



ARQUIVOS
do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

v.27 - n. 107 - Jul/Set - 2010

CRM PR

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
GESTÃO 2008/2013
DIRETORIA 1º/06/2010 a 31/01/2012

Presidente:	Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Vice-Presidente:	Cons. Alexandre Gustavo Bley
Secretário Geral:	Cons. Hécio Bertolozzi Soares
1º. Secretário:	Cons. José Clemente Linhares
2º. Secretário:	Cons. Marco Antonio do S. Marques Ribeiro Bessa
1ª. Tesoureira:	Consª. Roseni Teresinha Florencio
2º. Tesoureiro:	Cons. Sérgio Maciel Molteni
Corregedor-Geral:	Cons. Alceu Fontana Pacheco Júnior
1ª. Corregedora:	Consª. Marília Cristina Milano Campos
2º. Corregedor:	Cons. Roberto Issamu Yosida

CONSELHEIROS

Alceu Fontana Pacheco Júnior
Alexandre Gustavo Bley
Ana Maria Silveira Machado de Moraes (Maringá)
Arnaldo Lobo Miró
Carlos Puppi Busetti Mori (Cascavel)
Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Clóvis Marcelo Corso
Darley Rugeri Wollmann Júnior
Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Ehrenfried O. Wittig (indicado pela AMP)
Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke
Gerson Zafalon Martins
Gustavo Justo Schulz
Hécio Bertolozzi Soares
Hélio Delle Donne Júnior (Guarapuava)
Joachim Graf
José Carlos Amador (Maringá)
José Clemente Linhares
Keti Stylianos Patsis
Lisete Rosa e Silva Benzoni (Londrina)

Luis Fernando Rodrigues (Londrina)
Luiz Antonio de Melo Costa (Umuarama)
Luiz Jacintho Siqueira (Ponta Grossa)
Luiz Sallim Emed
Lutero Marques de Oliveira
Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa
Marília Cristina Milano Campos
Mário Teruo Sato
Marta Vaz Dias de Souza Boger (Foz do Iguaçu)
Maurício Marcondes Ribas
Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Monica De Biase Wright Kastrup
Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
Paulo Roberto Mussi (Pato Branco)
Raquele Rotta Burkiewicz (Falecida em 17/04/2010)
Roberto Issamu Yosida
Romeu Bertol
Roseni Teresinha Florencio
Sérgio Maciel Molteni
Vilson José Ferreira de Paula (indicado pela AMP)
Wilmar Mendonça Guimarães
Zacarias Alves de Souza Filho

Membros Natos

Duilton de Paola, Farid Sabbag, Luiz Carlos Sobania, Luiz Sallim Emed, Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Hécio Bertolozzi Soares, Gerson Zafalon Martins e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho.

Departamento Jurídico

Consultor Jurídico: Adv. Antonio Celso Cavalcanti Albuquerque

Assessores Jurídicos: Adv. Afonso Proença Branco Filho e Martim Afonso Palma

Departamento de Fiscalização

Médicos fiscais de Curitiba: Dr. Elísio Lopes Rodrigues, Dr. Jun Hirabayashi e Dr. 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: crmpr@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. 107	p. 117-172	Jul./Set.	2010
---------------------------	----------	-------	--------	------------	-----------	------

EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Donizetti D. Giamberardino Filho Ehrenfried O. Wittig Gerson Z. Martins Miguel I.A. Hanna S^º.
Hélcio Bertolozzi Soares Hernani Vieira João M. C. Martins Luiz Sallim Emed Carlos Roberto G. Rocha

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

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

ENDEREÇOS

CRMPR

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

CFM

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

TIRAGEM

22.000 exemplares

CAPA

Criação: Rodrigo Montanari Bento

DIAGRAMAÇÃO

Marivone S. Souza (41) 3338-5559

FOTOLITOS E IMPRESSÃO

Gráfica Trindade
Rua Santa Catarina, 130 - Santa Maria Goretti. Fone: (51) 3320-0300
CEP 91030-330 - Porto Alegre - RS

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, 2010;27(107):117-172

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

**DEPOIS
NÃO DIGA
QUE NÃO SABIA**

Leia e Archive

**“Arquivos do
Conselho Regional
de Medicina
do Paraná”**

ATRIBUIÇÕES DO DIRETOR TÉCNICO E DO DIRETOR CLÍNICO

CFM*

Palavras-chave: atribuições, diretor técnico, diretor clínico, afastamento, eleição, revogação, Resolução CFM 1342/91, substituição

TASKS OF THE TECHNICAL AND THE CLINICAL DIRECTOR

Key words: attributions, technical director, clinical director, removal, election, revocation, Resolution CFM 1342/91, replacement

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que, de acordo com o artigo 15 da Lei nº 3.999, de 15.12.61, os cargos ou funções de **chefia de serviços médicos** somente podem ser exercidos por médicos habilitados na forma da lei;

CONSIDERANDO que o Art. 28 do Decreto nº 20.931/32 preceitua que qualquer organização hospitalar ou de assistência médica, pública ou privada, obrigatoriamente tem que funcionar com um Diretor Técnico, habilitado para o exercício da medicina, como principal responsável pelos atos médicos ali realizados;

CONSIDERANDO que o Art. 12 do Decreto nº 44.045/58 e a Lei nº 6839/80 estabelecem que as pessoas jurídicas de prestação de assistência médica estão sob a ação disciplinar e de fiscalização dos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO que, de acordo com o Art. 3º da RESOLUÇÃO CFM Nº 1.214/85, a obrigatoriedade do registro e do cadastramento abrange também a filial, a sucursal, a subsidiária, ambulatorios e todas as unidades de atendimento médico;

CONSIDERANDO que o Art. 8º da Resolução CFM Nº 997/80 determina que, no caso de afastamento do médico Diretor Técnico, o cargo deverá ser imediatamente ocupado pelo seu substituto, também médico;

CONSIDERANDO que o Art. 11 da mesma Resolução CFM Nº 997/80 estabelece que o Diretor Técnico, principal responsável pelo funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a

* Conselho Federal de Medicina.

supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente;

CONSIDERANDO que ao Diretor Técnico compete assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis ao exercício de uma boa prática médica, zelando, ao mesmo tempo, pelo fiel cumprimento dos princípios éticos;

CONSIDERANDO que ao Diretor Clínico compete a supervisão da prática médica realizada na instituição;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido pelo plenário em sessão realizada em 08 de março de 1991.

RESOLVE:

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

Art. 2º - **São atribuições do Diretor Técnico:**

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

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

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

Art. 3º - **São atribuições do Diretor Clínico:**

a) Diretor e coordenar o Corpo Clínico da instituição.

b) Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição.

c) Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição.

Art. 4º - O Diretor Clínico será eleito pelo Corpo Clínico, sendo-lhes assegurada total autonomia no desempenho de suas atribuições.

Art. 5º - **Revogado pela Res. CFM 1.352/92.**

Parágrafo único – Face às peculiaridades das instituições, é permitido ao médico o exercício simultâneo das funções de Diretor Técnico e de Diretor Clínico.

Art. 6º - **Em caso de afastamento ou substituição do Diretor Técnico ou do Diretor Clínico**, aquele que deixa o cargo tem o dever de imediatamente comunicar tal fato, por escrito, ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único - A substituição do Diretor afastado deverá ocorrer de imediato, obrigando-se o Diretor que assume o cargo a fazer a devida notificação ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 7º - Fica estabelecido o prazo de 60 (sessenta) dias para a observância da presente Resolução pelas instituições e pelos profissionais médicos.

Art. 8º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília-DF, 08 de março de 1991.

Ivan de Araújo Moura Fé
Presidente

Hercules Sidnei Pires Liberal
Secretário-Geral

Resolução CFM Nº. 1342/1991
Resolução Aprovada
Sessão Plenária de 16/04/1991
Publicada no D.O.U. pág. 7014

ABORTO - Justiça autoriza fim de gestação de anencéfalo

BELO HORIZONTE - *Agência Estado*

“O Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TH-MG) autorizou uma gestante de Contagem, na região metropolitana de Belo Horizonte, a interromper a gravidez feto anencéfalo. Segundo o tribunal, a integridade física e mental da mulher e sua família deve prevalecer sobre a “a garantia de uma vida meramente orgânica”.

A mãe entrou com processo na comarca de Contagem para fazer o aborto após o exame de ultrassonografia constatar que “o feto é portador de anomalia irreversível, consistente em anencefalia e ausência de calota craniana”. Pelo exame apresentado na ação, o bebê teria “probabilidade de morte em 100%”. No entanto, em primeira instância a Justiça negou o pedido de interrupção da gravidez, sob alegação de que a Constituição “assegura os direitos do nascituro”.

A mãe recorreu e o desembargador José Antônio Braga, da 9ª Câmara Cível do TJ-MG, concordou com o pedido. Segundo o magistrado, além de ser prejudicial à integridade física e mental da família, a gravidez não vai gerar vida”. “Não se quer evitar a existência de uma vida vegetativa, mas sim paralisar uma gravidez sem vida presente ou futura”, afirmou. Ele argumentou ainda que o prosseguimento da gravidez seria capaz de gerar danos à integridade física e mental da gestante e de seus familiares, por isso “o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana deverá prevalecer sobre a garantia de uma vida meramente orgânica”. Os desembargadores Antônio Generoso Filho e Osmando Almeida concordaram com o relator.

A possibilidade de interrupção da gravidez de feto anencéfalo tramita desde 2004 no Supremo Tribunal Federal (STF), em ação proposta pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CTNS). A Procuradoria da República e a Advocacia-Geral da União (AGU) já se mostraram favoráveis à medida, que tem forte rejeição principalmente por parte da igreja. A previsão é de que o polêmico assunto entre na pauta do STF ainda neste ano.

Transcrito da Gazeta do Povo, Ago/2010

PROIBIDA A VINCULAÇÃO E/OU INTERAÇÃO DE PRÁTICA DE ATOS MÉDICOS COM ESTABELECIMENTOS DE ESTÉTICA, BELEZA E CONGÊNERES

CRM-PR*

Ementa - veda o exercício da medicina em estabelecimentos de estética, salões e/ou institutos de beleza e congêneres e dá outras providências.

Palavras-chave: vinculação, interação, médica, estabelecimento, institutos, salões, consultórios, estética, beleza, trocas de vantagens

PROHIBITED THE LINK AND/OR INTERACTION OF MEDICAL ACTS WITH ESTABLISHMENTS OF AESTHETICS, BEAUTY

Key words: linking, interaction, doctor, establishment, beauty parlors, offices, aesthetics, beauty, trade advantages

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

CONSIDERANDO o disposto no Art. 2º da Lei Nº 3.268/57, referente à missão precípua do CRM-PR que consiste em zelar pela observância dos postulados éticos no âmbito do Estado do Paraná;

CONSIDERANDO o disposto no Art. 15 da Lei Nº 3.268/57, que estabelece as competências institucionais do CRM-PR;

CONSIDERANDO ser o Conselho Regional de Medicina o órgão supervisor do exercício profissional da medicina no Estado do Paraná, devendo exercer esse mister em prol da comunidade assistida;

CONSIDERANDO a necessidade de ser mantida a reputação da profissão médica perante a sociedade, separando-a de práticas profissionais dissonantes com o exercício legal da medicina;

CONSIDERANDO as disposições do Art. 68 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO a Resolução CFM n.º 1886/2008, que dispõe sobre "As normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência";

* Conselho Regional de Medicina do Paraná.

CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária do Corpo de Conselheiros do CRM-PR, realizada em 28 de junho de 2010.

RESOLVE:

Artigo 1º - É vedada a prática de atos médicos com vinculação e/ou interação com estabelecimentos de estética, salões e/ou institutos de beleza e congêneres.

Parágrafo único - Entende-se por interação/vinculação, a existência de consultório médico nos locais referidos no caput do artigo e/ou a troca de vantagens pecuniárias ou de qualquer outra espécie entre médico e estabelecimentos de estética, salões e/ou institutos de beleza e congêneres.

Artigo 2º - Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Curitiba, 28 de junho de 2010.

Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Presidente

Resolução CRM-PR Nº. 180/2010
Resolução Aprovada
Sessão Plenária de 28/06/2010
Publicada no D.O.PR pág. 39

MÉDICO NEUROLOGISTA PODE ASSINAR LAUDO DE TOMOGRAFIA DE SUA ESPECIALIDADE ?

Marco Antonio S. M. Ribeiro Bessa*

EMENTA - Médico neurologista assinar laudo de tomografia cerebral em serviço de radiologia que possui radiologista responsável.

Palavras-chave: tomografia, médico neurologista, laudo radiológico, descrição e assinatura, radiologista, anunciar

CAN A NEUROLOGIST GIVE CT SCAN REPORTS OF HIS SPECIALTY?

Key words: CT scan, neurologist, radiological report, description and signature, radiologist, to announce

CONSULTA

Trata-se de pedido de consulta feito pelo Dr. XX., através de mensagem eletrônica, nos seguintes termos:

“Sou neurologista e gostaria de saber se existe impedimento legal para que eu elabore e assine laudos de tomografia cerebral (exclusivamente) estando eu vinculado a um serviço de radiologia com radiologista responsável.”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Por se tratar de assunto já avaliado por esse Conselho, reproduzo o Parecer No. 1715/2006, aprovado em reunião plenária de 19/12/2005, de lavra da Conselheira Marília Cristina Milano Campos:

A Lei 3268/57 que regulamenta o exercício da profissão médica é clara ao afirmar que o exercício da Medicina em toda a sua plenitude se dá a partir de diploma de graduação registrado no MEC e posterior inscrição no CRM, podendo o médico não especialista exercer quaisquer atividades na áreas de diagnóstico e tratamento aos pacientes sob seus cuidados, podendo assinar laudos. No entanto, só pode anunciar especialidades os profissionais cujos títulos de especialista tenham sido registrados no CRM.

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

A assinatura de laudos é de responsabilidade do médico que realiza o exame, sendo recomendável que seja especialista, o que certifica em relação às suas habilidades técnicas e em relação aos progressos científicos, para os quais foi especificamente treinado.

Não há, portanto, impedimento legal para que o médico não especialista interprete e assine laudos complementares, assumindo total responsabilidade pelos seus atos.

É o parecer.

Curitiba, 03 de agosto de 2008.

Marco Antonio S. M. Ribeiro Bessa
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N° 110/2008

Parecer CRMPR N° 12022/2008

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n° 2056, de 04/08/2008 - Câmara III

MEDIDAS ADMINISTRATIVAS DEVEM SEGUIR PRECEITOS DOS CONSELHOS ÉTICOS OFICIAIS

Donizetti Dimer Giamberardino Filho*

EMENTA - Medidas administrativas operacionais, apesar de amparadas em decisões assumidas em assembléias de cooperados médicos, devem seguir os preceitos éticos recomendados pelos Conselhos de Medicina, no exercício profissional da medicina, como é de competência prevista em lei.

Palavras-chave: Resolução CFM 1642/2002, Resolução CFM nº 1673/2003, preceitos éticos, preceitos administrativos, autonomia, consulta bonificada

ADMINISTRATIVE MEASURES MUST FOLLOW PRECEPTS OF THE OFFICIAL ETHICAL COUNCILS

Key words: CFM Resolution 1642/2002, CFM Resolution no 1673/2003, ethical precepts, administrative precepts, autonomy, subsidized consultation

CONSULTA

Trata a presente de solicitação de consulta formulada pelo Dr. XXX., CRM XXX, referente ao sistema de consulta bonificada, realizada por Cooperativa Médica, registrada nesse Conselho Regional de Medicina como operadora de Saúde. Indaga-se sobre a legalidade do método instituído.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Inicialmente temos a esclarecer ao consulente que algumas decisões seguem a legalidade, normalizada pelo direito na sociedade, mas não significa que estas mesmas decisões são éticas ou justas.

A posição sobre o assunto ora em pauta é clara no âmbito do Conselho Federal de Medicina, através das resoluções CFM nº. 1642/2002 e CFM nº. 1673/2003, as quais foram analisadas em parecer consulta nº. 1847/2007, do CRM-PR quando enfatiza o artigo 1º da resolução CFM nº. 1642/2002 que deve seguir os seguintes princípios, entre outros:

* Conselheiro Parecerista CRM-PR.

- Respeitar a autonomia do médico e do paciente em relação a escolha de métodos diagnósticos e terapêuticos.

- Vedar a vinculação dos honorários médicos a quaisquer parâmetros de restrição de solicitações de exames complementares.

Desta forma, concluímos que medidas administrativas operacionais, apesar de amparadas em decisões assumidas em Assembléias de cooperados médicos, devem seguir os preceitos éticos recomendados pelo Conselho de Medicina, no exercício profissional da medicina, como é de competência prevista em lei.

Recomendamos dar ciência das Resoluções do CFM e Pareceres do CRM-PR ao responsável técnico da cooperativa operadora de saúde em questão, para que tenha a oportunidade de fazer os esclarecimentos pertinentes.

É o parecer.

Curitiba, 25 de agosto de 2008.

Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N° 111/2008
Parecer CRMPR N° 1990/2008
Parecer Aprovado
Sessão Plenária n° 2070, de 1°/09/2008 - Câmara II

HONORÁRIOS MÉDICOS PARA COLOCAÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Hélcio Bertolozzi Soares*

EMENTA - Resolução Normativa Nº 167/2008- atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Palavras-chave: Resolução Normativa nº 167/2008, Agência Nacional, saúde suplementar, dispositivo intrauterino, honorários, inserção

MEDICAL FEES FOR INTRAUTERINE DEVICE IMPLANT

Key words: Normative Resolution No. 167/2008, National Agency, supplementary health, intrauterine device, medical fees, implant

CONSULTA

Trata-se de consulta encaminhada a este Conselho Regional de Medicina do Paraná, pela XXX., tendo em vista a Resolução Normativa RN Nº 167/2008 que atualizou o rol de procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Dentro da Classificação Brasileira Hierarquizada de Honorários Médicos (CBHMM) devidamente acatada por esta Instituição, realmente não consta honorários e cuidados essenciais para a inserção do dispositivo intra-uterino.

Em resposta as suas solicitações temos a aduzir:

1. Indicação do valor do honorário para a remuneração de colocação do DIU ?

Nos valores preceituados pela CBHMM, com a banda de - 20%, sem a correção desde o ano de 2003, entende-se da necessidade da dilatação do colo uterino, da histerometria e seguido da inserção do artefato, pode-se ajuizar valores correspondentes a dilatação do colo uterino (3.13.03.006.5) com porte 2 A acrescido de valor destinado a curetagem uterina (3.13.03.005.7) com porte 4 A, perfazendo total de R\$ 304,00 (trezentos e quatro reais) para o médico responsável pela inserção.

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

2. Avaliação quanto à necessidade ou não da utilização de anestesia e da participação de anestesista no procedimento.

Os consultórios médicos, conforme prescreve a Vigilância Sanitária permite apenas consultas médicas. Toda e qualquer intervenção que demande fatores de risco ao paciente, que pode ocorrer neste caso (por exemplo: hipotensão arterial motivado pela dor resultante do espasmo uterino) pode requerer cuidados que não se dispõe em consultórios aptos apenas para consultas. Desta forma, seria prudente que as inserções fossem realizadas em clínicas e/ou hospitais onde se disponibiliza recursos adicionais a uma emergência médica. Assim sendo, entendendo também, face aos riscos eventuais de perfuração uterina no momento da inserção, motivado pelo fenômeno dor, também seria de boa norma a utilização dos recursos de um anesthesiologista, com porte anestésico correspondente à curetagem uterina, previsto na CBHPM como porte anestésico 1.

3. Quanto ao local para a realização do procedimento: em consultório médico, ambulatório ou em hospital (com ou sem internamento).

Respondida anteriormente, restando esclarecer que poderá ser realizada sem internamento.

4. Estimativa da composição de custo desse procedimento

Os valores já referido para o ginecologista, acrescidos do valor anestésico – PORTE 1.

5. Quanto aos dispositivos: que modelos são recomendado, qual a sua vida útil estimada de cada um deles e quais modelos apresentam melhor indicador de relação custo/benefício ?

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em sua Resolução Normativa RN 167/2008, ampara apenas os DIUs com Cobre, estabelecendo diferença técnica para o SIU (Mirena), não obrigando o seu pagamento dentro do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Tem este vida útil de cerca de 10 anos, com período ideal de atividade de 5 anos (eficácia ideal). No mercado brasileiro há o “T DE COBRE” E O “MULTILOAD”. Não diferenças marcantes entre ambos.

É o parecer.

Curitiba, 22 de agosto de 2008.

Hélcio Bertolozzi Soares
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 78/2008

Parecer CRMPR N° 1986/2008

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n° 2065, de 25/08/2008 - Câmara II

OPERADORAS DE SAÚDE SOLICITAM CÓPIA DO GRÁFICO DE ANESTESIA. É LEGAL? É ÉTICO?

Luiz Sallim Emed*

EMENTA - Operadoras de saúde solicitarem envio da cópia do gráfico de anestesia e descrição cirúrgica.

Palavras-chave: operadoras de saúde, cópia de gráfico, descrição cirúrgica

HEALTH INSURANCE COMPANIES REQUEST ANESTHESIA'S CHART COPY. IS IT LEGAL? IS IT ETHICAL?

Key words: health insurance companies, chart copy, surgical description

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Dr. XXX., da COPAN, solicita parecer ao CRMPR, pois operadoras de saúde tem solicitado o envio da cópia do gráfico de anestesia e descrição cirúrgica. Indaga quanto aos aspectos legais e éticos de disponibilizar estes documentos as operadoras e cooperativas.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O sigilo médico é o pacto de confiança e que fortalece o relacionamento entre médico e paciente. Esta relação foi durante muitos anos direta, após o aparecimento dos convênios uma série de fragilidades surgiram e por exigências cada vez mais freqüentes por parte de operadoras tem exposto médicos e instituições a beira de romper o sigilo médico. Pela experiência médica na lide com pacientes, na gestão de instituições hospitalares, na convivência nas comissões de ética e pela participação na vida conselhal, permitiu-me perceber que gradativamente as operadoras foram exigindo cada vez mais do médico atos administrativos tudo em nome do controle burocrático do atendimento aos seus usuários ou clientes como são chamados atualmente. Na proporção em que aumentavam as exigências, reduziam os materiais e equipamentos para o exercício da medicina e da boa prática médica.

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

Alguns médicos cometeram ou poderão cometer infração ao revelar o sigilo; primeiro para obterem a simpatia do convenio, outros por sentirem-se ameaçados.

Evidenciamos devido esta situação conflitos entre médicos assistentes e auditores a ponto do Conselho Federal de Medicina publicar resolução com definições sobre a auditoria médica e hospitalar. Esta resolução passou a nortear as ações dos auditores permitindo o trabalho dentro dos princípios éticos e estabelecer a harmonia entre os direitos e deveres da atividade de auditoria. Desconsiderando alguns deslizes entre os atores na relação de auditado e auditor afirmo houve boa melhora com a redução dos conflitos e denúncias. Para emitir este parecer realizamos pesquisa em resoluções e pareceres publicados por ilustres conselheiros do CFM e dos Conselhos Regionais de Medicina (em anexo) que permite a conclusão que deixo a critério da câmara de julgamento para a decisão definitiva.

CONCLUSÃO

Considero que o gráfico de anestesia e a cópia da descrição cirúrgica fazem parte do prontuário do paciente. O prontuário e nem fragmentos ou documentos específicos não devem ser enviados em separado. Assim considero a solicitação do gráfico de anestesia e da descrição cirúrgica pelas operadoras um pedido descabido, pois a Resolução do CFM permite a auditoria da conta hospitalar “in loco” e tem o direito de analisar todo o prontuário médico ressalvado as normativas éticas estabelecidas pela resolução.

É o parecer.

Curitiba, 05 de dezembro de 2008.

Luiz Sallim Emed
Cons. Parecerista

REFERÊNCIAS

Parecer CRMPA 21/2008
Parecer CFM 22/ 2000
Parecer CFM 1702/1999
Parecer CRMPR 004/1998
Parecer CFM 4842/1993

Processo-Consulta CRMPR N°. 161/2008

Parecer CRMPR N° 2025/2008

Parecer Aprovado

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

REGIME DO PLANTÃO E RECEBIMENTO DOS HONORÁRIOS

Wilmar Mendonça Guimarães*

EMENTA - Atendimento domiciliar de pacientes conveniados pela S. M. e honorários médicos.

Palavras-chave: regime do plantão, honorários, especificação do convênio

MEDICAL SHIFT AND PAYMENT OF MEDICAL FEES

Key words: medical shift, medical fees, specification of the health insurance company

CONSULTA

Em consulta feita por e-mail a este Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Dr. XXX, encaminha consulta sobre convênio médico da U. com a XXX. com o seguinte teor:

“U. de Londrina contratou uma empresa para atendimento domiciliar de pacientes conveniados XXX. Recebemos da U. pelo plantão de doze horas 14 consultas pré fixadas pela cooperativa. Acontece que alguns atendimentos são particulares, como atendimentos variados e transporte de doentes. Não temos registro, férias, nem insalubridade”.

Minha dúvida

1. *Se estiver aqui para atender os conveniados da U. e os atendimentos particulares são recebidos pela M. não deveria receber honorários pelo serviço extra?*
2. *A M. não deveria pagar/repassar pelo serviço que realize e foi cobrado do doente?*
3. *Tal situação não fere o CEM, pois o médico não recebe pelo seu trabalho?*
4. *Pode a diretoria das empresas definir regulamentos e não repassar honorários médicos?*

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

5. *A empresa ganha sobre o trabalho profissional e não repassa, isso é ético?"*

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A Resolução CFM n. 1642/2002 regulamenta as relações entre médicos e as empresas que atuam sob a forma de prestação de serviços direta ou por intermediação de serviços médicos. Recomenda a princípio que estas estejam registradas nos Conselhos Regionais de Medicina de sua jurisdição, que devem respeitar a autonomia profissional dos médicos, que efetuem os pagamentos diretamente aos mesmos, sem retenções a qualquer título. Devem em seus contratos estipular forma de reajuste submetendo as suas tabelas ao Conselho Regional de Medicina.

As empresas devem respeitar a autonomia dos médicos e do paciente em relação à escolha de métodos diagnósticos e terapêuticos. Recomenda ademais que protocolos médicos sejam admitidos como diretrizes, quando emanados pelas sociedades de especialidades ou Associação Médica Brasileira.

A relação de trabalho descrita é a de pagamento fixo por participação em plantões, semelhante ao que ocorre em UTIs, ambulatórios, e mesmo em clínicas de atendimento de urgência ou mesmo hospitais. Neste caso são estipuladas 14 consultas, fixadas pela U. pela atividade desenvolvida. Pode haver vários atendimentos ou nenhum, com um pagamento fixo que de alguma forma garantiria remuneração pelo plantão. Desde que não haja participação societária do médico, os proventos serão os ajustados para o atendimento do plantão. Este ajuste pode ser por pagamento fixo ou agregar produtividade conforme ajuste prévio.

A regularidade do vínculo empregatício deve ser discutido à luz do direito do trabalho, a Consolidação da Lei do Trabalho. O instituto da intermediação de serviços na economia de mercado é prerrogativa prevista em lei; cabe ao médico aceitar ou negociar melhores condições de remuneração se não estiver sendo justamente remunerado pelo trabalho.

É o parecer.

Curitiba, 16 de janeiro de 2009.

Wilmar Mendonça Guimarães
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 75/2008

Parecer CRMPR N° 2035/2009

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n° 2139, de 02/02/2009 - Câmara III

PERDA DE PRONTUÁRIO: O QUE FAZER?

Gerson Zafalon Martins*

EMENTA - Condutas a serem tomadas em caso de perda/extravio do prontuário médico.

Palavras-chave: prontuário, perda, conduta

LOSING MEDICAL RECORDS: WHAT TO DO?

Key words: medical record, loss, conduct

CONSULTA

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

“Gostaríamos de esclarecer a conduta correta a ser tomada em caso de perda/extravio de prontuário (paciente não envolvido em situação judicial).

Há cerca de 15 dias, realizamos a primeira consulta e, no retorno, a secretária não conseguiu localizar o prontuário no arquivo (papel, não eletrônico). Não há relato de história de roubo ou furto na clínica neste período.

Que tipo de providência deve ser tomada?”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

As condutas a serem tomadas pelo médico, frente a uma situação desta, são;

1º Comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina;

2º Elaborar novo prontuário, onde anotar a ocorrência de extravio do anterior, bem como registrar que o paciente teve ciência do ocorrido.

Finalmente, se houvesse suspeita de roubo, furto ou outra situação criminal, o médico deveria fazer o devido Boletim de Ocorrência na Delegacia Policial.

É o parecer.

Curitiba, 03 de fevereiro de 2009.

Gerson Zafalon Martins

Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N.º 2041/2009

Parecer CRMPR N.º 2041/2009

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n.º 2140, de 09/02/2009 - Câmara II

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR DO PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Zacarias Alves de Souza Filho*

EMENTA - Serviço de Pronto-Socorro; atendimento ao politraumatizado.

Palavras-chave: pronto socorro, politraumatizado, encaminhamento apropriado, setor de internação

HOSPITAL REFERRAL OF THE POLYTRAUMA PATIENT

Key words: emergency room, polytrauma, appropriate referral, hospital admission unit

CONSULTA

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

“Me dirijo ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, com o intuito de esclarecer algumas dúvidas. Sou cardiologista, trabalho em XXX, aonde exista apenas um hospital e cujo os internamentos são divididos entre as seguintes clínicas: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ortopedia e Traumatologia, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria. O Hospital não possui em seu corpo clínico Neurocirurgião e/ ou Neurologista. Com base nessas informações tenho as seguintes dúvidas:

- Para que clínica deve ser internado os casos de Politraumatismo com ou sem trauma de crânio?
- Para que clínica deve ser internado os casos de Trauma Crânio, com ou sem traumatismo Crânio Encefálico?
- Para que clínica devem ser internados os casos de Trauma de face, com ou sem fratura, tendo em vista que o hospital não possui Cirurgião-Buco-maxilo-facial?”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O serviço de Pronto-Socorro tem por obrigação: deverá atender inicialmente todo paciente traumatizado, oferecer as primeiras medidas de diagnóstico e terapêutica, independentemente de se tratar de paciente particular, convênio ou SUS.

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

O politraumatizado deverá a seguir ser atendido em serviço de clínica cirúrgica, serviço de ortopedia e traumatologia, dependendo da situação clínica do paciente, com a participação, quando necessário do serviço de clínica médica.

Se na condição fica afirmada a necessidade de outro especialista, como o neurologista e neurocirurgião, não existente no Corpo Clínico do Hospital, deve haver esforço para transferência de paciente para Hospital de referência.

A responsabilidade do paciente, nas condições descritas do hospital existente de T. B. é do médico responsável pelo primeiro atendimento no Serviço de Pronto Socorro, em conjunto com outros especialistas convocados para atender o paciente traumatizado.

É o parecer.

Curitiba, 25 de Junho de 2008.

Zacarias Alves de Souza Filho
Cons. Parecerista

Sobrestado em Reunião Plenária n.º 2.048ª de 30/06/2008 – CÂM II para avaliação de DEFEP.

COMPLEMENTAÇÃO DE PARECER

Complementação de parecer apresentado, após verificação pelo DEFEP de pontos ainda obscuros e de esclarecimentos prestados pelo Diretor Clínico do Hospital XXX, Dr. XXX, por solicitação do CRM:

Segundo Dr. XXX, autor da consulta, o hospital tem serviço de pronto-socorro. Ao contrário da afirmação do consulente, a verificação efetuada pelo médico fiscal do CRM, Dr. Elísio Lopes Rodrigues, conclui que o referido hospital não tem serviço de pronto-socorro, e sim um Pronto Atendimento para convênio e doentes particulares. Tal informação é exatamente idêntica à prestada pelo Diretor Clínico do Hospital XXX, que ainda informa que atualmente no corpo clínico atua um neurocirurgião. Desta forma, os pacientes com trauma craniano, após avaliação pelo clínico de plantão, são encaminhados a este especialista.

Os demais pacientes de urgência/emergência deverão ser atendidos no Pronto Socorro Municipal, de onde são encaminhados, após avaliação e medidas terapêuticas iniciais, quando necessário, para atendimento especializado.

Curitiba, 23 de Janeiro de 2009.

Zacarias Alves de Souza Filho
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N.º 12/2008
Parecer CRMPR N.º 2037/2009
Parecer Aprovado
Sessão Plenária n.º 2138, de 26/01/2009 - Câmara III

TRANSPLANTES INTERVIVOS NÃO APARENTADOS DEVEM SER ANALISADOS PELA COMISSÃO DE ÉTICA

José Clemente Linhares*

Palavras-chave: transplante, intervivos, comissão de ética, regulamento, definições

UNRELATED LIVING DONORS TRANSPLANTS SHOULD BE ANALYSED BY THE ETHICS COMMITTEE

Key words: transplant, living donor, ethics committee, statute, definitions

CONSULTA

A consulta deu entrada através de correio eletrônico enviado pela Sra. V.S. R. com o seguinte teor:

“Segundo a nova Portaria do MS Nº 2.600 de 21 de outubro de 2009, todos os Transplantes Intervivos não aparentados obrigatoriamente terão que passar por uma comissão de ética do serviço onde será realizado o transplante.

Artigo 50, inciso 1º, designa que para doação e transplantes de órgão intervivos não aparentados, deve ser submetido previamente à autorização Judicial à aprovação da Comissão de Ética do estabelecimento de Saúde transplantador e da CNCDO, assim como comunicados ao Ministério Público.

Diante do exposto questiona:

1. Essa comissão de ética é a comissão já existente no hospital?
2. Poderia ser criada uma comissão própria para e como avaliar esses casos de transplantes?
3. Quais critérios deveriam ser avaliados pela comissão?”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A preocupação do legislador na criação da portaria MS Nº 2.600 é legítima e visa justamente evitar o abuso e eventual comércio de órgãos para transplantes. A referida portaria está muito bem elaborada e a regulamentação dos vários tipos de

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

transplantes está minuciosamente descrita, dispensando maiores comentários deste Conselheiro.

Passo agora a responder pontualmente as questões feitas pela consulente.

1- Essa comissão de ética é a comissão já existente no hospital?

Sim. Na própria portaria pode-se ver que a expressão está grafada em letras maiúsculas, indicando tratar-se da comissão específica do estabelecimento.

Além disso, não existe previsão para a existência de mais de uma comissão de ética no mesmo estabelecimento, conforme se depreende da redação da resolução 1.657/2002 conforme transcrito abaixo:

“REGULAMENTO DAS COMISSÕES DE ÉTICA”

Capítulo I – Das definições

Art. 1º As Comissões de Ética Médica (CEM) constituem, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade das instituições médicas, estando a ele vinculadas. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

Art. 2º As Comissões de Ética são vinculadas ao Conselho Regional de Medicina e devem manter a sua autonomia em relação às instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento.

Parágrafo único Cabe ao diretor técnico prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética.”

2- Poderia ser criada uma comissão própria para avaliar esses casos de transplantes?

Baseado no exposto acima a resposta é não, contudo se a unidade de transplante fizer parte de um conglomerado hospitalar, poderá ter comissão própria de acordo com o item f do artigo 4º da mesma resolução, conforme transcrevo abaixo:

“Nas diversas unidades médicas da mesma entidade mantenedora localizadas no mesmo município onde atuem, onde cada uma possua menos de 10 (dez) médicos, é permitida a constituição de Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se as disposições acima quanto à proporcionalidade.”

3- Quais critérios deveriam ser avaliados pela comissão?

A função da comissão de ética de um estabelecimento de saúde é

de resguardar o exercício da profissão de maneira ética e dentro dos preceitos da legalidade. Deste modo, os critérios a serem avaliados pela comissão se baseiam na aplicação dos diversos preceitos emanados nas resoluções dos Conselhos Estaduais e Federal de Medicina, no Código de Ética Médica e na legislação em vigor. Como relatei no preâmbulo, a portaria objeto desta consulta é bastante completa e explícita, devendo ser conhecida dos membros da comissão de ética que vá atuar em uma instituição que realize transplantes.

É o parecer.

Curitiba, 26 de janeiro de 2010.

José Clemente Linhares
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 041/2010

Parecer CRMPR N° 2187/2010

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n° 2478, de 26/04/2010 - Câmara IV

Agradecimento

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

NEGAR ATENDIMENTO A ANTIGO PACIENTE ESTANDO JÁ DESCREDENCIADO

Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi*

EMENTA - Conduta Ética do médico ao direito de renúncia do atendimento; operadora de saúde.

Palavras-chave: negar atendimento, descredenciamento do convênio, fornecer declaração, autonomia de atendimento, desconhecer o descredenciamento, lapso de tempo de consulta

DENYING MEDICAL ASSISTANCE TO A FORMER PATIENT WITHOUT MEDICAL INSURANCE

Key words: deny attendance, no medical insurance, provide declaration, autonomy, ignoring lack of insurance, time since last medical consultation

CONSULTA

A Sra. XXX, em email encaminhado ao CRMPR faz diversos questionamento quando a ética médica, como negar-se a atender paciente antigo, alegando descredenciamento do plano de saúde, negar-se a fornecer declaração médica, etc.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Passo a responder de forma pontual os questionamentos, citando que as algumas respostas ficam prejudicadas.

1. Negar-se a atender um paciente antigo (há cerca de 5 ou 6 anos) que - relatando dores agudas em função da doença - tenta marcar uma consulta? Alega o médico que ele (o paciente) não o havia procurado no ano de 2009, e por isso não sabia que o médico estava se descredenciando do plano sob o qual a atendeu nos últimos anos? Se esse era o seu objetivo desde o início do ano, não teria sido ético avisar os paciente (atendidos por esse plano) sobre o fato, com antecedência suficiente para marcar uma última consulta, se essa fosse a necessidade ou a vontade do paciente?

* Conselheira Parecerista CRMPR.

O médico não é obrigado a atender quem não deseje, exceto em situações de iminente perigo de vida, ou de agravamento de sua doença, quando não haja outro profissional para dar assistência adequada. (Artigo 7º) (Código de Ética Médica - Resolução CFM 1.246/88 de 8 de janeiro de 1988).

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.

Em relação à recusa a pacientes de determinado convênio, caso o médico não aceite a forma de trabalho ou a remuneração proposta pelos convênios, pode livremente deixar de prestar estes serviços, não cabendo qualquer tipo de discriminação, conforme previsto no Código de Ética Médica.

Art. 8º - O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho.

A comunicação prévia ao desligamento de médico da prestação de serviços por operadoras de saúde, nem sempre é possível, por dificuldades operacionais, que envolvem não apenas o trabalho médico, mas o trabalho de demais profissionais, tais como secretárias, gerentes, etc.

2. Pode ele simplesmente negar-se a dar uma declaração sobre a doença do paciente (para fins de renovação de licença de estacionamento especial) - de sua especialidade, e largamente conhecida e tratada por ele durante anos - sob a alegação de que só pode fazer isso caso o paciente realizasse uma consulta?

Segundo o CEM, é vedado ao médico:

Art. 112 - Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Parágrafo único - O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração dos honorários.

Porém lembramos que existem critérios para o preenchimento de declarações, atestados e afins, como o conhecimento dos fatos atuais do paciente. Caso o médico não tenha conhecimento da situação atual da doença, como por exemplo, em paciente que não presta assistência por algum tempo, o mesmo não está obrigado a fornecer atestado. Importante citar que a emissão de atestado ou demais declarações necessitam até mesmo a verificação de que o paciente encontra-se vivo, e em que condições de saúde, etc.

É vedado ao médico:

Art. 110 - Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda a verdade.

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

Portanto a resposta a esta pergunta é Sim.

3. “Despachar” um paciente antigo por telefone, nas circunstâncias acima descritas, sem sequer indicar-lhe um colega que possa atendê-lo nesse momento de crise da doença?

Resposta prejudicada. Em virtude da subjetividade da pergunta.

4. Negar-se a colocar o nome do paciente em lista de espera “porque não vai dar para atender até a data final do desligamento do plano, em novembro”?

Resposta prejudicada. Em virtude da subjetividade da pergunta.

5. Negar-se a marcar um atendimento particular nesse momento de crise, alegando não ter horário disponível até o final de novembro?

Resposta prejudicada. . Em virtude da subjetividade da pergunta. Cito novamente os artigos 7º e 8º.

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.

Art. 8º - O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho.

Finalizando, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo publicou o *Guia da Relação Médico Paciente*, disponível no site do CREMESP (www.cremesp.org.br), que tem por objetivo contribuir para o convívio humano baseado na confiança, no diálogo franco e no respeito mútuo, objetivo que vai além das relações profissionais.

Cito a primeira parte do sumário e recomendo a leitura desta importante publicação aos médicos e pacientes.

“O que melhora a relação médico-paciente Por parte do médico:

- Prestar um atendimento humanizado, marcado pelo bom relacionamento pessoal e pela dedicação de tempo e atenção necessários. - Saber ouvir o paciente, esclarecendo dúvidas e compreendendo suas expectativas, com registro adequado de todas as informações no prontuário. - Explicar detalhadamente, de forma simples e objetiva, o diagnóstico e o tratamento para que o paciente entenda claramente a doença, os benefícios do tratamento e também as possíveis complicações e

prognósticos. - Após o devido esclarecimento, deixar que o paciente escolha o tratamento sempre que existir mais de uma alternativa. Ao prescrever medicamentos, dar a opção do genérico, sempre que possível. - Atualizar-se constantemente por meio de participação em congressos, estudo de publicações especializadas, cursos, reuniões clínicas, fóruns de discussão na internet etc. - Ter consciência dos limites da Medicina e falar a verdade para o paciente diante da inexistência ou pouca eficácia de um tratamento. - Estar disponível nas situações de urgência, sabendo que essa disponibilidade requer administração flexível das atividades. - Indicar o paciente a outro médico sempre que o tratamento exigir conhecimentos que não sejam de sua especialidade ou capacidade, ou quando ocorrer problemas que comprometam a relação médico-paciente. - Reforçar a luta das entidades representativas da classe médica (Conselhos, Sindicatos e Associações) prestando informações sobre condições precárias de trabalho e de remuneração e participando dos movimentos e ações coletivas.

Por parte do paciente:

- Lembrar-se de que, como qualquer outro ser humano, o médico tem virtudes e defeitos, observando que o trabalho médico é uma atividade naturalmente desgastante. - Considerar cada médico principalmente por suas qualidades, lembrando que em todas as áreas existem bons e maus profissionais. Ter claro que o julgamento de toda a classe médica por conta de um mau médico não faz sentido. - Não exigir o impossível do médico, que só pode oferecer o que a ciência e a Medicina desenvolveram. Da mesma forma, jamais culpar o médico pela doença. - Respeitar a autonomia profissional e os limites de atuação do médico. Ele não pode ser responsabilizado, por exemplo, por todas as falhas dos serviços de saúde, muitas vezes sucateado por seus gestores. Nesse sentido, é direito do paciente denunciar e reivindicar para que o Estado cumpra sua obrigação. Existem órgãos competentes para isso, como os Conselhos de Saúde e o Ministério Público, além da direção dos próprios serviços. - Não exigir dos médicos exames e medicamentos desnecessários, lembrando que o sucesso do tratamento está muito mais na relação de confiança que se pode estabelecer com o médico. - Seguir as prescrições médicas (recomendações, dosagens, horários etc.) e evitar a automedicação. - Ter consciência dos seus direitos.”

É o parecer.

Curitiba, 29 de março de 2010.

Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
Cons^a. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 154/2010

Parecer CRMPR N° 2181/2010

Parecer Aprovado

Sessão Plenária nº 2468, de 12/04/2010 - Câmara II

INTERCONSULTAS DE ESPECIALIDADE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Zacarias Alves de Souza Filho*

EMENTA - Interconsultas em hospital universitário

Palavras-chave: médico residente, especialidade, responsabilidade, prescrição, acompanhamento, obrigações, especializando preceptores, orientação dos gestores

MEDICAL INTERCONSULTATION IN A UNIVERSITY HOSPITAL

Key words: medical resident, specialty, responsibility, prescription, monitoring, obligations, specializing preceptors, instruction of the system managers

CONSULTA

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

“É muito comum durante os programas de residência médica, a solicitação de pedidos de interconsultas entre as especialidades. É muito comum também que, em repetidas situações, a especialidade para a qual o paciente está internado delegue algumas funções para as especialidades que emitiram opiniões a respeito do caso do paciente. Entre estas funções citam-se as prescrições médicas diárias, solicitações de exames, acompanhamento clínico diário e atendimentos de urgência e emergência.

Ocorre que os residentes das especialidades que respondem aos pedidos de interconsulta, que obviamente são responsáveis pelos pacientes internados em suas específicas áreas, ficam sobrecarregados quando assumem o manejo clínico de pacientes de outras especialidades.

Pergunta: o médico residente que responde o pedido de interconsulta torna-se responsável pelas prescrições, avaliações e atendimentos de urgência / emergência do paciente em questão ou o responsável por tais obrigações continua sendo o médico que solicitou o pedido de interconsulta?

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Em resposta, tendo em vista que “Residência Médica é oficialmente curso de pós-graduação e especialização - sob orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional”, temos a aduzir:

O médico residente responde aos pedidos de consulta de outras clínicas, sob orientação de seu preceptor, que é o responsável, juntamente com o professor chefe do serviço universitário, por orientações prestadas.

O responsável pelo paciente continua sendo o coordenador médico do Serviço de origem do pedido de consulta ou de parecer, e não somente o médico residente que agilizou ou o pedido ou a resposta à orientação solicitada.

É possível, si necessário, a transferência do paciente para outra clínica, dentro de um hospital universitário, si esta atitude for julgada a mais conveniente para determinado paciente; neste caso, a responsabilidade pelo paciente passa a ser do professor coordenador deste Serviço ou Clínica, não extinguindo a responsabilidade do coordenador do serviço de origem do paciente, que deverá manter, si necessário e em acordo com médicos deste outro Serviço, orientações a condutas dentro sua especialidade.

No caso de paciente sob tratamento ou investigação por mais de uma clínica universitária, todos seus preceptores, e não só seus residentes, são responsáveis por suas atitudes e orientações, a coordenação ficando a cargo da Clínica onde o paciente encontra-se internado.

É o parecer.

Curitiba, 05 de abril de 2010.

Zacarias Alves de Souza Filho
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 052/2010

Parecer CRMPR N° 2182/2010

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n° 2468, de 12/04/2010 - Câmara III

SOLICITAÇÃO DE EXAMES POR MÉDICO NÃO COOPERADO

Roberto Issamu Yosida*

EMENTA - Solicitação de exames por médico não cooperado

Palavras-chave: solicitação de exames, limitação prevista, autonomia administrativo, médico cooperado

REQUEST OF MEDICAL TESTS BY A NON-COOPERATED PHYSICIAN

Key words: request of medical tests, limitation, administrative autonomy, cooperated physician

CONSULTA

Em e-mail enviado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consultante Dr. XXX solicita esclarecimentos sobre a solicitação de exames por médica não cooperada.

Relata que uma médica não cooperada da Unimed solicita 17 exames de sangue no total, com indicação para doenças diversas.

Especifica que os exames são: progesterona, TSH, T3 livre, S-DHEA, cortisol matinal, IGFI ou somatomedina C, IGF BP3, homocisteína, testosterona, insulina de jejum, colesterol total, LDL, triglicerídeos, lipo A, fibrinogênio, ferritina e cálcio.

Na solicitação consta o diagnóstico sob a codificação internacional de doenças de número E34. Este CID é descrito como: "outros transtornos endócrinos".

Cita que não é um caso isolado, pois vários beneficiários foram consultados pela médica e solicitados praticamente os mesmos exames e com o mesmo diagnóstico.

Relata que o Conselho Regional de Medicina do Paraná, em parecer sob o número 1.870/2007 do eminente conselheiro Dr. Sérgio Maciel Molteni, ementou que: "Os planos de saúde podem impor a seus clientes a obtenção de guias de exames somente com seus médicos credenciados (ou cooperados) desde que o contrato preveja essa limitação".

Igualmente relata que o parecer do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, sob o número 53.530/2001, do conselheiro Dr. André Scatigno Neto,

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

diz que o convênio pagador dos exames pode auditar a requisição feita por médico não conveniado, e no caso de discordar de tal requisição encaminha o paciente a médico conveniado para nova avaliação clínica.

Esclarece que a Unimed XXX não libera os exames e informa ao paciente que poderá optar por consultar um médico cooperado ou que poderá realizar os exames em caráter particular e posteriormente ser reembolsado baseado nos parâmetros de valores praticados pela Unimed XXX.

Continua dizendo sobre o sistema cooperativista em que as despesas são rateadas entre os cooperados e que estes possuem responsabilidades legal e financeira. O que não ocorre com os médicos não cooperados.

Cita a resolução do CONSU - Conselho de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde - de número 8 que em seu artigo 2 inciso VI estabelece que é vedado: negar autorização de procedimento em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada da operadora. Por fim, discorda desta resolução do CONSU.

FUNDAMENTAÇÃO

O novo Código de Ética Médica diz que:

Capítulo I PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

VIII - O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

IX - A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio.

XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

Capítulo II DIREITOS DOS MÉDICOS É direito do médico:

II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

Capítulo III

RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Capítulo V

RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Art. 39 Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.

Capítulo VII

RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS

É vedado ao médico:

Art. 52. Desrespeitar a prescrição ou o tratamento de paciente, determinados por outro médico, mesmo quando em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível benefício para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

PARECER

Em princípio, entendo que este assunto é eminentemente administrativo, ou seja, deve ser dirimido no âmbito da cooperativa.

O médico é profissional que possui o direito inalienável e irrevogável da liberdade. E sua autonomia é defendida pelo Código de Ética Médica.

Todavia, esta liberdade e autonomia deve ser exercida com ética e baseada na melhor evidência científica disponível.

Observe que há menção clara sobre as práticas reconhecidas cientificamente.

Não obstante esteja garantida pelos órgãos oficiais a liberdade e autonomia do profissional da Medicina para avaliar o quadro clínico de seus pacientes e solicitar exames, indubitável que, quando o usuário da Unimed XXX necessita perceber determinado exame de caráter eletivo deve apresentar o pedido elaborado pelo médico assistente, que será então repassado para análise da Auditoria Médica a fim de verificar se existe a cobertura pretendida, cabendo ao beneficiário aguardar o posicionamento final, trâmite que visa proteger a saúde do paciente, considerado mecanismo de regulação pela Resolução CONSU n.º 08/1998, do Conselho de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde e avalizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Outro ponto a destacar é que ao médico cooperado ou não, é inviável conhecer, seja a abrangência dos serviços garantidos para cada plano de saúde da Unimed Medianeira, seja as restrições de cobertura estabelecidas pela lei e contratos vigentes que varia bastante especialmente em face do pacto ser ou não adaptado aos ditames da Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98).

Na hipótese de inexistir consenso a respeito da pertinência dos exames solicitados, muito embora a Unimed XXX se depare com pedido de exame que está coberto pelo plano de saúde, verificar que não há base científica para sustentar tal solicitação, este impasse deve ser resolvido por profissional alheio à relação, conforme determina o artigo 4º, inciso V, da Resolução CONSU n.º 08/1998.

Este inciso estabelece que: 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.

Conforme legislação vigente que regulamenta as operadoras de planos de saúde, somente este mecanismo é apto para o deslinde no âmbito regulatório da ANS.

É o parecer.

Curitiba, 05 de abril de 2010.

Roberto Issamu Yosida
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N.º. 043/2010
Parecer CRMPR N.º 2183/2010
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 05/04/2010

ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO É ÁREA DE ATUAÇÃO

Lutero Marques de Oliveira*

EMENTA - Título de especialista em ecodopplercardiograma transtorácico

Palavras-chave: ecodopplercardiograma transtorácico, título de especialista, consulta não médica, área de atuação, ecocardiografia

TRANSTHORACIC DOPPLER ECHOCARDIOGRAM IS WORKING PRIVILEGE

Key words: transthoracic Doppler echocardiogram, certificate of specialist, non-medical consultation, working privilege, echocardiography

CONSULTA

Em carta encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, a Sra. XXX, faz as seguintes perguntas relacionadas a Ecodopplercardiograma Transtorácico:

Transcrevo na íntegra suas perguntas:

“Necessitamos parecer de quais são os pré-requisitos para realização do exame abaixo:

- 1) Que título ou especialidade deve ter o médico que realiza o exame: Ecodopplercardiograma transtorácico?
- 2) Quais os critérios para realizar esse exame?”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

“Não há Título de Especialista em Ecodopplercardiografia, mas sim Área de Atuação conforme Convênio celebrado entre o Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Comissão Nacional de Residência Médica, que resultou na Resolução CFM 1845/2008:

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

Título de Área de Atuação

ECOCARDIOGRAFIA

Formação: 1 ano

Comissão Nacional de Residência Médica: Opcional em Programa de Residência Médica em Cardiologia

Associação Médica Brasileira: Concurso da Sociedade Brasileira de Cardiologia

Requisitos: Título de Especialista pela Associação Médica Brasileira em:

- Pediatria + certificado de atuação em Cardiologia Pediátrica
- Cardiologia

A ecografia é constituída de vários métodos para cumprir diferentes finalidades. São eles o Modo M, o Modo B e o Modo Doppler Colorido.

O modo M para aferir diâmetro e espessura de estruturas cardíacas.

O modo B analisa morfologia e função do coração.

O modo Doppler faz o mapeamento em cores do fluxo sanguíneo detectando shunts e alteração do fluxo através das válvulas cardíacas. Este estudo é feito tanto por via transtorácica, como transesofágica, durante o período fetal e mesmo como procedimento intra-operatório. O resultado da realização de apenas parte destas modalidades ecocardiográficas é um exame incompleto com conseqüente prejuízo de um raciocínio clínico correto em desfavor do paciente.

É o parecer.

Curitiba, 10 de abril de 2010.

Lutero Marques de Oliveira
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N° 064/2010

Parecer CRMPR N° 2186/2010

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n° 2478, de 26/04/2010 - Câmara II

MORTE ENCEFÁLICA E A SUSPENSÃO DE SUPORTE VENTILATÓRIO

José Clemente Linhares*

EMENTA - Transplante – morte encefálica

Palavras-chave: transplante, morte encefálica, critérios, legalidade do diagnóstico, suspensão de procedimentos, ventilação mecânica, assistência

BRAIN DEATH AND INTERRUPTION OF VENTILATORY SUPPORT

Key words: transplant, brain death, diagnostic criteria, legality, interruption of procedures, mechanical ventilation, assistance

CONSULTA

A consulta encaminhada através de correio eletrônico para este Conselho Regional de Medicina enviado pela Enfermeira XXX e pelo Médico XXX com o seguinte teor:

“Trabalhamos em uma Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, gostaríamos de receber informações sobre a resolução que discorre sobre a suspensão das medidas terapêuticas após a confirmação diagnóstica da morte encefálica e saber se tais medidas incluem o desligamento do ventilador mecânico ou apenas a suspensão de drogas.”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A preocupação do legislador para a regulamentação do transplante de órgãos e tecidos resultou na criação da portaria MS n° 2.600 de 21 de outubro de 2009. A referida portaria está muito bem elaborada e a regulamentação dos vários tipos de transplantes está minuciosamente descrita, dispensando maiores comentários deste Conselheiro.

Por outro lado, a realização de transplantes de órgãos únicos exigem a comprovação de morte do doador e em algumas situações os órgãos só são úteis se retirados enquanto ainda são perfundidos. Para que isso ocorra, obviamente, o doador deve estar em morte encefálica.

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

No intuito de normatizar e permitir o correto e ético diagnóstico de morte encefálica, o Conselho Federal de Medicina emitiu a Resolução CFM nº 1.480/97. Esta resolução é a base da legalidade do diagnóstico de morte encefálica para a portaria acima citada.

O questionamento dos consulentes é basicamente se o suporte ventilatório mecânico se enquadra na definição de medidas terapêuticas passíveis de suspensão pelo médico.

Este questionamento já pode ser respondido em outras manifestações dos Conselhos Federal e Regional do Paraná através dos seguintes documentos:

Resolução do CFM nº 1480/97

Resolução CFM n.º 1826/07

Resolução CRMPR n.º 82/99

Resolução CRMPR 85/00

Parecer CRMPR n.º 2101/09

Da resolução CFM nº 1826/07 transcrevo abaixo a parte que interessa a este parecer e seus consulentes:

Art. 1º É legal e ética a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando determinada a morte encefálica em não-doador de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, nos termos do disposto na Resolução CFM nº 1.480, de 21 de agosto de 1997, na forma da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.

§ 1º O cumprimento da decisão mencionada no *caput* deve ser precedida de comunicação e esclarecimento sobre a morte encefálica aos familiares do paciente ou seu representante legal, fundamentada e registrada no prontuário.

Embora esta resolução trate de indivíduo não doador, é um aperfeiçoamento da visão ética e humana da manutenção de suportes artificiais na manutenção de pacientes em morte encefálica. E reconhece a legalidade da suspensão, inclusive da ventilação mecânica.

A Resolução CRMPR nº 82/99 normatiza quem são os responsáveis pelo diagnóstico e comunicação aos familiares.

Já a Resolução CRMPR nº 85/00 merece aqui a transcrição do seu primeiro artigo:

Artigo 1º – Constatada a morte encefálica o médico tem autoridade ética e legal para suspender os procedimentos suportivos que foram utilizados até o momento da sua determinação. O médico poderá, entretanto, considerando as circunstâncias do momento, manter os procedimentos suportivos já instituídos;

Como se pode ver também esta resolução dá apoio legal e ético à suspensão de métodos extraordinários de manutenção dos pacientes em morte encefálica.

Finalmente, o Parecer n.º 2101/09 do CRMPR, emitido pelo Conselheiro Maurício Marcondes Ribas, responde a uma pergunta semelhante à destes consulentes:

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".

Portanto, no entender deste Conselheiro, a ventilação mecânica constitui-se em uma medida terapêutica e enquadra-se nos critérios de suspensão quando do diagnóstico de morte encefálica dentro dos ditames éticos e legais já estabelecidos.

É o parecer.

Curitiba, 12 de abril de 2010.

José Clemente Linhares
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 040/2010
Parecer CRMPR N° 2189/2010
Parecer Aprovado
Sessão Plenária n° 2478, de 26/04/2010 - Câmara IV

FALTA DE LEITO EM UTI E A RESPONSABILIDADE DO MÉDICO REGULADOR GESTOR

Mauricio Marcondes Ribas*

EMENTA - Falta de leito em UTI, a quem cabe a responsabilidade

Palavras-chave: leito de UTI, falta, vaga, responsabilidade, médico regulador, gestor, vaga zero, conceito, médico plantonista, indisponibilidade

LACK OF ICU BEDS AND RESPONSIBILITY OF THE SYSTEM MANAGER PHYSICIAN

Key words: UCI bed, lack of UCI bed, liability, manager physician, manager, no hospital bed, concept, physician on duty, unavailability

CONSULTA

Em e-mail encaminhado a este Conselho Regional de Medicina, o consulente solicita parecer, conforme transcrição:

“Gostaria de um parecer do CRM frente ao novo Código de Ética Médica, diante da questão da situação criada pelo órgão SUS como VAGA ZERO.1) Conforme Parecer n.º 1848/2007 do CRM-PR concluindo que os serviços de urgência/emergência não podem alegar inexistência de vaga para o médico regulador. Como fica a situação então em o Médico da UTI explicar que não dispõe de leito, nem de respirador, mas o Regulador não só insiste em enviar o paciente como envia, sabendo que não há respirador de que o paciente precise. Quem cabe a responsabilidade nessa situação. Também na resolução 1755/2006 conclui que estando o médico de plantão numa Unidade de Terapia Intensiva, somente poderá admitir um novo paciente se dispuser de leito, sendo que sua responsabilidade apenas se inicia no momento da admissão desse paciente, na UTI, e que não cabe a ele procurar leito disponível. DIANTE DESSES FATOS COMO PODE O ESTADO QUE não regularizou essa situação ainda VALER-SE DESSA PORTARIA 2048/2002, estarem ainda utilizando-se dessa EXPRESSÃO “VAGA ZERO PARA INTERNAÇÃO” Obrigado pela atenção, Dr. XXX, CRM XXXX”.

* Conselheiro Parecerista CRM-PR.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Os Pareceres citados pelo consulente são ambos deste CRMPR, à primeira vista parecem incongruentes, pois o Parecer n.º 1755/06 emitido pela nobre Conselheira Roseni Terezinha Florêncio fala da impossibilidade de receber um paciente em UTI sem que haja condição, já o Parecer n.º 1848/07, emitido pelo nobre Conselheiro Romeu Bertol, coloca que pela Portaria MS n.º 2048/02, cabe ao médico regulador, enquanto gestor, não aceitar o argumento da inexistência de leitos vagos para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviço de atenção de urgências.

No entanto, afirma o Conselheiro Bertol que o conceito de ‘vaga zero’ deve ser entendido como uma medida provisória, sendo obrigação do médico regulador prosseguir na busca de vaga adequada para o paciente em Serviço de Saúde Público ou Privado, vinculado ou não ao SUS no sentido de alocação definitiva e adequada às necessidades do paciente.

CONCLUSÃO

O médico plantonista da UTI, não fica obrigado a receber paciente na indisponibilidade de vaga. Cabe ao médico regulador a busca do melhor encaminhamento possível do paciente.

É o parecer.

Curitiba, 24 de maio de 2010.

Mauricio Marcondes Ribas
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N.º. 082/2010

Parecer CRMPR N.º 2192/2010

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n.º 2513, de 07/06/2010 - Câmara IV

TRATAMENTO PARA ACNE

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke*

EMENTA - Uso de medicamento para acne e retratamento

Palavras-chave: acne, terapêutica, retratamento, dermatologia, isotretinoína, cobrança, terapêutica garantida, seguro

ACNE TREATMENT

Key words: acne, therapy, retreatment, dermatology, isotretinoin, charge, ensured therapeutic, medical coverage

CONSULTA

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, pela Sr.^a XXX a mesma refere ter feito tratamento com o produto Roacutan® do Laboratório Roche, no período de agosto de 2007 a fevereiro de 2008, destacou que este medicamento possui um programa de garantia de um novo tratamento sem custos se ocorrer recidiva do quadro de acne dentro de um período de 2 anos após o término da medicação. A consulente informou que após 1 ano e 2 meses apresentou recidiva que se manteria até a data do protocolo neste conselho em 11/02/2010, e o que a motivou a solicitar este parecer seria o fato de que desde novembro de 2009 vem tentando um segundo tratamento, mas por ter mudado de plano de saúde teve que mudar de médico visto que a médica anterior não atende pelo plano, a atual profissional conseguiu o cupom e o envelope do Programa Seguro TGA, mas não pode preencher pois não tinha as informações do tratamento anterior e solicitou que fosse levado à antiga médica, no entanto, embora a documentação já tivesse sido deixada há uma semana e meia, a secretária teria alegado que a médica não teria tempo e tampouco assinado os papéis, a Sra C. ofereceu-se para preencher "as lacuninhas do cupom de adesão, mas pelas normas do laboratório não pode".

A consulente comentou em sua carta que conversou sobre esta garantia com vários dermatologistas e que não souberam responder, então em suas palavras assim se expressou "...oras mas se é a área deles, especialização e os representantes não saem das salas dos médicos, é claro que eles sabem, porém, por ser um remédio caro, acredito que haja um acordo entre eles para omitir esta informação" e que "...ela existe sim, eu sou leiga, mas sei muito mais que muito médico por aí, fui atrás,

* Conselheira Parecerista CRM/PR.

afinal o interesse é meu, mas dei de cara com as normas do Laboratório (que pretendo processar mais tarde) essas normas são que apenas os médicos tem acesso ao formulário de adesão ao programa TGA (Terapêutica Garantida de Acne) e pior, só eles podem preencher e assinar”, e acrescenta que tem o prazo findando neste mês (fevereiro) para dar entrada no programa, caso contrário perde a chance e terá que pagar um novo tratamento.

Pergunta: “A antiga médica pode cobrar uma consulta de 150,00 reais para preencher isto? Não que ela tenha cobrado, mas acredito que seja o que queira porque a secretária mandou eu ir lá falar com ela, sendo que quando ela atende eu estou trabalhando também. Se ela cobrar, eu posso pedir para a nova médica fazer isto, o que eu alego? E se eu perder o retratamento? Quem eu devo processar? As duas?”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Considerando que:

A isotretinoína, substância ativa de Roacutan®, é um estereoisômero sintético do ácido all-trans-retinóico (tretinoína). É um produto que tem se mostrado eficaz no tratamento da acne uma vez que atua nas várias etiologias da doença, ou seja na produção sebácea, na hiperqueratinização folicular, na colonização do ducto pelo *Propionibacterium acnes* e no processo inflamatório.

A melhora observada no quadro clínico da acne grave está associada com a supressão dose-dependente da atividade da glândula sebácea e com a redução no tamanho das glândulas sebáceas demonstrada histologicamente, associado a um efeito antiinflamatório dérmico.

A isotretinoína está indicada nas formas graves de acne, nódulocística e conglobata, acne com risco de cicatrizes permanentes e quadros de acne resistentes a terapêuticas anteriores com antibióticos sistêmicos e agentes tópicos.

Na maioria dos pacientes a resolução completa da acne é obtida com um único curso de tratamento. No caso de recorrência evidente, um novo curso de tratamento com isotretinoína deve ser prescrito, com a mesma dose diária e dose cumulativa prévia. Como ainda pode ser observada melhora da acne até 8 semanas após o término do tratamento, o retratamento não deve ser iniciado antes deste período, pacientes que foram acompanhados durante 10 anos após o término do tratamento, apresentaram remissão completa da doença em 60%, sendo que 23% necessitaram de um segundo curso de tratamento (Layton, Stainforth, Cunliffe. *Tem years'experience of oral isotretinoin for the treatment of acne vulgaris*; *J Dermatol Treat* 1993; 4:S2-5).

A isotretinoína é contra-indicada nos seguintes casos: gravidez, mulheres que possam ficar grávidas durante o tratamento, a menos que essas pacientes satisfaçam todos os critérios de contracepção exigidos, mulheres no período de lactação, insuficiência hepática, hipervitaminose A preexistente, pacientes fazendo uso concomitante de tetraciclina e derivados, pacientes com valores lipídicos sanguíneos excessivamente elevados, em pacientes com hipersensibilidade à droga ou a algum de seus componentes, inclusive em pacientes alérgicos a soja.

O Seguro TGA (Terapêutica Garantida da Acne), atualmente em vigência, é um programa específico do Laboratório ROCHE, que garante aos pacientes que iniciaram o tratamento com Roacutan® entre 20/08/07 e 31/12/09, fizeram uso exclusivamente de Roacutan® e apresentaram recidiva da acne, grave o suficiente para merecer um tratamento sistêmico, pelo menos 2 meses e até 2 anos após o término do anterior. Para ter este direito ao iniciar o tratamento com Roacutan® o paciente deve acessar o site www.roche.com.br, ou entrar em contato com a central de atendimento pelo 0800 720289 e se cadastrar, o folheto informativo para adesão e o próprio site esclarecem que aqueles que não se cadastrarem no início do tratamento não terão direito ao benefício. Todas as caixas de Roacutan® utilizadas no tratamento devem ser guardadas e enviadas junto com o cupão de adesão em carta registrada para o Laboratório Roche junto com o cupom de adesão preenchido pelo dermatologista, que após análise da empresa fornecerá o mesmo número de caixas utilizadas anteriormente, a exemplo de outras empresas que também trabalham com esta possibilidade de retratamento. No entanto, alguns critérios devem ser preenchidos, desde que atestados pelo dermatologista:

1. ter tido forma grave de acne ou acne resistente a terapêuticas anteriores;
2. dose diária: igual ou maior do que 0,5 mg/Kg/d,
3. dose total acumulada de 120 a 150 mg/Kg,
4. ausência de hiperandrogenismo e/ou síndrome do ovário policístico,
5. ausência de macrocomedões ou "sinus tract disease",
6. prevenção de gravidez (sexo feminino) com métodos contraceptivos eficazes;
7. preenchimento dos demais critérios recomendados em bula.

Os Pareceres CRMPR n.º 1973/2008 e n.º 1958/2008 emitidos respectivamente pelas Conselheiras CRMPR Dra Marília Milano Campos e Dra Roseni Terezinha Florêncio, sobre consulta médica esclarecem que, a consulta médica é composta de anamnese, de exame físico, da conclusão diagnóstica, do prognóstico e da prescrição terapêutica, caracterizando um ato médico completo; estas etapas podem ser iniciadas e concluídas num único período de tempo (tempo de consulta), ou se forem necessários exames complementares que não podem ser executados e apreciados naquele momento, o ato médico básico terá continuidade quando o paciente retornar com os exames complementares; nos casos de tratamentos prolongados, quando há necessidade periódica de reavaliações e até modificações terapêuticas, cada consulta poderá ser cobrada, a conclusão, portanto, é de que só poderemos considerar a "reconsulta ou consulta de retorno" quando ela objetiva complementar a consulta inicial, desde que o período decorrido seja compatível com a feitura dos exames pedidos, e o médico poderá e deverá cobrar uma nova consulta, pois precisará reavaliar todos os fatos ocorridos nesse intervalo, incluindo fatos novos, não existentes na consulta inicial.

O Código de Ética Médica (Resolução CFM n.º 1246/88 e o atual Resolução CFM n.º 1931/09) Art. 3 - Capítulo I - Inciso III, explicita que a fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa; Art. 110 – Art. 80 - veda ao médico fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda à verdade.

CONCLUSÃO

Após estas considerações, sem entrar em antecipação de julgamento de mérito em relação ao exposto pela consulente por tratar-se de caso concreto e não termos tido acesso aos prontuários e à exposição do contraditório pelas partes citadas, concluímos que:

1. A primeira médica age corretamente ao solicitar que compareça para uma avaliação de maneira que o preenchimento do cupom e do laudo possam ser os mais fidedignos possíveis, sendo prerrogativa do médico o diagnóstico, a solicitação e a interpretação dos exames, e a instituição de terapêutica;

2. A segunda médica que não possui as informações anteriores, a não ser aquelas fornecidas pela própria paciente não pode atestar sobre algo que não acompanhou, a não ser que a colega anterior emitisse um laudo médico adequado que pudesse orientá-la;

3. A avaliação a ser realizada para o preenchimento ou emissão de um documento constitui-se em uma consulta, ficando a critério do profissional cobrar ou não pela mesma;

4. Ao se consultar poderá ser fornecido uma declaração de comparecimento, que tem fé pública, para justificar a ausência temporária ao trabalho, visto a importância desta análise para a consulente;

5. Para o retratamento, o laboratório que oportuniza esta possibilidade, necessita de um diagnóstico, que deve ser feito pelo médico assistente responsável pelo tratamento, lembrando que são poucos os medicamentos que apresentam este tipo de garantia, e as regras são definidas pelo próprio fabricante, desde que consoantes com a legislação vigente;

6. Cabe destaque que a necessidade de retratamento restringe-se a um pequeno grupo de pacientes, que apresenta recidiva em um período inferior a 2 anos, e que nem todos os pacientes utilizam a medicação comercial referida neste parecer, optando por similares e genéricos, e que portanto não se encaixariam nas exigências do programa, por isto, somente quando surge a necessidade é que o médico prescritor entra em contato com o laboratório para obter a documentação necessária;

7. É interessante esclarecer que alguns médicos preferem não prescrever este tipo de medicamento, e mesmo sendo especialistas não possuem os termos de compromisso e o receituário especial, desconhecendo a dinâmica do processo.

É o parecer.

Curitiba, 06 de maio de 2010.

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke
Cons.^a Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 032/2010

Parecer CRMPR N° 2194/2010

Parecer Aprovado

Sessão Plenária nº 2512, de 07/06/2010 - Câmara III

PAGAMENTOS DE CONSULTA. REDUÇÃO DE VALOR PELO CONVÊNIO

Joachim Graf*

EMENTA - Cooperativa de saúde, como medida de contenção de gastos corta pagamento de consultas noturnas.

Palavras-chave: cooperativa, gastos, consultas, pagamento, contenção, adicional noturno, redução do valor

MEDICAL CONSULTATION PAYMENT. PRICE REDUCTION BY HEALTH INSURANCE COMPANY

Key words: cooperative, spending, medical appointments, payment, contention, night additional value, cost reduction

CONSULTA

A consulta encaminhada através de correio eletrônico a este Conselho Regional de Medicina do Paraná pelo Dr. XXX, com o seguinte teor:

“Boa tarde. Preciso fazer uma consulta junto a este Conselho: Uma Cooperativa de Saúde desta cidade, como medida de contenção de gastos, determinou que a partir deste mês de fevereiro, não irá pagar mais o valor diferenciado das consultas realizadas no período noturno (das 19 às 7 horas e sábados após o meio dia, além de domingos e feriados). Como prevê a AMB e a CHBPM o adicional para estes casos é de 30%. Esta medida no meu entender é extremamente prejudicial aos plantonistas que trabalham nestes períodos, e entendo ser justa a remuneração deste percentual a mais. Gostaria de saber o parecer deste conselho sobre esta questão, se existe respaldo legal desta Cooperativa em efetuar os pagamentos desta maneira. Os médicos que se sentirem lesados podem recorrer dos valores não recebidos? Aguardo parecer. Dr. XXX”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A Resolução do CFM n.º 1642/2002, estabelece que o trabalho médico deve beneficiar a quem o recebe e àquele que o presta, não devendo ser explorado

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

por terceiros, seja em sentido comercial ou político. Neste sentido estabelece em seu Artigo 1º que as cooperativas de trabalho médico ou outras empresas que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares devem respeitar a autonomia do médico e do paciente em relação a escolha de métodos diagnósticos e terapêuticos, devem praticar justa e digna remuneração profissional pelo trabalho médico, submetendo a tabela de honorários à aprovação do CRM de sua jurisdição. Além disso, devem negociar com as entidades representativas dos médicos o reajuste anual da remuneração até o mês de maio, impedindo que o honorário profissional sofra processo de redução ou depreciação.

O CEM estabelece em seu Artigo III que, “Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa”, em seu Artigo VIII que, “O médico não pode em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto renunciar a sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho”, e em seu Artigo X que, “O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa”. Os três artigos citados são revestidos de tal gravidade que são elencados como Princípios Fundamentais.

A questão encaminhada pelo colega tem dois componentes, o viés trabalhista e o ético. Pela perspectiva trabalhista, o fórum para equacionar a demanda evidentemente é outro, pertinente a análise trabalhista específica.

Do ponto de vista ético, a pretensão desta cooperativa em suprimir o pagamento por trabalho realizado, ocorrendo este na hora ou dia que for, respeitados os contratos previamente celebrados entre a mesma e os profissionais, claramente confronta a Resolução do CFM citada, que estabelece a justa e digna remuneração profissional pelo trabalho médico, ao mesmo tempo em que afronta aos Princípios Fundamentais a medida que deixa de remunerar dignamente o médico, impondo-lhe restrições, explorando-o com finalidade de lucro obtido a partir da contenção de gastos.

Tal atitude, em tese, deve ser comunicada ao CRM de forma explícita para que se tomem as medidas que couberem.

É o parecer.

Joachim Graf
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N.º 057/2010

Parecer CRMPR N.º 2193/2010

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n.º 2513, de 07/06/2010 - Câmara IV

TEMPO E NÚMERO DE CONSULTAS EM PROGRAMA DE SAÚDE FAMILIAR

Alexandre Gustavo Bley*

EMENTA - Programa de Saúde da Família - Número de consultas por jornada de trabalho - Autonomia do médico

Palavras-chave: programa de saúde da família, autonomia médica, tempo de consulta, determinação oficial

LENGHT AND NUMBER OF MEDICAL APPOINTMENTS IN A FAMILY HEALTH PROGRAM

Key words: family health program, medical autonomy, length of consultation, official determination

CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina do Paraná, o Dr. XXX - CRMPR XXX, faz consulta com o seguinte teor:

"Ilmo. Sr. Presidente do CRM do Paraná, na qualidade de médico do Programa da Saúde da Família, lotado na Unidade de Saúde XXX, cidade de XXX, venho por meio deste solicitar a VS parecer quanto a duração de uma consulta médica e, conseqüentemente, o número de consultas a estabelecer no trabalho do PSF, cujas características de atendimento se distanciam de outro tipo de programação em que as consultas são realizadas em caráter de urgência/emergência. O presente pedido do parecer de VS é feito em vista da determinação irregular do número de consultas a realizar numa jornada de trabalho, contida no Of/106/10/mm, em anexo, de 17 de junho de 2010, da Prefeitura de XXX e com a qual discordamos, dadas as características do trabalho realizado pelas três equipes que trabalham nesta Unidade de Saúde. Assinam comigo a Dra XXX e o Dr XXX, por concordarem que priorizamos a humanização do atendimento que é, por si, um indicador de excelência na saúde da família, contrário ao arcaico e reducionista conceito de quantificar o atendimento em números, como se de ciência exata tratar-se. Atenciosamente, XXX."

No ofício enviado pela Prefeitura, temos que o atendimento seria agendado com hora marcada, com 20 consultas no período das 07h00 às 12h00 e 12 consultas no período das 13h00 às 16h00.

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Este parecer é de fundamental importância, pois verificamos que a queixa apresentada na realidade reflete uma prática muito comum em nosso estado, por parte dos gestores, especialmente no atendimento público. Temos que ter em mente que o médico quando atende, está construindo uma relação médico paciente que a qualquer momento pode ser questionada. A responsabilização é direta e a falta de condições de trabalho pode colaborar para a produção de equívocos. O tempo, bem empregado, é de suma importância para que se obtenha o melhor resultado durante a consulta, através de uma anamnese e exame físicos condizentes. Como fundamentação deste parecer, utilizo-me de alguns conceitos já publicados em nosso Conselho, bem como de Resolução do CRM do Estado de Pernambuco.

A Resolução CREMEPE nº 01/2005, mesmo que vigente para o âmbito daquele estado, demonstra a preocupação dos Conselhos com a situação dos atendimentos ambulatoriais. Temos na Resolução que:

O Conselho Regional de Medicina, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela lei n.º 3.268 de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

Considerando a preservação dos valores envolvidos na prestação da assistência à saúde como imprescindível à dignidade humana;

Considerando as responsabilidades do médico, ética, civil e criminal, como pessoal e intransferível;

Considerando o caráter de irreversibilidade de muitos dos danos ocorridos na prática médica; *Considerando* as disposições contidas nos ditames dos artigos 2º, 4º e 8º e 27 do Código de Ética médica;

Considerando os óbices impostos a autonomia do médico em seu exercício profissional, a necessidade de regulamentar uma adequada proporcionalidade da demanda de trabalho aos recursos humanos disponíveis;

RESOLVE

Art. 1º - Determinar os parâmetros a serem obedecidos, como limites máximos de consultas ambulatoriais, de evoluções de pacientes internados em enfermarias, de atendimentos em urgências e emergências e os realizados em serviço de terapia intensiva.

§. 1 - Para consultas ambulatoriais o limite referido no caput deste artigo, é o de até 14 (catorze) pacientes, atendidos por médico, em 4(quatro) horas de jornada de trabalho, respeitando-se a decisão do médico de ultrapassar ocasionalmente este número de acordo com sua capacidade de trabalho, mas dentro dos ditames de padrões éticos.

No parecer CRM/PR nº 1.800/2006 temos que *“As diretorias de Instituições públicas ou privadas devem priorizar a humanização do atendimento médico não delimitando tempo às consultas médicas, mesmo porque queixas inocentes podem representar eminente agravo à saúde com conseqüências malélicas e até mesmo fatais.*

Os médicos que desenvolvem trabalho sério nestas Instituições devem ser respeitados em suas prerrogativas de bem atender as necessidades de seus pacientes pois arcam com as responsabilidades éticas e legais de seus atos”.

No parecer CRM/PR n.º 1999/2008 verificamos que: “Não se pode aceitar como solução a diminuição do tempo de atendimento, nem o aumento do número de pacientes agendados. O parâmetro de 15 minutos por consulta deve ser tomado apenas como uma medida burocrática administrativo para o pré-agendamento de pacientes. O médico deve e pode dispender, para atender seus pacientes, do tempo que ambos acharem necessário à realização da consulta, da qual deve constar história, exame clínico, diagnóstico, tratamento e aconselhamento buscando adesão ao tratamento. Este tempo varia de pessoa para pessoa, na dependência do agravo, da condição cultural e condição pessoal, entre outras. A consulta médica não deve ser balizada pelo tipo de agravo, mas sim pela pessoa que está sendo atendida. O médico não atende doenças, mas pessoas que são acometidas de transtornos, e deve-se atendê-las e ajudá-las avaliando e entendendo as diversas condições determinantes do mal estar. Condições físicas, sociais, econômicas e ambientais entre outras.”

O Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1931/2009), em seus princípios fundamentais deixa expresso que:

II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

VIII - O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

Este mesmo Código, protege o médico que utiliza de suas prerrogativas para melhorar o atendimento das pessoas, pois deixa claro que é direito do médico:

III - Apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

No Capítulo de Responsabilidade Profissional, evidencia-se a responsabilidade do diretor técnico da Unidade Ambulatorial ou da Secretaria Municipal da Saúde, pois temos que é vedado ao médico:

Art. 19. Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

CONCLUSÃO

Por todo o exposto, entendo que não cabe ao gestor definir tempo para consulta médica, pois dentro desta lógica, teríamos prejuízo à população. O médico tem carga horária definida e se esta lógica permanecer, alguns pacientes podem ficar sem atendimento, pois em se cumprindo a jornada de trabalho, o profissional poderá se ausentar visto não se tratar de unidade de urgência/emergência, bem como um novo profissional assume na sequência, evidenciando não ser o único médico do local. Se houver pressão para que se cumpra o número de pacientes, fatalmente os últimos a serem atendidos ficarão com um tempo de consulta menor, o que é inadmissível do ponto de vista legal e ético. Entendendo à demanda do sistema público, sugiro que se agende um número menor de pacientes, condizente com a possibilidade do profissional fazer uma consulta adequada a necessidade, deixando a possibilidade para que o médico promova encaixes para o dia que haja tempo hábil. Ressalto que a qualidade de atendimento deve ser o norte da gestão em saúde, cabendo a quem de direito cobrá-la. Eficiência não quer dizer somente número de atendimento, mas sim também a capacidade de resolução das doenças que afligem determinada população.

É o parecer.

Curitiba, 09 de julho de 2010.

Alexandre Gustavo Bley
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 110/2010
Parecer CRMPR Nº 2225/2010
Parecer Aprovado
Sessão Plenária nº 2555, de 26/07/2010 - Câmara I

RECUSA, OBRIGATORIEDADE E RESPONSABILIDADE DE ATENDIMENTO NA FALTA DE VAGAS EM UTI

Mário Lobato da Costa*

Palavras-chave: atendimento, consulta, recusa, obrigatoriedade, responsabilidade, vagas, superlotação

REFUSAL, OBLIGATION AND RESPONSIBILITY OF CARE - OVERCROWDING WITHOUT MEDICAL BEDS IN ICU

Key words: consultation, refusal, obligation, liability, vacancies, overcrowding

Parecer a duas consultas formuladas pelo SIATE - Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência, na pessoa do seu Diretor, Dr. XXX.

Na primeira consulta, o Dr. XXX faz um breve relato da atividade desenvolvida pelo SIATE, esclarecendo que esta atividade está voltada principalmente ao atendimento do trauma. Nestes termos, considerando eu o serviço constantemente é acionado para o atendimento de casos clínicos, questiona:

"1) Pode o médico do SIATE recusar atendimento de casos clínicos?

2) Sendo o SIATE um serviço com características específicas, sem material médico para o atendimento de emergências clínicas e com número de ambulâncias que muitas vezes não conseguem dar atendimento a todas as solicitações de trauma, poder-se-ia considerar tais fatos como justificativas legais para recusa do atendimento clínico?

3) No caso de recusa de atendimento e existindo agravo do enfermo ou mesmo óbito, é o médico do SIATE o responsável?

4) No caso de obrigatoriedade de atendimento a casos clínicos (em média 30 solicitações/dia) como fica o sistema e quem pode ser responsabilizado pela falta de atendimento a vítimas de trauma que acabam indo a óbito sem atendimento médico no local da ocorrência?"

Na segunda consulta, o Diretor Clínico do SIATE se refere ao fato da superlotação dos leitos hospitalares dos hospitais filiados ao SUS e falta de vagas em Unidades de Terapia Intensiva. Relata que está se tornando fato comum a chegada das viaturas do SIATE nos hospitais de referência, deparando-se com o verdadeiro

* Conselheiro Parecerista CRM-PR.

caos em que se encontram e a negativa de atendimento destes hospitais devido a falta de estrutura hospitalar. Questiona:

- "1) De quem é a responsabilidade de atendimento destes pacientes?
- 2) Os hospitais de referência podem recusar o atendimento a estes pacientes, alegando a situação crítica em que se encontram?
- 3) No caso de recusa por parte do hospital, e óbito da vítima no interior da ambulância, de quem é a responsabilidade?
- 4) De quem é o dever de alertar a comunidade sobre este problema? O médico? Os hospitais? Ou o Governo?"

CONSIDERAÇÕES GERAIS:

1) A responsabilidade pela organização e hierarquização dos serviços de saúde compete ao chamado "gestor" do SUS, que corresponde ao que o consulente identifica como "governo" em sua correspondência. A função do gestor não pode se limitar a mera autorização de procedimentos e/ou operacionalização de Unidades de Saúde. É função do gestor garantir 21 (vinte e uma) condições mínimas de atendimento à população qualificando a demanda e identificando os recursos necessários para atender esta demanda. O SIATE conta em sua estrutura com um Conselho Diretor em que tem assento os representantes das 3 (três) esferas de governo (gestores do SUS) além de representantes dos Hospitais, ou seja: o SIATE é governo, e as instâncias envolvidas na solução do problema estrutural enfrentado pelo órgão fazem parte do seu Conselho Diretor.

Previamente à implantação do SIATE, foi realizado um levantamento dos hospitais da Região Metropolitana de C. aptos a participar do sistema. Foram identificados leitos hospitalares, leitos de UTI e os hospitais classificados por nível de complexidade. Este estudo data de 1988/1989 e - evidentemente - encontra-se defasado. A responsabilidade pela realização de novo estudo é dos gestores do sistema, e conseqüentemente do próprio SIATE, órgão governamental integrante do sistema.

2) A questão referente a omissão de socorro é controversa, por um lado não pode o médico ser responsabilizado pela desorganização do sistema de saúde, por outro lado, caso negue o atendimento ao paciente, estará incorrendo em ilícito ético, civil e penal. É imprescindível que o atendimento ao paciente que chega ao Pronto-Socorro em estado grave, seja feito em caráter emergencial. A recusa ao atendimento por parte do médico poderá acarretar danos irreversíveis e até a morte do paciente. Na hipótese de não haver vaga, o profissional deverá prestar os primeiros socorros e encaminhá-lo posteriormente para o estabelecimento onde haja disponibilidade de leito. A responsabilidade inicial de atendimento é do médico do Pronto-Socorro. A responsabilidade pela organização do sistema e identificação do recurso disponível (leito hospitalar, vaga em UTI etc.) é do gestor. É claro que na prática as coisas não se apresentam de forma tão simples. A grande imprensa tem noticiado com destaque a terrível situação vivida, em todo país, pelos hospitais de emergência. No 5º Congresso de Hospitais de Emergência do Rio de Janeiro, o Diretor do Hospital Miguel Couto apresentou trabalho mostrando que as pessoas

internadas nos grandes hospitais estão morrendo mais rapidamente por causa da sobrecarga de pacientes nos setores de emergência. No entanto, por mais crítica que seja a situação do hospital, ela ainda é melhor do que aquela em que se encontram o paciente sendo transportado em ambulância.

3) O Regulamento do SIATE, no item que se refere aos "Objetivos do Serviço" informa:

"1 - Prestar atendimento a pessoas em situações de emergência, iniciando-se por vítimas de acidentes, garantindo o suporte básico de vida, no local da ocorrência, estabilizando-as e transportando-as adequadamente ao hospital apropriado, devidamente hierarquizado de acordo com a complexidade do atendimento prestado".

Como se percebe, o regulamento do SIATE não estabelece o serviço como exclusivamente para atendimento ao trauma. Fica claro também que há parcela de responsabilidade do SIATE na identificação e hierarquização do hospital para onde se destina o paciente. Todos os demais itens dos objetivos do SIATE se referem a responsabilidade do serviço no sentido de promover integração entre os órgãos responsáveis, promover campanhas de caráter educativo junto à população e possibilitar a melhoria nas condições do atendimento prestado.

Portanto, respondendo às questões formuladas:

1) O SIATE tem motivos amplamente justificáveis para recusa ao atendimento de casos clínicos, entre eles - e principalmente - o fato de que a abertura para tal atendimento na atual conjuntura comprometeria irremediavelmente a eficiência do serviço. No entanto, é conveniente que a Direção daquele serviço adote algumas medidas que consideramos fundamentais:

a) Promover campanha ampla de divulgação e esclarecimento da população, inclusive informando as opções disponíveis de atendimento para os casos que não sejam da alçada do SIATE. Evidentemente campanha esta compartilhada entre as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde.

Adotados estes cuidados, não nos parece que o médico de plantão no SIATE possa ser responsabilizado por omissão ao recusar o atendimento de casos clínicos.

2) O responsável pela organização do sistema de saúde, ao qual compete identificar as necessidades e localizar e prover os recursos físicos e financeiros para atendimento a estas necessidades é o gestor do SUS. Ao nível de atuação/competência do SIATE, o gestor está representado pelos Secretários Municipal e Estadual de Saúde.

O dever de alertar a comunidade sobre os problemas enfrentados pelo sistema de saúde compete principalmente aos gestores do sistema - enquanto autoridade constituída e responsável pelo processo - porém, citando a Lei no 8080/90, artigo 2º, § 2º: "O dever do Estado não exclui o das pessoas, da Família, das empresas e da sociedade".

Em outras palavras, todo o cidadão é responsável e tem o dever de alertar a comunidade sobre os problemas enfrentados, seja ele médico, diretor de hospital ou integrante do governo.

Os hospitais de pronto-socorro, assim identificados e credenciados oficialmente, integrantes da rede do SIATE, não poderão recusar o atendimento aos pacientes do SIATE, sob pena de ser responsabilizados por omissão de socorro.

Não se pode omitir, no entanto, que o próprio SIATE, enquanto entidade governamental, tem a sua parcela de responsabilidade no processo. A nível estrutural provocando uma atitude mais positiva por parte dos gestores na solução do problema. Os recursos disponíveis devem ser identificados, os hospitais integrantes da rede devem ser convencidos (ao nível que for necessário) a colocar os seus leitos à disposição do sistema, a "seleção" de pacientes deve ser coibida, de forma a não sobrecarregar ainda mais os hospitais de pronto-socorro. A nível operacional, com a prática de estabelecer contato prévio com os hospitais, identificando as vagas e recursos antes do transporte do paciente aos hospitais.

Transcrevemos o artigo 135 do Código Penal: "Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, a criança abandonada ou extraviada, ou a pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo, ou não pedir, nesses casos, o auxílio da autoridade pública".

Tendo respondido as questões formuladas, à consideração da plenária.

É o parecer.

Curitiba, 27 de novembro de 1996.

Mário Lobato da Costa
Cons. Parecerista

Parecer CRMPR N° 0764/1996
Parecer Aprovado
Sessão Plenária n° 839, de 29/01/1996

CONSULTA MÉDICA DE ADOLESCENTE E O VALOR DE COBRANÇA DA CONSULTA

Mauricio Marcondes Ribas*

EMENTA - Cobrança de consulta médica e quantidade de pacientes a serem atendidos

Palavras-chave: adolescente, consulta acompanhada, honorário, cobrança de ONG, limite de consultas, tempo de consultas

TEENAGER MEDICAL CONSULTATION AND THE MEDICAL FEE

Key words: teenager, accompanied medical consultation, medical fee, billing of NGO, number of appointments, length of consultation

CONSULTA

Em correspondência encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, a consulente faz os seguintes questionamentos:

“Venho através desta, solicitar parecer de ética médica referente às seguintes questões que seguem abaixo: 1) Na consulta para adolescentes, o menor deve obrigatoriamente estar acompanhado de pessoa maior de idade? 2) Qual o honorário médico que pode ser cobrado em uma consulta para uma ONG (Organização não Governamental)? Pode ser cobrado pelo sistema do SINAM? 3) É comum em prefeituras a chefia mandar o médico atender a demanda, sem limites de consultas. Tendo em vista a boa relação médico-paciente e o bom andamento da consulta, qual o tempo mínimo dispensado pelo médico em cada consulta e quantos pacientes, no máximo, poderemos atender em 4 (quatro) horas?”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A seguir respostas dos esclarecimentos solicitados pela consulente.

Resposta pergunta 01:

Em uma consulta de adolescente o médico depara-se com circunstâncias resultantes do novo modelo de relação, no qual estão configuradas novas perspectivas éticas. O adolescente deve ser encarado como um sujeito capaz de exercitar progressivamente a responsabilidade quanto à saúde e cuidados com seu corpo. Assim o adolescente tem o direito de fazer escolhas sobre procedimentos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos relacionados a ele, este é o princípio da autonomia.

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

Oportuno também é destacar o Artigo 74 do C.E.M (Resolução do CFM n.º 1931/2009):

“É vedado ao médico revelar segredo profissional referente à menor de idade, inclusive a seus pais e responsáveis legais, desde que o menor tenha a capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente”.

Conclusão

Não há obrigatoriedade de o adolescente estar acompanhado por pessoa maior de idade em uma consulta médica.

Resposta pergunta 02:

O Sistema Nacional de Atendimento Médico - Sinam, foi idealizado pela Associação Médica Brasileira, não é um plano de saúde, qualquer cidadão pode fazer adesão espontânea, sendo livre a escolha dos profissionais cadastrados sua função consiste em beneficiar uma faixa da população sem interesse em aderir a empresas prestadoras de serviço médico na área suplementar.

As Organizações Não Governamentais - ONGs são Associações do terceiro setor, da sociedade civil, que se declaram com finalidades públicas sem fins lucrativos, não tendo valor jurídico.

Conclusão

Não existe nenhuma normatização referente ao valor de uma consulta médica feita a uma ONG, por outro lado não vemos impedimento que a mesma seja cobrada com os valores do Sinam.

Resposta Pergunta 03:

O médico deve dispor do tempo que achar necessário à realização da consulta, da qual devem constar história, exame clínico, diagnóstico, tratamento e aconselhamento buscando adesão ao tratamento. Nenhuma entidade ou órgão tem competência para determinar este tempo. Este tempo varia de pessoa para pessoa, na dependência do agravo, condição cultural e pessoal, entre outras.

É claro que deve haver por parte do médico atendente compromisso com seus pacientes e seu empregador no sentido que não haja ociosidade durante sua jornada de trabalho.

Conclusão

Não há como estabelecer tempo mínimo para uma consulta nem estabelecer o número máximo de pacientes a serem atendidos, devendo sempre ser garantido a qualidade e efetividade do atendimento médico a ser prestado.

É o parecer.

Curitiba, 24 de maio de 2010.

Mauricio Marcondes Ribas

Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 024/2010

Parecer CRMPR Nº 2191/2010

Parecer Aprovado

Sessão Plenária nº 2513, de 07/06/2010 - Câmara IV

RESPONSABILIDADE TÉCNICA EM EMPRESA DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES

Donizetti Dimer Giamberardino Filho*

Palavras-chave: responsabilidade técnica, empresa de esterilização

TECHNICAL RESPONSIBILITY IN A COMPANY THAT STERILIZES MEDICAL PRODUCTS

Key words: technical responsibility, sterilization company

O Dr. XXX solicita parecer deste Conselho, quanto a existência ou não de ilícito ético em assumir a responsabilidade técnica de empresa dedicada a esterilização de materiais médico-hospitalares a Óxido e Etileno, perante aos órgãos públicos representativos (Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde, Conselho Regional de Medicina e outros).

À consulta formulada temos a aduzir:

A Le 3.268, de 30 de setembro de 1957, faculta ao profissional médico exercer a responsabilidade técnica de empresa que se dedica a esterilização de materiais médico-hospitalares, desde que cumpra todas as prerrogativas técnicas e responsabilidades profissionais da área de atuação e legislações pertinentes, não se configurando, portanto, ilícito ético o exercício de tal cargo.

É o parecer.

Curitiba, 08 de fevereiro de 1996.

Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Cons. Parecerista

Parecer CRMPR Nº 0775/1996
Parecer Aprovado
Sessão Plenária nº 841, de 12/02/1996

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

Bela Escarradeira / Cuspideira de 1928

Escarradeira, escarrador ou cuspideira é um recipiente ou vaso em forma atigelada, feita para escarrar ou cuspir a salivação dos usuários e mascadores de tabaco em pedaços ou em rapé (pó) sob forma de aspiração usadas pelos chineses e indígenas sul americanos a vários séculos, teve seu auge no período de 1840, com sua presença maior nos USA, Inglaterra e Austrália.

Era muito comum, no século 19 a utilização da escarradeira em todos os bares, teatros, escritórios, hospitais, mesmo em casas residenciais, hotéis, trens, carruagens, porque naquela época não existiam cigarros de papel. Em algumas cidades este costume de cuspir tinham lei proibindo o cuspir no chão. As escarradeiras eram confeccionadas de bronze, ferro, cerâmica, vidro e porcelana, nos locais mais elegantes, freqüentado pela alta classe social e econômica, as quais eram requintadas, esteticamente pintadas, decoradas com desenhos e coloridas.

Este vaso oco, tinha forma arredondada com um fundo plano, uma altura em média de 4 a 5 cm, com uma tampa fixa na qual havia um orifício de 4 a 5 cm de diâmetro, e um 2º orifício na parte lateral, de também uns 3 a 4 cm de diâmetro para drenagem e limpeza do conteúdo. As vezes, umas peças que eram mais acessíveis não tinham tampa.

No início do seu uso mais intenso, foi considerada um objeto de higienização dos costumes, lembrando que o cuspir no chão a salivação produzida pelo fumo, era um hábito mais masculino e desagradável. Era muito freqüente nas rodas de conversas.

Também se estimou que a cuspideira ou escarradeira eram uma condição mais salutar, pois nos hospitais os portadores de enfermidades pulmonares, como tuberculose, abcesso, enfizema aceitavam bem esta peça.

No período de 1900, o surgimento de cigarros de papel foi reduzindo o hábito de mascar, associado a outras modificações conceituais nos hábitos quanto: hábito, coloração dos dentes, cheiro da roupa, transporte do fumo etc.

No museu do tabaco nos USA, existem mais de 282 peças, e Jim Kinnes, de Connecticut tem uma coleção de escarradeiras e penicos com mais de 350 peças.

Hoje poucos locais ainda dispõem de escarradeira, as vezes próxima a bebedouros.

Embora com outras características e necessidades, existem as cuspideiras para os odontólogos e provadores de vinho e café.

Doador: Irmgard Bauer Leitzner

Diâmetro: 21 cm

Data: Aproximadamente 1928/1930



Palavras-chave - História da medicina, Museu, escarradeira, cuspideira, escarrador, higiene, saúde, costume, hábito, cuspir, odontologia, mascadores, cigarro de papel, provadores

Key-words - Medicine hystory, Medicine Museum, spittoon, spit, hygiene, health, custom, habitual, spittle, masticate, chewing, odontology, paper cigarette, vine tester, coffee tester

* 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 Dimmer Giamberardino Filho
E-mail: defep@crmpr.org.br

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

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

3 - Comissão de Qualificação Profissional

Cons. Zacarias Alves de Souza Filho (coordenador), Joachim Graf e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
E-mail: cqp@crmpr.org.br

4 - Comissão de Tomada de Contas

Conselheiros Maurício Marcondes Ribas (coordenador), Clóvis Marcelo Corso e Gustavo Justo Schulz
E-mail: crmpr@crmpr.org.br

5 - Comissão de Licitação

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

6 - Comissão de Ensino Médico

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

7 - Comissão de Saúde do Médico

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

8 - Comissão de Comunicação

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

9 - Comissão Parlamentar

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

10 - Comissão de Patrimônio

Conselheiros Monica De Biase Wright Kastrup, Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke, Darley Rugeri Wolmann Júnior e funcion. Maria Arminde de Souza.
E-mail: crmpr@crmpr.org.br

11 - Comissão Estadual de Honorários Médicos

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

12 - Comissão Estadual de Defesa do Ato Médico

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

13 - Comissão de Cooperativismo Médico

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

Delegacia do CRMPR em Apucarana

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

Delegacia do CRMPR 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 CRMPR em Cascavel

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

Delegacia do CRMPR em Foz do Iguaçu

Dr. Alexandre Antônio de Camargo
Dr*. Francine Sberni
Dr. Isidoro Antônio Villamayor Alvarez
Dr*. Jacilene de Souza Costa
Dr. Luiz Henrique Zaitons
Dr. Marco Aurélio Fatimazzo
Dr. Michel Cotaít Júnior
Dr. Rodrigo Lucas de Castilho Vieira
Dr. Tomas Edson Andrade da Cunha

Delegacia do CRMPR em Guarapuava

Dr. Ângelo Henrique França

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

Delegacia do CRMPR em Londrina

Dr. Alvaro Luiz de Oliveira
Dr*. Alessandra Luiz Spironelli
Dr. Bruno Scardazzi Pozzi
Dr. Ivan José Blume de Lima Domingues
Dr. Jan Walter Stegaman
Dr. João Henrique Steffen Júnior
Dr. Mário Machado Júnior
Dr*. Rosana Hashimoto

Delegacia do CRMPR em Maringá

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

Delegacia do CRMPR em Paranavai

Dr. Atílio Antônio Mendonça Accorsi
Dr. Cleonir Moritz Rakoski
Dr. Dorival Ricci
Dr*. Hortensia Pereira Vicente Neves
Dr. Jorge Luiz Pelisson
Dr. José Eloy Mendes Tramontin
Dr*. Leila Maia
Dr. Luis Francisco Costa
Dr. Luiz Carlos Cerveira
Dr. Marcelo Sebastião Reis Campos Silva

Delegacia do CRMPR em Pato Branco

Dr. Ayrton Martin Maciozek
Dr. Celito José Ceni
Dr. Gerardo Sulzbach
Dr. Gilberto José Lago de Almeida
Dr. Gilmar Juliani Biscasia
Dr. Idefonso Amodeo Canto Júnior
Dr. José Renato Pedervia
Dr*. Vanessa Bassetti Prochmann

Delegacia do CRMPR em Ponta Grossa

Dr*. Ana Paula Ditzel
Dr. Carlos Alexandre Fernandes
Dr. Marcelo Jacomet
Dr. Meirson Reque
Dr. Northon Arruda Hilgemberg
Dr. Plácido da Trindade Machado
Dr. Rubens Adao da Silva

Delegacia de Divisas em Rio Negro/Mafra-SC

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

Delegacia de Fronteira do CRMPR em Sto. Ant. da Platina

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

Delegacia do CRMPR em Toledo

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

Delegacia do CRMPR 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

ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

Sumário

RESOLUÇÃO

Atribuições do Diretor Técnico e do Diretor Clínico CFM	117
Proibida a Vinculação e/ou Interação de Prática de Atos Médicos com Estabelecimentos de Estética, Beleza e Congêneres CRM-PR	120

PARECERES

Médico Neurologista Pode Assinar Laudo de Tomografia de sua Especialidade Marco Antonio S. M. Ribeiro Bessa	122
Medidas Administrativas Devem Seguir Preceitos dos Conselhos Éticos Oficiais Donizetti Dimer Giamberardino Filho	124
Honorários Médicos Para Colocação de Dispositivo Intrauterino Hélcio Bertolozzi Soares	126
Operadoras de Saúde Solicitam Cópia do Gráfico de Anestesia. É Legal? É Ético? Luiz Sallim Emed	128
Regime do Plantão e Recebimento dos Honorários Wilmar Mendonça Guimarães	130
Perda de Prontuário: O que Fazer? Gerson Zafalon Martins	132
Encaminhamento Hospitalar do Paciente Politraumatizado Zacarias Alves de Souza Filho	133
Transplantes Intervivos não Aparentados Devem ser Analisados Pela Comissão de Ética José Clemente Linhares	135
Negar Atendimento à Antigo Paciente Estando já Descredenciado Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi	138
Interconsultas de Especialidade em Hospital Universitário Zacarias Alves de Souza Filho	142
Solicitação de Exames por Médico não Cooperado Roberto Issamu Yosida	144
Ecodopplercardiograma Transtorácico é Área de Atuação? Lutero Marques de Oliveira	148
Morte Encefálica e a Suspensão de Suporte Ventilatório José Clemente Linhares	150
Falta de Leito em UTI e a Responsabilidade do Médico Regulador Gestor Maurício Marcondes Ribas	153
Tratamento Para Acne Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke	155
Pagamentos de Consulta. Redução de Valor pelo Convênio Joachim Graf	159
Tempo e Número de Consultas em Programa de Saúde Familiar Alexandre Gustavo Bley	161
Recusa, Obrigatoriedade e Responsabilidade de Atendimento na Falta de Vagas em UTI Mário Lobato da Costa	165
Consulta Médica de Adolescente e o Valor de Cobrança da Consulta Maurício Marcondes Ribas	169
Responsabilidade Técnica em Empresa de Esterilização de Materiais Médico-Hospitalares Donizetti Dimer Giamberardino Filho	171
<u>IMPRENSA</u>	
Aborto - Justiça Autoriza fim de Gestação de Anencéfalo Gazeta do Povo	119
<u>MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA</u>	
Bela Escarradeira / Cuspideira de 1928/1929 Ehrenfried Othmar Wittig	172