápido declínio funcional. O mesmo ocorre na DPOC e outras doenças respiratórias.

Indivíduos expostos no trabalho a poeiras e outras substâncias irritantes devem ser submetidos a espirometrias periódicas. Declínio funcional progressivo pode sugerir lesão pulmonar.

O exame espirométrico não é totalmente isento de riscos ao paciente ou trabalhador que a ele esteja sendo submetido. Podem ocorrer ruptura de bolhas pulmonares, descompensação de Insuficiência cardíaca, taquiarritmias quando da utilização dos broncodilatadores (na prova broncodilatadora), além de outras reações. Portanto, é necessária a presença do médico durante a realização do exame, ou pelo menos a sua supervisão.

Não vamos entrar no mérito de quem seria o profissional ideal para acompanhar o paciente na realização do teste espirométrico: é claro que é o médico, embora a Sociedade de Pneumologia tenha instituído o curso de Técnico em espirometria; mesmo assim, não é admissível que o médico não esteja supervisionando diretamente essa fase do exame e seja o único responsável pela análise do exame em si e a interpretação do resultado, assim como pela emissão do laudo do exame.

O “resultado-padrão” que alguns aparelhos trazem deve ser literalmente desprezado pelo médico, pois pode induzir a erros de análise, prejudicando o laudo real do mesmo.

Muitas das informações aqui descritas estão contidas nas seguintes referências bibliográficas: Diretriz Brasileira de Função Pulmonar da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2002; Diretrizes para realização de provas de função pulmonar da American Thoracic Society / European Respiratory Society, Força-Tarefa, 2005; site **www.pneumoatual.com.br**.

A Pneumologia, assim como a Medicina do Trabalho são especialidades reconhecidas pelo Conselho de Medicina, conforme consta na Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1845/2008.

A Lei 3268/57 regulamenta o exercício da Medicina e dispõe que o médico pode exercê-la mediante o registro do diploma de médico no Ministério de Educação e Cultura (MEC) e a inscrição no Conselho de Medicina, órgão que fiscaliza a profissão. Isso significa que a realização e a interpretação da Espirometria, assim como qualquer outro exame diagnóstico ou mesmo intervenções terapêuticas, não estaria restrita ao especialista, no caso ao pneumologista.

No entanto, quando analisamos os aspectos éticos, entendemos que o médico deve agir sempre com o melhor da sua capacidade profissional e com o melhor do progresso científico sempre a favor do paciente ou indivíduo. É importante que o médico não realize procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos para os quais não se sinta plenamente habilitado. Entendo que é o especialista em Pneumologia o profissional que detém o melhor conhecimento da fisiologia respiratória e da fisiopatologia das doenças que acometem o sistema respiratório e que por isso reúne a s melhores condições para realizar, analisar e interpretar esse exame.

Ainda, seria oportuno lembrar que o médico não pode anunciar especialidade da qual não tenha registro no Conselho de Medicina.

Muitos desses conceitos estão descritos no Parecer CFM nº 3656/95, emitido pelo Conselheiro e Pneumologista Júlio Cezar Meirelles Gomes, pois naquela época já era esse o entendimento em relação à Espirometria. Há informações semelhantes também nos Pareceres CRMPR nº 1414/2002, emitido pelo Conselheiro e Pneumologista Gerson Zafalon Martins e ainda, dessa mesma Autora, no Parecer do CRMPR nº 1813/2007.

CONCLUSÃO

Dessa forma, entendo que é recomendável a realização, interpretação e a emissão do resultado da Espirometria pelo médico especialista na área de Pneumologia, não sendo possível vedar a realização pelo médico não especialista nessa área. Ao assumir tal prática, o médico não especialista precisa entender que ele assume uma responsabilidade a maior ética, civil e penal dessa atitude, no caso de haverem equívocos ou falhas na feitura e/ou interpretação do exame.

Importante salientar que acima de tudo, devemos considerar, em primeiro lugar, o bem do paciente e do trabalhador.

É o parecer.

Curitiba, 19 de agosto de 2009.

Roseni Teresinha Florencio
Cons^a. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 104/2009
Parecer CRMPR Nº 2107/2009
Parecer Aprovado
Sessão Plenária nº 2337, de 24/08/2009 - Câmara II

ALTA MÉDICA POR INDISCIPLINA

Roseni Teresinha Florencio*

EMENTA - Alta médica por indisciplina, para pacientes internados em hospital para tratamento de Tuberculose. Conclui-se que somente seja possível após esgotar todas as possibilidades de resolver a situação, e desde que não haja risco de morte iminente do paciente, nem de contaminação dos contatos.

Palavras-chave: alta médica, indisciplina, tóxicos, alcoolismo

MEDICAL DISCHARGE DUE TO INDISCIPLINE

Key words: medical discharge, indiscipline, drug abuse, alcoholism

CONSULTA

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

“Vimos pelo presente solicitar a este douto conselho parecer acerca do assunto “alta médica por indisciplina”.

Exercemos Direção clínica em hospital que é referência estadual no tratamento de tuberculose. Aqui temos pacientes que ficam sob nossos cuidados por longos períodos, entre seis e dezoito meses. Tratamos pessoas dos mais diferentes extratos sociais, com predominância dos mais carentes, muitos com história de alcoolismo e drogadição, além de ex-presidiários, entre outros.

Já houve flagrantes de drogas ilícitas e bebidas alcoólicas no recinto hospitalar, obrigando a equipe a reações imediatas para exercer o controle da situação. Temos também com frequência agressões físicas entre pacientes e ameaças de agressões físicas a servidores do hospital. Nestes casos é praxe nesta casa com mais de oitenta anos de existência a determinar alta administrativa por indisciplina ao paciente que não se dispõe a acatar normas e procedimentos necessários a um tratamento médico bem sucedido e que despreza a urbanidade no relacionamento com seus pares e equipe multidisciplinar que dele cuida.

Recentemente, surgiram questionamentos a respeito desta forma de alta. Temos buscado apoio no Artigo 61 do Código de Ética Médica e no Parecer 162/05 do CREMERJ, mas gostaríamos de saber qual a opinião do CRM-PR a respeito desta atitude do Corpo Clínico do citado hospital. É ética? É correta? Ressaltamos que o

* Conselheira Parecerista CRM-PR.

quadro clínico do paciente e seu estado geral, se comprometido ou não, são ressaltados, assim como o fato de ainda ser ou não contaminante (BAAR positivo ou negativo). Não pode haver riscos nem ao paciente, nem à comunidade.

Anexamos o Parecer CREMERJ 162/05, já que este documento foi anteriormente citado.

Aguardamos manifestação deste Conselho e colocamo-nos a seu dispor para esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Inicialmente, como foi citado, vamos analisar o conteúdo do Artigo 61 do Código de Ética Médica (CEM), que diz:

“É vedado ao médico: Abandonar paciente sob seus cuidados.

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

Parágrafo 2º - Salvo por justa causa, comunicada ao paciente ou a seus familiares, o médico não pode abandonar o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável, mas deve continuar assisti-lo ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico”.

Entende-se, portanto, que o referido Artigo do CEM versa sobre o ato do médico ao deixar de atender a um paciente que está sob o seus cuidados, por motivo claro e aceitável: Seja porque não há possibilidade para o perfeito desempenho da função do médico e/ou porque o relacionamento entre paciente e médico esteja prejudicado.

Isso não é válido por razão unilateral, quando o médico entende não haver mais o que fazer pelo paciente, no caso de doença crônica e/ou terminal; nesse momento, o paciente necessita da humanidade e do apoio do profissional.

Transportando esse raciocínio e entendimento ao caso em análise, vê-se que o relacionamento fica claramente prejudicado se houver situação de agressão tanto para com a equipe dos profissionais da saúde que estão atendendo o paciente, quanto para com os demais pacientes ali atendidos, que não podem ser expostos ao risco de agressões e agravos na sua saúde, já tão debilitada. É importante deixar claro que não pode haver risco iminente de morte para o paciente, quando qualquer atitude nesse sentido não poderá ser adotada.

Importante esclarecer também que não cabe ao médico assistente tomar decisões sobre questões relacionadas diretamente à conduta do paciente, que passam a ser caracterizadas como situações administrativas, devendo ser resolvidas nesse âmbito.

Quanto ao Parecer do CREMERJ N° 162/2005, emitido pelo Conselheiro Aloísio Carlos Tortelly Costa e a Comissão Disciplinadora de Pareceres do CREMERJ, justamente por haver questionamento sobre alta por indisciplina, ele assim se pronuncia:

“Desconhece oficialmente o conceito de “Alta médica por indisciplina”, além do que é indubitável o caráter administrativo da questão apresentada”. Continua “...sob o ponto de vista ético aplicável à questão, baseamo-nos no Artigo 61 do CEM,...”.

Conclui, dizendo: “Portanto, seguindo-se os ditames acima, é facultado ao médico assistente ou, até, a Direção Clínica da Instituição, após esgotadas todas as tentativas de correção de comportamento do paciente, determinar a alta pelo motivo referido, desde que seja assegurada a continuidade do tratamento em curso, sem prejuízo para o paciente ou para a comunidade. Ressalve-se que o paciente ou seu responsável deverá ser devidamente esclarecido da conduta decidida. Acredita-se que esta medida administrativa visa resguardar os direitos dos outros pacientes internados, uma vez que a inconveniência de tais comportamentos pode comprometer o tratamento dos demais”.

O entendimento do CREMERJ é bastante claro e aplicável à situação aqui apresentada, em parte, quando fala do caráter administrativo da situação.

Observe-se que o Artigo 17 do CEM, nos Princípios Fundamentais, refere-se ao médico investido na função de Direção, onde cita que tem ele o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético profissional da Medicina.

Não podemos também deixar de citar o Artigo 70 do CEM, que diz:

“É vedado ao médico deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento, ou na alta, se solicitado”.

Deduzimos que, para que seja cumprida essa normativa ética, é necessário que, numa situação como a aqui em análise, ao receber alta administrativa, seja garantida, de alguma forma, a continuidade do tratamento do paciente, fornecendo-lhe, inclusive, o laudo médico.

A título de aprofundarmos o embasamento desse Parecer, vamos analisar mais alguns aspectos que diferenciam esse atendimento hospitalar dos demais.

Trata-se de uma situação em que o paciente é ali atendido para garantir a realização do tratamento da Tuberculose, tendo em vista a recuperação do doente e inclusive a redução do risco de contaminação na comunidade.

A Tuberculose é uma doença considerada como de alta vulnerabilidade.

A vulnerabilidade é o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social, cultural e política, cuja interação interfere no risco de um grupo populacional, frente a determinada doença, condição ou dano.

São registrados mais de 8 milhões de novos casos de Tuberculose anualmente no mundo e 2,7 milhões de óbitos, sendo 98% nos países em desenvolvimento.

No Brasil, são 85.000 casos/ano, colocando o no nosso país no 15º lugar dentre os 22 países responsáveis por 80% dos casos mundiais. São 5.000 óbitos ao ano.

O tratamento hospitalar da doença tem sido cada vez menos empregado, mas ainda não é possível cogitar a extinção dessa modalidade, mesmo com o emprego do tratamento ambulatorial e supervisionado. Há muitos doentes que vivem em desamparo social, associados às condições de desnutrição, alcoolismo, drogadição, outras doenças mentais e AIDS.

Observe-se que as populações mais vulneráveis à Tuberculose, em relação à população geral são: indígenas (4x), presidiários (40x), moradores de rua (60x), entre outros.

Essa situação faz com que no Brasil a “internação social” seja uma realidade. Muitos doentes não tem domicílio, muitos estão desempregados, muitos vivem sós.

Vários estudos epidemiológicos no Brasil evidenciaram que, em relação à alta hospitalar desses pacientes, a maioria delas ocorre por “alta médica” (cerca de 60%), seguidas por “abandono” (cerca de 18%), “óbito” (cerca de 12%), disciplinar (cerca de 3%) e “transferência” (cerca de 2%).

Vê-se que é necessário melhorar os investimentos, visando reduzir o abandono do tratamento e o número de altas por indisciplina, pois somam cerca de 21% dos casos de falência na adesão ao tratamento. Os pacientes por certo experimentam a questão da abstinência ao álcool e/ou às drogas, dificultando o tratamento e colaborando para os casos de reativação e/ou aumento da resistência da doença ao tratamento convencional.

Os hospitais e as equipes de profissionais da saúde que prestam atendimento a esses pacientes precisam estar organizados e preparados para evitar essa “falência social”, detectando essas situações já na admissão dos pacientes, monitorizando os internamentos, buscando o apoio social das famílias, ou outras pessoas ligadas aos pacientes, permitindo que os pacientes sejam avaliados e acompanhados por outros especialistas, tais como psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre outros, visando tratar e minimizar as co-morbidades e orientar os pacientes.

Ressalte-se, ainda, que em se tratando de doentes mentais, tendo agravada a sua saúde com doenças como a Tuberculose, e estando internados em hospitais para tratamento dessa doença, eles estão protegidos, de forma especial, pelas normativas éticas constantes nas Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) N°s 1407/94, 1408/94 e 1598/2000, que apóiam os “Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”, da Organização das Nações Unidas, de 17/12/1991.

Essas Resoluções acima citadas, resumidamente, referem-se à dignidade e o dever de assegurar assistência médica aos pacientes psiquiátricos; quando isso não for possível, é necessário denunciar às Autoridades Sanitárias e ao CRM. Deve-se oferecer ao paciente a possibilidade de tratamento e a reabilitação mais adequada a sua situação clínica, com o mais absoluto respeito e humanidade.

É necessário pensar e investir em mudanças nas políticas sociais, educacionais, administrativas, organizacionais e de saúde, envolvendo as comunidades, famílias e meios de comunicação, além da formação e capacitação dos profissionais da saúde, para que possamos reduzir os índices da doença e das dificuldades do tratamento da mesma em nosso país.

Todos os médicos devem estar envolvidos nessas mudanças e não simplesmente aceitar o que muitas vezes nos é imposto para atender os pacientes.

CONCLUSÃO

Dessa forma, entendo que, com as devidas exceções, muitas dessas situações de “alta administrativa por indisciplina” poderiam ser solucionadas com a melhoria na estrutura global de atendimento desses pacientes que necessitam da internação hospitalar.

No entanto, não há como discordar que nos casos em que todas as possibilidades de acordos para garantir a manutenção da internação e tratamento do doente forem esgotadas e, mesmo assim, o indivíduo não se ajusta às normas de convivência com os demais pacientes e à equipe de profissionais que o assistem, esse tipo de alta seja aplicada, sendo necessária a informação ao paciente e seus familiares e/ou responsável legal, se houver, encaminhando-o de tal forma que fique garantida a continuidade do tratamento, não colocando em risco a família do paciente e a comunidade. Relembro que não pode haver risco de morte iminente para o paciente, nem risco de contaminação dos contatos.

Tudo deve ser devidamente registrado no prontuário do paciente.

É o parecer.

Curitiba, 24 de agosto de 2009.

Roseni Teresinha Florencio
Cons^a. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 094/2009
Parecer CRMPR Nº 2108/2009
Parecer Aprovado
Sessão Plenária nº 2337, de 24/08/2009 - Câmara II

ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA MÉDICA E O TEMPO DO PEDIDO PARA O ATENDIMENTO

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke*

EMENTA - Tempo estimado entre o chamado e a chegada para atendimento de serviço de emergência e/ou urgência pré-hospitalar.

Palavras-chave: atendimento, emergência, tempo para atendimento

EMERGENCY MEDICAL CARE AND THE WAITING TIME FOR MEDICAL CONSULTATION

Key words: medical consultation, emergency, waiting time for medical consultation

CONSULTA

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Sr. XXX, encaminha consulta nos seguintes termos:

“Preciso de uma informação que acredito ser de extrema importância num processo que estou movendo no Juizado Cível; contra a empresa XXX; que sempre paguei como EMERGENCIAS MÉDICAS, inclusive tenho até a carteirinha explicando que se trata de Emergências médicas. Precisei desta empresa numa situação em que minha mãe de 82 anos, passou mal de madrugada; mas a XXX, somente chegou para atendê-la praticamente duas horas depois e me alegaram na primeira audiência que eles têm o DIREITO DE ATENDER ATÉ 3 HORAS após a chamada!!! Preciso por favor de uma opinião, ou alguma coisa que fale que isso não é emergência; ou será que eu estou errado???. Por acreditar na ética profissional de vocês, aguardarei uma palavra.”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Para melhor compreensão definiremos alguns conceitos.

1. Quanto à emergência e urgência.

A Resolução CFM Nº 1451/95 define EMERGÊNCIA MÉDICA como quadro grave, clínico ou cirúrgico ou misto, de aparecimento ou agravamento súbito e imprevisto, causando risco de vida ou grande sofrimento ao paciente e necessitando

* Conselheira Parecerista CRM/PR.

de solução imediata, a fim de evitar mal irreversível ou morte; e define URGÊNCIA MÉDICA como quadro grave, clínico ou cirúrgico ou misto, de aparecimento ou agravamento rápido, mas não necessariamente imprevisto e súbito, podendo causar risco de vida ou grande sofrimento para o paciente, necessitando de tratamento em curto prazo, a fim de evitar mal irreversível ou morte.

Ambos os termos têm em comum serem quadros nosológicos graves, se não tratados, que podem levar a mal irreversível ou morte. Diferem basicamente quanto ao surgimento daquela situação ou seja, a emergência está relacionada ao aparecimento ou agravamento súbito e imprevisto, necessitando de solução imediata, é um estado de agudeza; na urgência o aparecimento é rápido, mas não é súbito e imprevisto e a solução pode ser em curto prazo, portanto é um estado de semi-agudeza.

2. Quanto ao atendimento Pré-Hospitalar.

A Resolução CFM Nº 1671/03 refere-se ao atendimento pré-hospitalar como aquela situação de urgência / emergência, que procura atender a vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à sua saúde e que possa levar à deficiência física ou mesmo à morte, por intermédio de um atendimento adequado, objetivando estabilizar os sinais vitais ou realizar outros procedimentos médicos necessários a fim de transportá-la assistida e com segurança a um hospital devidamente estruturado.

É importante frisar e definir que o sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico. Assim, sua coordenação, regulação e supervisão direta e a distância deve ser efetuada unicamente por médico. Cabe ao médico regulador exercer a regulação médica do sistema, compreendendo: recepção dos chamados de auxílio, análise da demanda, classificação em prioridades de atendimento, seleção de meios para atendimento (melhor resposta), acompanhamento do atendimento local, determinação do local de destino do paciente, orientação telefônica.

A chamada “regulação médica” das emergências é o elemento ordenador e orientador da atenção pré-hospitalar. Faz o enlace com o nível hospitalar e abarca duas dimensões de competência: a decisão técnica ante os pedidos de socorro e a decisão gestora dos meios disponíveis.

A competência técnica do profissional médico é a de julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, enviar os recursos necessários ao atendimento (com ou sem a presença do médico na ocorrência), monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado ou por médico intervencionista e definir e acionar o hospital de referência ou outro meio necessário ao atendimento. No caso de julgar não ser necessário enviar meios móveis de atenção, o médico deverá explicar sua decisão e orientar o demandante do socorro quanto a outras medidas que julgar necessárias, mediante orientação ou conselho médico que permitam ao demandante assumir cuidados ou ser orientado a buscá-los em local definido ou indicado pelo profissional médico. Em todo o caso, estamos tratando do exercício da telemedicina, onde é impositiva a gravação contínua das comunicações, o correto preenchimento das fichas médicas de regulação e de atendimento no terreno e o seguimento de

protocolos institucionais consensuados e normatizados (tanto no setor público quanto no privado) que definam os passos e as bases para a decisão do regulador.

3. Quanto ao tempo.

A Resolução CRM-PR n° 54/1995 refere-se ao atendimento de traumas e acidentes, sendo que o atendimento de emergência nestes casos deve procurar atingir o objetivo de chegar a qualquer ponto da área de abrangência em um prazo máximo de 10 (dez) minutos.

Estudos têm sido realizados para conhecer a realidade. De acordo com dados fornecidos pela Coordenação Geral de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde, algumas cidades, como São Paulo, conseguiram diminuir o tempo de atendimento de urgência pelo SAMU/192 de 40 minutos para 12 minutos.

Um outro estudo realizado na Faculdade de Medicina da UFMG em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte discorre sobre o atendimento adequado e o tempo decorrido entre o acidente e a admissão hospitalar, pois é um fator extremamente relevante para reduzir a mortalidade das vítimas de lesões produzidas por acidentes e violências, coloca que a primeira hora (golden hour) após a ocorrência de uma lesão traumática é considerada o tempo crítico para a instituição do tratamento que modificará o prognóstico, uma vez que até 40% dos óbitos ocorrem na fase pré-hospitalar do cuidado.

Neste levantamento, sobre o tempo médio contabilizado entre o acionamento do serviço e a chegada do paciente no hospital, obtiveram-se os seguintes dados: em Montreal no Canadá foi de 35,6 minutos, na Irlanda do Norte, o tempo médio de atendimento pré-hospitalar foi de 30,5 minutos e em Monterey no México foi de 73 minutos, em Seattle nos Estados Unidos de 31 minutos; no Brasil, Okumura & Okumura analisaram acidentes rodoviários no Estado de São Paulo e mostraram que o tempo médio variou de 14 a 31 minutos, Whitaker et al. encontraram que 81,3% das vítimas atendidas pelo SAMU no Município de São Paulo em 1991 foi de até 40 minutos, Fernandes, analisando o serviço pré-hospitalar de Ribeirão Preto em São Paulo, mostrou uma média de 31 minutos, Malvestio & Souza demonstrou que entre 1999 e 2000 o tempo total de atendimento variou de 37 a 46 minutos.

CONCLUSÃO

Em resposta à consulta consideramos que deve ser levado em consideração que inicialmente o quadro clínico deve encaixar-se nos conceitos de urgência e emergência, cabendo ao médico que exerce a regulação médica do sistema classificar as prioridades do atendimento e selecionar os meios para atendimento, entre outros; no caso de julgar não ser necessário enviar meios móveis de atenção, este médico regulador deverá explicar sua decisão e orientar o solicitante do socorro quanto a outras medidas que julgar necessárias, mediante orientação ou conselho médico que permitam ao solicitante assumir cuidados ou ser orientado a buscá-los em local definido ou indicado pelo profissional médico; sendo impositiva a gravação contínua desta comunicação, preencher as fichas médicas de regulação

e seguir os protocolos institucionais consensuados e normatizados, seja no setor público seja no privado.

Outros fatores a serem considerados incluem vias de acesso, distância, localização da chamada, disponibilidade de veículos que devem estar devidamente registrados. Embora a maioria dos dados obtidos nesta consulta sejam relativos a traumas, relacionados principalmente a acidentes rodoviários, temos um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde que demonstra que mesmo uma cidade como São Paulo conseguiu reduzir o tempo médio para atendimento de urgência ou emergência relacionado a situações clínicas, atendimento prioritário do SAMU, para cerca de 12 minutos.

Portanto, se a Resolução CRM-PR n° 54/1995 que orienta o atendimento de traumas e acidentes, considera que o atendimento de emergência nestes casos deve procurar atingir o objetivo de chegar a qualquer ponto da área de abrangência em um prazo máximo de 10 (dez) minutos, pode-se em tese inferir que este também seria o tempo ideal para as emergências clínicas selecionadas pelo médico regulador, no entanto, mostra a prática mundial que existem variações de 14 a 73 minutos, contudo parece haver o consenso de que a primeira hora é fundamental no atendimento de qualquer situação emergencial,... , obviamente dependendo do caso concreto.

Em relação ao caso concreto em especial, este Conselho não tem elementos suficientes, no momento, para emitir qualquer parecer.

É o parecer.

Curitiba, 17 de julho de 2009.

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke
Cons^a. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 065/2009
Parecer CRMPR N° 2109/2009
Parecer Aprovado
Sessão Plenária n° 2342, de 31/08/2009

ATESTADO MÉDICO DO TRABALHO E AVALIAÇÃO DE SUA VERACIDADE

Keti Stylianos Patsis*

EMENTA: Contestação de atestados médicos – possibilidade.

Palavras-chave: atestado médico do trabalho, avaliação de veracidade, enfermidade, contestação, ética

MEDICAL CERTIFICATE FROM THE OCCUPATIONAL PHYSICIAN AND THE EVALUATION OF ITS VERACITY

Key words: medical certificate from the occupational physician, evaluation of its veracity, disease, disagreement, ethics

CONSULTA

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Dr. XXX encaminhou solicitação de esclarecimentos a este Conselho, em relação à possibilidade de não aceitação de atestados pelo médico do trabalho da empresa, “uma vez que há muita reclamação por parte dos empregadores sobre abuso de atestados médicos por parte de alguns colegas”. Ele esclarece que foi solicitado a examinar os trabalhadores que apresentam atestados médicos de afastamento do trabalho e a contestá-los, se não houvesse indicação para tal. O consulente informa que suas dúvidas são em relação ao modo de fazer isto eticamente, já que avaliar o trabalhador incapacitado para o exercício de suas atividades é uma função do Médico do Trabalho.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Esta resposta se baseia nos Pareceres de número 33/1999 e 49/2002 do Conselho Federal de Medicina, no Parecer 1416/2002 do Conselho Regional de Medicina do Paraná e no capítulo 10 do Código de Ética Médica.

O Médico do Trabalho tem a obrigação de verificar se as doenças que acometem os trabalhadores podem estar relacionadas às suas funções laborativas. Por este motivo, todos os afastamentos do trabalho motivados por doença do trabalhador devem ser comunicados ao Médico do Trabalho.

O Ministério da Previdência e Assistência Social, através da Portaria Ministerial nº 3.291/84, subordina a eficácia do atestado médico, para justificativa

* Conselheira Parecerista CRM/PR.

de faltas ao serviço por motivo de doença, à colocação do diagnóstico codificado conforme a Classificação Internacional de Doenças.

No entanto, conforme o artigo 102 do Código de Ética Médica, o médico só deverá inseri-lo quando expressamente autorizado pelo paciente, pois este tem o direito inalienável de manter em segredo a sua doença e o médico, o dever legal e ético de compactuar com este direito, exceto nas situações previstas em lei. Caso o paciente opte por não divulgar o motivo do afastamento do trabalho, o diagnóstico da doença – mesmo que codificado - não poderá ser declarado no atestado, pelo médico emissor. Tal fato pode comprometer a eficácia do atestado como justificativa de falta ao trabalho, permitindo que a empresa o recuse. No entanto, isto não caracteriza contestação à idoneidade ou veracidade do atestado e é apenas o exercício da prerrogativa que o texto legal lhe proporciona.

De posse de atestado médico emitido por colega, o Médico do Trabalho deve examinar o paciente diretamente, avaliar o seu estado clínico e sua capacidade laborativa e somente após conhecer todos os detalhes poderá emitir a sua opinião. Como o Médico do Trabalho tem competência e poder para divergir do colega, baseado na sua própria opinião clínica, o atestado médico pode ser questionado, total ou parcialmente e a recomendação ali contida pode ser alterada. No entanto, tal conduta impõe ao Médico do Trabalho a responsabilidade sobre o examinado. Nada impede que haja discordância apenas sobre o tempo de afastamento do trabalho indicado pelo colega emissor do atestado e concordância a respeito da terapêutica instituída, que então deve ser mantida.

Se o trabalhador puder continuar exercendo suas atividades – ou outras, que não acarretem prejuízos ao tratamento - o Médico do Trabalho pode recusar a recomendação de afastamento do trabalho. Por outro lado, se o número de dias de afastamento concedido por outro médico for insuficiente para a resolução do quadro de incapacidade, o Médico do Trabalho também pode prorrogá-lo. Se o Médico do Trabalho agir desta forma assumirá a responsabilidade sobre a recuperação do paciente.

Quando o número de dias de licença e a doença forem díspares e houver indício de abuso ou exagero, o Médico do Trabalho, caso suspeite, embasado em relevante motivo, que existe convivência por parte do médico para beneficiar o ilícito, tem a obrigação de denunciar este fato ao Conselho Regional de Medicina onde aquele profissional está registrado.

É o parecer.

Curitiba, 31 de agosto de 2009.

Keti Stylianos Patsis
Cons^a. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 087/2009
Parecer CRMPR N° 2110/2009
Parecer Aprovado
Sessão Plenária n° 2342, de 31/08/2009

PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA POR DENTISTA

Monica De Biase Wright Kastrup*

EMENTA - Cirurgião dentista prescrever medicamento- As prescrições de dentistas só poderão ser feitas para uso exclusivamente odontológico.

Palavras-chave: prescrição, medicamento, dentista

MEDICAL PRESCRIPTION BY DENTISTS

Key words: medical prescription, drug, dentist

CONSULTA

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, por consulente XXX, farmacêutica, que formula a este CRMPR o seguinte questionamento:

“Gostaria de saber se existe alguma explicação para um profissional formado em odontologia receitar medicamentos psicotrópicos tarja preta, como ansiolíticos, ao que cabe ao meu conhecimento isto é função somente de profissionais médicos, ou estou errada? Sou farmacêutica e veio uma receita azul, de um Rivotril, timbrada com o nome do dentista e com um CRM, no local do carimbo estava o nome do mesmo dentista e o CRO, obtendo informações, somente o CRO estava correto, liguei na vigilância sanitária da minha cidade e me informaram que não haveria problema em ficar com esta receita, pois dentista pode sim prescrever estes medicamentos, mesmo não pertencendo aquele CRM ao profissional. Se puderem tirar minha dúvida agradeceria”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A Notificação de Receita é o documento que, acompanhado de receita, autoriza a dispensação de medicamentos à base de substâncias constantes das listas A1 e A2 (entorpecentes), A3, B1 e B2 (psicotrópicas), C2 (retinóicos sistêmicos) e C3 (imunossupressoras), que constam de listagens anexas à Portaria 344/1998 da ANVISA.

O “Rivotril” questionado tem como substância ativa o Clonazepan, que consta no Regulamento Técnico da referida Portaria como substância Psicotrópica,

* Conselheira Parecerista CRMPR.

no número 15 da lista B1 de substâncias submetidas a controle especial em receituário de notificação obrigatória controlado tipo B.

O Capítulo V desta Portaria, que versa sobre Prescrição e Notificação de Receita, em seu artigo 35, parágrafo 7º, refere que “a Notificação de Receita é **personalizada e intransferível**, devendo conter apenas uma substância das listas já referidas”.

Portanto, sendo personalizada e intransferível, não deveria ter sido aceita aquela receita com um CRM que não pertencia ao prescritor.

Quanto à possibilidade de um cirurgião dentista prescrever tal medicamento, nada o impede, desde que preencha todos os quesitos para que a Notificação de Receita esteja dentro dos comandos da Portaria em apreço, que determina, em seu artigo 36, detalhadamente, a forma de preencher as substâncias sob controle especial e as profissões autorizadas. O artigo 38, por sua vez, orienta que as prescrições de dentistas só poderão ser feitas para uso exclusivamente odontológico.

Sugerimos à consulente que obtenha uma cópia da Portaria no sítio da ANVISA (<http://www.anvisa.gov.br>), para orientação futura.

É o parecer.

Curitiba, 05 de outubro de 2009.

Monica De Biase Wright Kastrup
Consª. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 121/2009

Parecer CRMPR Nº 2112/2009

Parecer Aprovado

Sessão Plenária nº 2363, de 06/10/2009 - Câmara IV

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Roberto Issamu Yosida*

EMENTA - Médico exercer mais de um cargo - prontuário eletrônico - ética médica.

Palavras-chave: cargos, prontuário eletrônico, atendimento a SUS

ELECTRONIC MEDICAL RECORD

Key words: positions, electronic medical record, SUS

CONSULTA

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consultante Dr. XXX, faz os seguintes questionamentos ao CRMPR.

1-Pode o médico exercer ao mesmo tempo diretoria clínica de hospital e cargo de secretário municipal de saúde?

2-Hospital em vias de informatização. Prontuário eletrônico. Ainda não disponível ao acesso remoto do consultório. Encaminho paciente para internamento do meu consultório com prescrição manual em receituário. Final da tarde, após atividades de consultório, vou ao hospital passar visita no paciente. Encontro minha prescrição digitada por escriturário. Não contém erros e doses prescritas estão de acordo com a prescrição manual. Não concordo com a atitude considero-a ilegal. Diretor técnico da instituição acha que não. Afinal quem tem razão.

3-Incorre em infração ao Código de Ética Médica, o médico que denunciar ao promotor de saúde ou ao conselho tutelar, gestante que, apesar de ter disponível pelo município, de postos de saúde, com médicos que fazem exames de pré-natal e acompanhamento à gestação, deliberadamente não faz pré-natal, aumentando em muito o risco de mortalidade materna e fetal, expondo a equipe médica a riscos - HIV/hepatites B e C - aumentando os custos de tratamento aos já escassos do sistema público com a maior probabilidade de nascimento de partos prematuros, necessidade de vaga em UTI neonatal, etc.

4-Apresentação do cenário

Hospital privado de cooperativa. Único serviço vinculado ao SUS é o de obstetrícia e neonatologia.

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

Atendimento de enfermagem, berçário e sala de parto realizados por 6 colegas que formam uma equipe e por outro colega que não é membro desta regime de plantão diário. Atendimento aos pacientes do SUS, convênio e particulares.

Membros da equipe A não querem mais atender aos pacientes do SUS mas manter atendimento aos convênios e particulares.

Colega B não se manifestou oficialmente a respeito.

Pergunto. Existe infração ao Código de Ética Médica um desejo desta natureza?

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

FUNDAMENTAÇÃO E RESPOSTA À PERGUNTA 1 :

Fundamentação :

A Resolução CFM nº 1.352/92 disciplinou a extensão em que um médico pode responder pela Direção Técnica ou pela Direção Clínica dos estabelecimentos de saúde, sem, contudo, criar qualquer cerceamento ao exercício da atividade médica.

Resolve:

Art. 1º - Ao profissional médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como Diretor Técnico, seja como Diretor Clínico, em no máximo 2 (duas) instituições prestadoras de serviços médicos, aí incluídas as instituições públicas e privadas, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição.

Todavia, não há especificação dos cargos.

Resposta :

Sim.

Não configura infração ética ser ao mesmo tempo diretor clínico e secretário municipal de saúde. Nada obsta que o médico ocupe ambos os cargos. Contudo, é importante destacar que os conflitos de interesses podem impedir o trabalho perfeito e isento das funções.

Não há dispositivo normativo no âmbito dos Conselhos de Medicina proibindo a simultaneidade. Porém, os deslizes devem ser coibidos e punidos com o rigor da lei.

Trata-se de um ato de consciência, bom senso, cidadania, ética e responsabilidade individuais.

FUNDAMENTAÇÃO E RESPOSTA À PERGUNTA 2 :

Fundamentação :

O Código de Ética Médica estabelece que é vedado :

Art. 30 - Delegar à outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 39 - Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

A informatização é inevitável e trouxe enormes avanços na assistência médica.

As prescrições médicas são consideradas atos médicos.

Resposta :

A prescrição médica deve ser feita pelo médico assistente de maneira absolutamente clara, legível, em vernáculo corrente e na padronização de pesos e medidas vigente.

Não se admite a transcrição ou digitação. Mesmo que por profissionais da saúde. Ainda que médico, sem o exame do paciente.

Na situação em tela, o paciente ou acompanhante deveria portar a prescrição firmada no consultório até o hospital. Ou esta ser enviada de maneira a ser inequívoca por meio de digitalização ou fax símile.

Cessado o impedimento, a prescrição deverá ser realizada pelo médico assistente responsável pelo internamento. Seja do modo tradicional ou por meio eletrônico.

Sobre prontuário eletrônico recomendo a leitura da RESOLUÇÃO CFM Nº 1.821/07.

FUNDAMENTAÇÃO E RESPOSTA À PERGUNTA 3:

A autonomia do paciente deve ser respeitada.

Cabe mencionar que aqui temos o binômio mãe-filho que é o objeto da assistência médica. Tal fato de extrema importância não permite que a autonomia completa seja exercida porque um interesse de terceiro incapaz de expressar sua vontade, e portanto de exercer sua autonomia, se faz presente.

O Estatuto da Criança e do Adolescente diz:

Das Disposições Preliminares

Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Art. 6º Na interpretação desta Lei levar-se-ão em conta os fins sociais a que ela se dirige, as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos, e a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento.

Do Direito à Vida e à Saúde

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Art. 8º É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal.

Da Prevenção

Art. 70. É dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente.

Art. 73. A inobservância das normas de prevenção importará em responsabilidade da pessoa física ou jurídica, nos termos desta Lei.

Ainda sobre o Conselho Tutelar :

Art. 131. O Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei.

Resposta :

A comunicação ao promotor de saúde ou ao Conselho Tutelar não se configura como infração ao Código de Ética Médica.

Contudo, o médico deve esgotar os meios de convencimento esclarecendo a importância do acompanhamento pré-natal. Esta é a melhor solução.

Intransponível a barreira da livre conscientização, é imperioso documentar em prontuário formalmente a decisão da paciente de forma a resguardar o profissional das responsabilidades que poderão advir da não realização do pré-natal. Além de comunicar aos órgãos competentes já nominados.

FUNDAMENTAÇÃO E RESPOSTA À PERGUNTA 4 :

O Código de Ética Médica em seu capítulo I - Princípios Fundamentais determina que :

Art. 1º - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 7º - O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente.

Resposta :

Não.

Ninguém é obrigado a atender quem não deseje, salvo as situações acima mencionadas.

O Artigo 7º do Código de Ética Médica, não dispensa o médico de obedecer às normas do regimento do corpo médico do hospital em que atua, desde que o mesmo esteja homologado no seu respectivo Conselho Regional de Medicina.

Em se tratando de regime de plantão, não há que haver discriminação de pacientes por qualquer motivo.

Caso haja divergência de opiniões entre a equipe de médicos, este é um assunto de ordem administrativa e não da esfera conselhal.

É o parecer.

Curitiba, 30 de setembro de 2009.

Roberto Issamu Yosida
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 114/2009

Parecer CRMPR Nº 2119/2009

Parecer Aprovado

Sessão Plenária nº 2375, de 26/10/2009 - Câmara III

Agradecimento

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

PRONTUÁRIO MÉDICO E O TEMPO DE GUARDA DE EXAMES DE IMAGEM

Lutero Marques de Oliveira*

EMENTA - Prazo para guarda de exames de imagem.

Palavras-chave: prontuário médico, exame médico, tempo de guarda, exame de imagem

MEDICAL RECORD AND THE REQUIRED TIME TO KEEP IMAGING TESTS STORED

Key words: medical record, medical test, time to keep stored, imaging test

CONSULTA

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o Serviço de Radiologia XXX, subscrita pela sua administradora XXX, solicita parecer deste Conselho sobre o prazo legal para manter arquivado os exames de imagem que não foram retirados pelos pacientes que se submeteram ao exame.

Transcrevemos na íntegra sua solicitação:

"O Serviço de Radiologia XXX Curitiba, representada nesta pela sua Adm. Sra. I.R., solicita orientação referentes a exames realizados por pacientes e não retirados pelos mesmos. A Clínica possui arquivo destes exames desde 1.999, estamos passando por uma reforma e gostaríamos de descartar parte desse arquivo. Quantos anos precisamos guardar tais exames?"

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Sobre a consulta temos a aduzir:

A Resolução CFM n° 1.638/2002 em seu artigo 1°, resolve: Definir o prontuário médico como o documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens, 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 multidisciplinar e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

A Lei No 8.159, de 08 de Janeiro de 1991, determina:

Art. 2° - Consideram-se arquivos, para o fim desta lei, os conjuntos de documentos produzidos e recebidos por órgãos públicos, instituições de caráter públicos

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

e entidades privadas em decorrência do exercício de atividades específicas, bem como por pessoa física, qualquer que seja o suporte da informação ou a natureza dos documentos.

Art. 11º - Consideram-se arquivos privados os conjuntos de documentos produzidos ou recebidos por pessoas físicas ou jurídicas, em decorrência de suas atividades.

Art. 25º - Ficará sujeito à responsabilidade penal, civil e administrativa, na forma da legislação em vigor, aquele que desfigurar ou destruir documentos de valor permanente ou considerado como de interesse público e social.

A indagação sobre o arquivo de filmes de exames de imagem e laudos é freqüente, considerando o volume e espaço ocupados pelos mesmos. A Lei 5.433/98 regulamentada pelo Decreto 1.799/96 que regula a microfilmagem de documentos oficiais, e da Lei Nº 8.159/91, regulamentada pelo Decreto Nº 4.073/02, que dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados, mais a resolução CFM 1.821/07 onde aprova as normas técnicas concernentes a digitalização dos prontuários do paciente, parecem ter regularizado esse problema. No caso de filmes, a determinação do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem é a utilização do método digital por oferecer melhor resolução que a microfilmagem.

A validade jurídica dos documentos eletrônicos como prova, é garantida conforme artigos 104, 212 e 225 do Código Civil e dos artigos 332, 383 e 385 do Código de Processo Civil.

A Resolução CFM nº 1.821/2007 em seu artigo 8º resolve: Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação de prontuários dos pacientes em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Logo, o exame inteiro, tanto a imagem como o laudo como fazem parte do prontuário de um paciente, deverão ser arquivados pelo período de 20 anos, somente se não forem microfilmados ou digitalizados e dessa maneira serem arquivados. No entanto, de acordo com essa mesma resolução, tanto a microfilmagem como a digitalização de exames, devem atender integralmente aos requisitos do "Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)", estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, conforme artigo 3º.

Tendo em vista ser esse um problema de interesse para as clínicas e de grande magnitude, esse parecer será analisado pela Câmara Técnica de Radiologia e Diagnóstico por Imagem.

É o parecer.

Curitiba, 31 de agosto de 2009.

Lutero Marques de Oliveira

Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 082/2009

Parecer CRMPR Nº 2121/2009

Parecer Aprovado

Sessão Plenária nº 2383, de 03/11/2009 - Câmara IV

OS CÓDIGOS DE PROCEDIMENTOS SÃO OS MESMOS EM TODOS OS PLANOS DE SAÚDE?

Roberto Issamu Yosida*

EMENTA - Operadoras de Planos de Saúde – Código de Procedimentos Médicos – Diretrizes.

Palavras-chave: código de procedimentos, tabelas, planos de saúde, recusa de atendimento

ARE THE PROCEDURE CODES THE SAME IN ALL MEDICAL HEALTH PLANS?

Key words: procedure codes, procedure code tables, health plans, refuse to attend

CONSULTA

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

“1-Gostaria de saber se todos os planos de saúde são obrigados a trabalharem com um tipo de código de procedimento utilizado em todo o território nacional? Onde encontro a tabela que os planos são obrigados a utilizar?”

2-Se meu filho nasce com um problema o plano de saúde pode se recusar a cobrir um determinado tipo de cirurgia?”

FUNDAMENTAÇÃO RESPOSTA PERGUNTA 1:

Conforme informações do site www.ans.gov.br temos que :

A ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar - tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular às operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

O setor de saúde suplementar reúne mais de 2000 empresas operadoras de planos de saúde , milhares de médicos, dentistas e outros profissionais, hospitais, laboratórios e clínicas. Toda essa rede prestadora de serviços de saúde atende a mais de 37 milhões de consumidores que utilizam planos privados de assistência à saúde para realizar consultas, exames ou internações.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS é uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde que trabalha para promover o equilíbrio

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

nas relações entre esses segmentos para construir, em parceria com a sociedade, um mercado sólido, equilibrado e socialmente justo.

Os planos privados de assistência à saúde oferecidos pelas Operadoras seguem as diretrizes estabelecidas na Lei 9.656/98. Determinadas características - como a modalidade da contratação, a data da assinatura, a cobertura assistencial e a abrangência geográfica submetem os contratos de forma diferenciada à legislação.

Todos os contratos celebrados a partir de 1º de janeiro de 1999 têm que ter registro na ANS e estão totalmente sujeitos à nova legislação.

Contrato adaptado - É o contrato antigo adaptado às normas estabelecidas na lei 9.656/98. O contrato adaptado tem que ter registro na ANS e está totalmente submetido à nova legislação.

São contratos antigos os contratos celebrados antes da vigência da Lei 9.656/98 que não foram adaptados às novas regras estabelecidas.

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999.

Todas as operadoras de planos de saúde são obrigadas a dar cobertura mínima baseada nos procedimentos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, para os contratos celebrados a partir de 1º de janeiro de 1999. O Rol pode ser encontrado no site : www.ans.gov.br

FUNDAMENTAÇÃO E RESPOSTA PERGUNTA 2 :

A Resolução 167 da ANS determina que :

São permitidas as exclusões assistenciais previstas no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998, observando-se as seguintes definições:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental: é aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso **off-label**).

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III - inseminação artificial: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados: medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados são aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: medicamentos para tratamento domiciliar são aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios de urgência e emergência);

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

VIII – tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

IX - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

Excetuando-se o acima exposto, somente poderá haver indeferimento conforme o que preceitua a Resolução CONSU (Conselho de Saúde Suplementar) nº 08/98 (publicada no DO em 04 de novembro de 1998).

Esta Resolução criou os mecanismos de regulação do setor de saúde suplementar e estabeleceu no artigo 4º diversas exigências que deverão ser atendidas pelas operadoras quando empreendem mecanismos de regulação :

Art.4º *As operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, quando da utilização de mecanismos de regulação, deverão atender às seguintes exigências:*

(...)

V - garantir, no caso de situações de divergências médica ou odontológica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora;

A divergência técnica somente surge se a operadora se depara com pedido de permissão de serviço que deve ser coberto, mas que é considerado inadequado para o tratamento do paciente, situação em que o impasse deve ser resolvido por terceiro alheio à relação usuário/médico assistente/operadora.

É o parecer.

Curitiba, 20 de novembro de 2009.

Roberto Issamu Yosida

Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 149/2009

Parecer CRMPR Nº 2116/2009

Parecer Aprovado

Sessão Plenária nº 2395, de 23/11/2009 - Câmara IV

EXAME MÉDICO SEM PEDIDO MÉDICO. POR AUTO SOLICITAÇÃO

Monica De Biase Wright Kastrup*

EMENTA - Solicitação de exames sem pedido médico – Pedidos feitos pelo próprio paciente.

Palavras-chave: exame complementar, ausência de pedido, autoindicação

MEDICAL TESTS WITHOUT A PHYSICIAN'S ORDER. BY PATIENT`S OWN ORDER

Key words: medical test, no physician`s order, by patient`s own order

CONSULTA

Trata-se de consulta encaminhada pelo Dr. XXX, Responsável Técnico pelos Laboratórios XXX e se refere às solicitações de exames complementares e foi encaminhada nos seguintes termos:

“Os XXX, marcas regionais da XXX recebem, com frequência, solicitações de exames sem pedidos médicos. Não se tratam de requisições de exames pagos pelos convênios, que tem um padrão de guias que exigem as assinaturas dos médicos, mas dos pedidos feitos pelos próprios pacientes. É comum que exames como HIV, BHCG (“teste para gravidez”), tempo de protrombina (TP), PSA, glicemia e outros, sejam solicitados e pagos, pelos próprios pacientes e, conseqüentemente, nos laudos não consta o nome do médico.

Desejamos um parecer do CRM quanto à conduta que devemos tomar e qual seria a solução ética e prática que não cerceie o direito do paciente de contratar o referido serviço e, ao mesmo tempo, não fira as disposições do Código de Defesa do Consumidor”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A solicitação de exames complementares implica, para sua execução, em conhecimentos técnicos, além de procedimentos científicos e éticos aprendidos nos cursos de graduação, especialização e atualização em Medicina e praticada por profissional graduado em Escola Médica, onde tenha aprendido, fundamentalmente, as disciplinas de anatomia e fisiologia humanas e patológicas; microbiologia;

* Conselheira Parecerista CRM/PR.

parasitologia e farmacologia médicas; clínica cirúrgica; clínica médica; pediatria; ginecologia e obstetrícia; psiquiatria; terapêutica médica e ética médica.

Considerando que a área da saúde está plena de profissionais sem que haja uma clara definição dos limites dos seus campos de ação, pois os limites interprofissionais entre essas categorias de agentes nem sempre estão bem definidos, não havendo, até o momento, uma preocupação dos legisladores em definir as atividades privativas dos médicos, quais as compartilhadas com outros profissionais e quais seriam tais categorias profissionais, resta a preocupação dos Conselhos de Medicina de que haja uma pulverização da atividade médica, o que acarretaria graves prejuízos tanto para o interesse quanto para a saúde da sociedade.

Destas considerações, conclui-se que as atividades que envolvem **DIAGNÓSTICO DE ENFERMIDADES**, ou que impliquem em **INDICAÇÃO TERAPÊUTICA** devem ser considerados atos privativos de médicos. No seu mister, entretanto, o médico pode ser auxiliado por outros profissionais da área de saúde, sendo, entretanto, o responsável pelo ato médico praticado por toda a equipe.

“A requisição de exames de rotina e complementares constitui-se em ato médico. Ao enfermeiro compete, tão somente, transcrever as prescrições médicas e solicitações de exames complementares contidos nos programas de Saúde Pública do Ministério da Saúde e nas rotinas aprovadas pelas Instituições de Saúde. A análise destes é de exclusiva competência médica” (PARECER CONSULTA CFM Nº 53/1999 - ementa).

“Somente o médico tem competência legal para diagnosticar, prognosticar e prescrever ou executar ato terapêutico. Requisição de exames complementares com esta finalidade é ato médico” (PARECER CONSULTA Nº 46/1999 – ementa).

Quando ocorre a solicitação de exames complementares por parte de leigos ou de profissionais não médicos, cabe aos Conselhos de Medicina orientar sobre a impropriedade desta atitude, cabendo aos legisladores a sensibilização e a normatização de tais práticas, naquelas áreas que fogem à jurisdição dos órgãos conselhais.

É o parecer.

Curitiba, 25 de agosto de 2009.

Monica De Biase Wright Kastrup
Cons^a. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 095/2009

Parecer CRMPR Nº 2106/2009

Parecer Aprovado

Sessão Plenária nº 2340, de 25/08/2009 - Câmara IV

SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES À OUTRO MÉDICO

Keti Stylianos Patsis*

EMENTA - Solicitação de informações sobre o paciente a outro médico – possibilidade.

Palavras-chave: informação, terceiro, formulário, SESI-CIC, perito

REQUEST OF INFORMATIONS TO ANOTHER PHYSICIAN

Key words: information, another physician, form, SESI-CIC, medical expert

CONSULTA

Em 01/07/2009 o Dr. XXX solicitou o parecer deste Conselho a respeito do formulário, que foi anexado a presente consulta, de solicitação de informações ao médico assistente, elaborado pelo SESI-CIC.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Após ter analisado o teor do formulário apresentado, é necessário que se esclareça que a Resolução 1658/2002, evocada pelo consulente, foi modificada pela Resolução 1851/2008., também do Conselho Federal de Medicina.

Conforme a Resolução 1851/2008 a atribuição do médico assistente é informar o tempo estimado e provável de afastamento do trabalho, necessário para a recuperação do paciente, cabendo ao médico perito a decisão de conceder, ou não, o benefício por incapacidade, como auxílio doença ou aposentadoria, por exemplo.

É preciso que se esclareça que o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS – é uma seguradora e que seus médicos peritos não dão alta médica aos segurados, como consta no primeiro parágrafo do formulário encaminhado pelo consulente, para análise. Alta médica é competência do médico assistente. Por

* Conselheira Parecerista CRM/PR.

determinação contida na Resolução 1851/2008 do Conselho Federal de Medicina cabe ao médico perito, apenas, avaliar a aptidão laborativa do segurado.

Convém lembrar que capacidade laborativa não se confunde com higidez e que mesmo trabalhadores portadores de doenças podem estar aptos para o seu trabalho, embora necessitem manter-se em tratamento. Os exemplos mais óbvios disto são os portadores de doenças crônicas, como hipertensão arterial ou diabetes. Portanto, resta claro que, mesmo sem alta médica, muitos trabalhadores podem ter seu benefício previdenciário cessado pelo médico perito.

Após as correções apontadas e fundamentadas acima, entendo que o formulário elaborado pelo consulente possa ser encaminhado ao médico assistente, quando necessário.

É o parecer.

Curitiba, 24 de agosto de 2009.

Keti Stylianos Patsis
Cons^a. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 083/2009

Parecer CRMPR N° 2104/2009

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n° 2340, de 25/08/2009 - Câmara IV

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

History Museum of Medicine

Ehrenfried Othmar Wittig *

Hospital Militar de Curitiba Praça Marechal Alberto Ferreira de Abreu

Sua história inicia com a instalação da Enfermaria Militar da Guarnição do Paraná em 1º/07/1862, na antiga praça da República, hoje praça Rui Barbosa, período da instalação do exército em distritos militares para atender o já expressivo efetivo para a recém criada Província do Paraná, ascendeu a categoria de Hospital Militar em 1890.



Teve papel relevante na revolta da Armada (1893-1895) e na guerra do Contestado (1914-1915).

Em 1924 foi construído uma nova, maior e melhor edificação, de porte mais atualizado com as funções e chamado de Hospital Militar de Curitiba, na praça Marechal Alberto Ferreira de Abreu, s/nº, Batel, onde permanece até hoje.

Em 1953 passou a categoria de Hospital Geral de Curitiba. Atualmente é um hospital de alta complexidade vinculado a 5ª Reg. Militar.

A fotografia (A) mostra um terreno no período de 1924/25, onde foi construído o hospital Militar de Curitiba, com uma vista da cidade.

Flagrantes atuais da Praça Marechal Alberto Ferreira de Abreu s/nº no Batel, onde se vê o Hospital Militar (B) e uma visão do sentido hospital-cidade atual (C).

Palavras-chave - Hospital Militar de Curitiba, museu, história da medicina, Associação Médica do Paraná
Key-words - Curitiba Military Hospital, 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 no Hospital de Clínicas, da Universidade Federal do Paraná – UFPR.

Para doações e correspondência: Secretaria: Fone 041. 3024-1415 • Fax - 041 3242-4593

• E-mail: amp@amp.org.br • Rua Cândido Xavier nº 575 - 80240-280 - Curitiba-PR

Visite o Museu em nosso site www.amp.org.br

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

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

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

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

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

3 - Comissão de Qualificação Profissional

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

4 - Comissão de Tomada de Contas

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

5 - Comissão de Licitação

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

6 - Comissão de Ensino Médio

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

7 - Comissão de Saúde do Médico

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

8 - Comissão de Comunicação

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

9 - Comissão Parlamentar

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

10 - Comissão de Patrimônio

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

11 - Comissão Estadual de Honorários Médicos

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

12 - Comissão Estadual de Defesa do Ato Médico

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

13 - Comissão de Cooperativismo Médico

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

Delegacia do CRM-PR em Apucarana

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

Delegacia do CRM-PR em Campo Mourão

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

Delegacia do CRM-PR em Cascavel

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

Delegacia do CRM-PR em Foz de Iguaçu

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

Delegacia do CRM-PR em Guarapuava

Dr. Ângelo Henrique França
Dr. Antônio Marcos Cabrera Garcia
Dr. Arnaldo Tomiô Aoki
Dr. Cicero Antônio Vicentin
Dr. Francisco José Fernandes Alves
Dr. Frederico Eduardo Walpechowski Virmond

Dr. Jean Boutros Sater
Dr. Lineu Domingos Cartelo Júnior
Dr. Marcos Hernandes Tenório Gomes
Dr.ª Rita de Cássia Ribeiro Penha Arruda

Delegacia do CRM-PR em Londrina

Dr. Álvaro Luiz de Oliveira
Dr.ª. Alessandra Luiz Spironelli
Dr. Bruno Scardazzi Pozzi
Dr. Clodoaldo Zago Campos
Dr. Ivan José Blume de Lima Domingues
Dr. Jan Walter Stegamann
Dr. João Henrique 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 Yoshissuke Taguchi
Dr. Luiz Alberto Mello e Costa
Dr. Márcio de Carvalho
Dr. Marcos Victor Ferreira
Dr. Natal Domingos Gianotto
Dr. Raul Bendin Filho
Dr. Riuzi Nakanishi
Dr. Vicente Massaji Kira
Dr. Wilson Atsumi Otani

Delegacia do CRM-PR em Paranavai

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

Delegacia do CRM-PR em Pato Branco

Dr. Ayrton Martin Maciozek
Dr. Celito José Ceni
Dr. Geraldo Sutzbach
Dr. Gilberto José Lago de Almeida
Dr. Gilmar Juliani Biscaia
Dr. Ildelfonso Amoedo Canto Júnior
Dr. José Renato Pederiva
Dr.ª Vanessa Bassetti Pronchmann

Delegacia do CRM-PR em Ponta Grossa

Dr. Ana Paula Ditzel
Dr. Angelo Luiz de Col Defino
Dr. Carlos Alexandre Fernandes
Dr.ª Daniella Alvarez Mattar
Dr. Glynson Gumurski da Silva
Dr. Marcelo Jacomel
Dr. Meierson Reque
Dr. Northon Arruda Hilgemach
Dr. Plácido da Trindade Machado
Dr. Rubens Adão da Silva

Delegacia de Divisas em Rio Negro/Mafra-SC

Dr. Francisco Mário Zacocla
Dr. Jacy Gomes
Dr. Jonas de Melo Filho
Dr. Leonardo Gastim Leite
Dr. Richard Andrei Marquardt
Dr.ª Rita Sibebe Schiessel Flores

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

Dr. Ari Orlandi
Dr. Celso Aparecido Gomes de Oliveira
Dr. Carlos Maria Luna Pastore
Dr.ª. Elizabeth Candido da Lozzo
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 Bossio
Dr.ª. José Maria Barreira Neto
Dr. Roberto Simeão Roncato
Dr. Sérgio Kasuo Akioishi

Delegacia do CRM-PR em Umuarama

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

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

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

Sumário

ARTIGO**O Médico do Século XXI: Compromisso Social e Responsabilidade Compartilhada**

Sônia Wendt Nabarro 01

PARECERES**Casa de Parto. Atendimento sem Ginecologista**

Pedro Pablo Magalhães Chacel 17

Resolução CFM 1480/1997 - Critérios de Morte Encefálica

Maurício Marcondes Ribas 22

Prontuário Médico Eletrônico e a Comissão de Prontuário Médico

Donizetti Dimer Giamberardino Filho 24

Responsabilidade Frente à Exames de Laboratório. Transporte

Donizetti Dimer Giamberardino Filho 26

Espirometria Ocupacional e o Médico do Trabalho

Roseni Teresinha Florencio 29

Alta Médica por Indisciplina

Roseni Teresinha Florencio 33

Atendimento de Emergência Médica e o Tempo do Pedido Para o Atendimento

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke 38

Atestado Médico do Trabalho e Avaliação de sua Veracidade

Keti Stylianos Patsis 42

Prescrição Medicamentosa por Dentista

Monica De Biase Wright Kastrup 44

Prontuário Eletrônico

Roberto Issamu Yosida 46

Prontuário Médico e o Tempo de Guarda de Exames de Imagem

Lutero Marques de Oliveira 51

Os Códigos de Procedimentos são os Mesmos em Todos os Planos de Saúde?

Roberto Issamu Yosida 53

Exame Médico sem Pedido Médico. Por Auto Solicitação

Monica De Biase Wright Kastrup 56

Solicitação de Informações à Outro Médico

Keti Stylianos Patsis 58

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA**Hospital Militar de Curitiba**

Ehrenfried Othmar Wittig 60