



ARQUIVOS
do Conselho Regional
de Medicina do Paraná



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
GESTÃO 2008/2013
DIRETORIA 1º/02/2012 a 30/09/2013

Presidente:	Cons.	Alexandre Gustavo Bley
Vice-Presidente:	Cons.	Mauricio Marcondes Ribas
Secretário Geral:	Cons.	Hélcio Bertolozzi Soares
1ª. Secretária:	Consª.	Keti Stylianos Patsis
2ª. Secretária:	Consª.	Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
1º. Tesoureiro:	Cons.	Carlos Roberto Goytacaz Rocha
2º. Tesoureiro:	Cons.	Clóvis Marcelo Corso
Corregedor-Geral:	Cons.	Roberto Issamu Yosida
Corregedor-adjunto:	Cons.	Alceu Fontana Pacheco Júnior

CONSELHEIROS

Alceu Fontana Pacheco Júnior	Luiz Antonio de Melo Costa (<i>Umuarama</i>)
Alexandre Gustavo Bley	Luiz Jacintho Siqueira (<i>Ponta Grossa</i>)
Ana Maria Silveira Machado de Moraes (<i>Maringá</i>)	Luiz Sallim Emed
Arnaldo Lobo Miró	Lutero Marques de Oliveira
Carlos Puppi Busetti Mori (<i>Cascavel</i>)	Marco Antonio do Socorro M. Ribeiro Bessa
Carlos Roberto Goytacaz Rocha	Marília Cristina Milano Campos
Clóvis Marcelo Corso	Mário Teruo Sato
Darley Rugeri Wollmann Júnior	Marta Vaz Dias de Souza Boger (<i>Foz do Iguaçu</i>)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho	Maurício Marcondes Ribas
Ehrenfried Othmar Wittig (<i>indicado pela AMP</i>)	Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke	Monica De Biase Wright Kastrop
Gerson Zafalon Martins	Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
Gustavo Justo Schulz	Paulo Roberto Mussi (<i>Pato Branco</i>)
Hélcio Bertolozzi Soares	Raquele Rotta Burkiewicz
Hélio Delle Donne Júnior (<i>Guarapuava</i>)	(<i>Falecida em 17/04/2010</i>)
Joachim Graf	Roberto Issamu Yosida
José Carlos Amador (<i>Maringá</i>)	Romeu Bertol
José Clemente Linhares	Roseni Teresinha Florencio
Keti Stylianos Patsis	Sérgio Maciel Molteni
Lisete Rosa e Silva Benzoni (<i>Londrina</i>)	Vilson José Ferreira de Paula (<i>indicado pela AMP</i>)
Luis Fernando Rodrigues	Wilmar Mendonça Guimarães
(<i>Londrina - desligado em 30/10/2012</i>)	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
Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Carlos Roberto Goytacaz Rocha

DEPARTAMENTO JURÍDICO

Consultor Jurídico

Adv. Antonio Celso Cavalcanti Albuquerque

Assessores Jurídicos

Adv. Afonso Proença Branco Filho
Adv. Martim Afonso Palma

DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO (DEFEP)

Médicos fiscais de Curitiba

Dr. Elísio Lopes Rodrigues
Dr. Jun Hirabayashi

Médico fiscal do Interior

Dr. Paulo César Aranda (Londrina)
defep@crmpr.org.br

SECRETARIA

Rua Victório Viezzer, 84 – Vista Alegre – Curitiba - Paraná – CEP 80810-340
e-mail: crmpr@crmpr.org.br – Telefone: (41) 3240-4000 – Fax: (41) 3240-4001

DELEGACIAS REGIONAIS GESTÃO 2008/2013

APUCARANA

Adalberto Rocha Lobo
Ângelo Yassushi Hayashi
Artur Palu Neto (Diretor)
Hélio Kiyoshi Hossaka
Jaime de Barros Silva Júnior
Leonardo Marchi
Pedro Elias Batista Gonçalves
Pieker Fernando Migliorini

CAMPO MOURÃO

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

CASCAVEL

Amaury Cezar Jorge
André Pinto Montenegro (Diretor)
Cláudio Jundi Kimura
Hi Kyung Ann
Keith de Jesus Fontes
Paulo César Militão da Silva
Tomaz Massayuki Tanaka

FRANCISCO BELTRÃO

Aryzone Mendes de Araújo Filho
Cícero José Bezerra Lima
Dib Mohamad Nabhan Junior
Eduardo Katsusi Toshimito
Irno Francisco Azzolini
José Bortolas Neto (Diretor)
Marcio Ramos Schenato
Rubens Fernando Schirr
Silvana Amaral Kolinski Vielmo
Vicente de Albuquerque Maranhão Leal

FOZ DO IGUAÇU

Alexandre Antônio de Camargo
Francine Sberni
Isidoro Antônio Villamayor Alvarez (Diretor)
Jacilene de Souza Costa
José Fernando Ferreira Alves
Luiz Henrique Zaions
Marco Aurélio Farinazzo
Michel Cotait Júnior
Rodrigo Lucas de Castilho Vieira
Tomas Edson Andrade da Cunha

GUARAPUAVA

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

LONDRINA

Ivan José Blume de Lima Domingues
Jan Walter Stegamann (Diretor)
João Henrique Steffen Júnior
Mário Machado Júnior
Naja Nabut
Rosana Hashimoto

MARINGÁ

Adriana Domingues Valadares
Aldo Yoshissuke Taguchi
Luiz Alberto Mello e Costa
Márcio de Carvalho
Marcos Victor Ferreira
Natal Domingos Gianotto
Raul Bendlin Filho (Diretor)
Vicente Massaji Kira

PARANAÍ

Atílio Antônio Mendonça Accorsi
Cleonor Mortiz Rakoski
Hortensia Pereira Vicente Neves
Jorge Luiz Pelisson
Leila Maia
Luís Francisco Costa
Luiz Carlos Cerveira
Marcelo Sebastião Reis Campos Silva
(Diretor)

PATO BRANCO

Ayrton Martin Maciozek
Celito José Ceni
Geraldo Sulzbach
Gilberto José Lago de Almeida
Gilmar Juliani Biscaia
José Renato Pederiva
Vanessa Bassetti Prochmann

PONTA GROSSA

Andre Scartezini Marques
Jeziel Gilson Nikosky (Diretor)
Joelson Jose Gulin
Ladislao Obrzut Neto

Meierson Reque
Northon Arruda Hilgemberg
Pedro Paulo Rankel
Rubens Adao da Silva
Viviane Cabral Luz da Silva

SANTO ANTÔNIO DA PLATINA

Ari Orlandi
Celso Aparecido Gomes de Oliveira
Carlos Maria Luna Pastore
José Mário Lemes
Jorge Cendon Garrido
Sérgio Bachtold
Sílvia Aparecida Ferreira Dias Gonçalves

TOLEDO

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

UMUARAMA

Alexandre Thadeu Meyer
Fernando Elias Mello da Silva
Francisco Munoz Del Claro
Guilherme Antônio Schmitt
Jansen Rodrigues Ferreira
João Jorge Hellú
Juscélio de Andrade
Mauro Acácio Garcia
Oswaldo Martins de Queiroz Filho

RIO NEGRO

Ana Helena Stolte
Francisco Mário Zoccola
Jacy Gomes
Jonas De Mello Filho (Diretor)
José Osni Ribeiro
Leandro Gastim Leite
Milittino da Costa Júnior
Richard Andrei Marquardt

DELEGACIA DE DIVISAS

UNIÃO DA VITÓRIA/PR
MAFRA/SC
Ayrton Rodrigues Martins
Renato Hobi
Cláudio de Melo

COMISSÕES

GESTÃO 2008/2013

Comissão de Auditoria Médica e Hospitalar

Dr. Luiz Sallim Emed (coordenador)
Dr. José Roberto Tebet
Dr.ª Liseglê Cengia
Dr. Paulo Maurício Piá de Andrade
Dr. Luiz Henrique Furlan
Dr. Benno Kreisel
Dr.ª Tatiana Medeiros Neder

Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME)

Dr.ª Ewolda von Rosen Seeling Stahlke (coordenadora)
Dr. Arnaldo Lobo Miró
codame@crmpr.org.br

Comissão de Licitação

Dr.ª Keti Stylianos Patsis (coordenadora)
Martim Afonso Palma (pregoeiro)

Bruno Roberto Michna (membro efetivo)
Suzana da Glória Francisquini (membro efetivo)
Lucia de Fátima Fernandes Waltrick (membro suplente)

Comissão Parlamentar

Dr. Alexandre Gustavo Bley (coordenador)
Dr. Luiz Sallim Emed
Dr. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Dr. Hélcio Bertolozzi Soares
Dr. Gerson Zafalon Martins
Dr. Miguel Ibrahim Abboud Hanna Sobrinho
Dr. Carlos Roberto Goytacaz Rocha

Comissão de Qualificação Profissional (CQP)

Setor de Registro de Especialidades
Dr. Zacarias Alves de Souza Filho (coordenador)
Dr. Joachim Graf
Dr.ª Marília Cristina Milano Campos

Comissão de Educação Médica Continuada

Dr.ª Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi (coordenadora)
Dr. Marco Antonio do Socorro M. Ribeiro Bessa
Dr. Miguel Ibrahim Abboud Hanna Sobrinho
Dr.ª Roseni Teresinha Florencio

Comissão de Tomada de Contas

Dr. Sérgio Maciel Molteni (coordenador)
Dr. Lutero Marques de Oliveira
Dr. Wilmar Mendonça Guimarães

Comissão Técnica em Transplante de Órgãos

Dr. Ehrenfried Othmar Wittig (coordenador)
Dr. Carlos Eduardo Soares Silvano
Dr. Duilton de Paola
Dr. Julio César Wiederkehr
Dr.ª Maria Julia Camina Bugallo
Dr.ª Rossana Mariza Jacob

CÂMARAS TÉCNICAS

GESTÃO 2008/2013

Câmara Técnica de Acupuntura

Dr. Luiz Sallim Emed (coordenador)
Dr. Carlos Roberto Caron
Dr. Francisco Vairo
Dr. Mauro Carbonar
Dr. William Amorim de Almeida

Câmara Técnica de Alergia e Imunologia

Dr.ª Ewolda Von Rosen Seeling Stahlke (coordenadora)
Dr.ª Elizabeth Maria Mercer Mourão
Dr. Gilberto Sacilotto
Dr. Herberito José Chong Neto
Dr.ª Ana Paula Juliani

Câmara Técnica de Anestesiologia

Dr. Clóvis Marcelo Corso (coordenador)
Dr. Fabio Tadahsi Shiohara
Dr. Ricardo Lopes da Silva
Dr.ª Beatriz Garcia Sluminsky

Câmara Técnica de Angiologia e Cirurgia Vascular

Dr. Alexandre Gustavo Bley (coordenador)
Dr. Carlos José Gosalan

Dr. Dante Calmon de Araújo Goes Junior
Dr. Fabiano Luiz Erzinger
Dr. Marcio Miyamoto
Dr. Mario Martins

Câmara Técnica de Auditoria

Dr. Roberto Issamu Yosida (coordenador)
Dr. Marlus Volney de Moraes
Dr. Moacir Pires Ramos
Dr.ª Liseglê Cengia
Dr.ª Ivana Roseira Gomes

Câmara Técnica de Cancerologia

Dr. José Clemente Linhares (coordenador)
Dr. Henrique Balloni
Dr. Nils Gunnar Skares
Dr. Vinicius Basso Preti
Dr.ª Denise Akemi Mashima

Câmara Técnica de Cirurgia da Mão

Dr. Carlos Roberto Goytacaz Rocha (coordenador)
Dr. Carlos Eduardo Saenz Pacheco
Dr. Celso Jugend
Dr. Eduardo Murilo Novak
Dr.ª Giana Silveira Giostri

Câmara Técnica de Cirurgia de Cabeça e Pescoço

Dr.ª Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi (coordenadora)
Dr. Alessandro Cury Ogata
Dr. David Livingstone Alves Figueiredo
Dr. Gilvani Azor de Oliveira e Cruz
Dr. Gyl Henrique Albrecht Ramos

Câmara Técnica de Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo

Dr. Zacarias Alves de Souza Filho (coordenador)
Dr. Antonio Carlos Valezi
Dr. Antonio Carlos Ligocki Campos
Dr. Eduardo José Brommelstroet Ramos

Câmara Técnica de Cirurgia Plástica

Dr. Arnaldo Lobo Miro (coordenador)
Dr. Rogério Augusto Camargo Scheibe
Dr. Rogério de Castro Bittencourt
Dr. Marcos Artigas Grillo
Dr. Renato Teixeira Pianowski

Câmara Técnica de Cirurgia Torácica

Dr. Gustavo Justo Schulz (coordenador)
Dr. Cesar Orlando Peralta Bandeira

Dr. João Carlos Thomson
Dr. Paulo Cesar Buffara Boscardim
Dr. Sidon Mendes de Oliveira

Câmara Técnica de Clínica Médica

Dr. Luiz Sallim Emed (coordenador)
Dr. Edison Paula Brum
Dr. Heitor João Lagos
Dr. Francisco Luiz Gomide Mafrá Magalhães
Dr. Mário José Avas de Melo

Câmara Técnica de Coloproctologia

Dr.ª Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi (coordenadora)
Dr. Antonio Sérgio Brenner
Dr. Eron Fabio Miranda
Dr.ª Maria Cristina Sartor
Dr. Rached Hajar Traya
Dr.ª Monica Koncke Fiuza Parolin

Câmara Técnica de Dermatologia

Dr.ª Ewala Von Rosen Seeling Stahlke (coordenadora)
Dr. Caio Cesar Silva de Castro
Dr.ª Eliane Tokars
Dr.ª Fabiane Andrade Mulinari Brenner
Dr.ª Michelle Cristine Tokarski

Câmara Técnica de Endocrinologia e Metabolismo

Dr.ª Monica De Biase Wright Kastrup (coordenadora)
Dr. André Gustavo Daher Vianna
Dr.ª Maria Augusta Karas Zella
Dr.ª Rosana Bento Radominski
Dr. Vicente Florentino Castaldo Andrade

Câmara Técnica de Endoscopia Digestiva

Dr. Joachim Graf (coordenador)
Dr. Flávio Heuta Ivano
Dr.ª Maria Cristina Sartor
Dr. Wanderlei da Rocha Carneiro Júnior
Dr.ª Paula Beatriz Moreira Salles

Câmara Técnica de Gastroenterologia e Nutrição

Dr. Joachim Graf (coordenador)
Dr. Julio Cesar Pisani
Dr. Julio Cezar Uili Coelho
Dr. Odery Ramos Júnior
Dr. Luis Fernando Tullio

Câmara Técnica de Genética Médica

Dr.ª Ana Maria Silveira Machado de Moraes (coordenadora)
Dr. Salmo Raskin
Dr. Rui Fernando Pilotto
Dr.ª Neiva Isabel Rodrigues Magdalena

Câmara Técnica de Homeopatia

Dr. Marco Antonio do S. M. Ribeiro Bessa (coordenador)
Dr. Jorge Ricardo dos Santos
Dr.ª Monika Wilhelm Issa
Dr. Fábio Ricardo dos Santos
Dr.ª Cláudia Mara Abdala

Câmara Técnica de Infectologia

Dr. Alceu Fontana Pacheco Junior (coordenador)
Dr.ª Maria Terezinha Carneiro Leão
Dr. Jan Walter Stegmann
Dr.ª Flávia Julyana Pina Trench

Câmara Técnica de Mastologia

Dr. José Clemente Linhares (coordenador)
Dr. Vinícius Milani Budel
Dr. Fábio Postiglione Mansani
Dr. Sérgio Bruno Bonatto Hatschbach

Câmara Técnica de Medicamentos

Dr.ª Mônica De Biase Wright Kastrup (coordenadora)
Dr. Ehrenfried Othmar Wittig
Dr.ª Rosana Bento Radominski
Dr. Henrique de Lacerda Suplicy
Dr. Helvo Slomp Junior
Representante do Conselho Regional de Farmácia
Representante da SESA/Vigilância Sanitária
Representante da Vigilância Sanitária Municipal

Câmara Técnica de Medicina da Família e Comunidade

Dr. Romeu Bertol (coordenador)
Dr. Hamilton Lima Wagner
Dr. João Carlos Schneider
Dr. Pedro Iwam Perotta
Dr. Silvio Miranda
Dr.ª Tânia Maria Santos Pires
Dr. Vitor Moreschi Filho

Câmara Técnica de Medicina Nuclear

Dr. Luiz Sallim Emed (coordenador)
Dr. Airtton Seiji Yamada
Dr. Ricardo de Hollanda
Dr. Juliano Julio Cerci

Câmara Técnica de Medicina de Tráfego

Dr. Luiz Jacintho Siqueira (coordenador)
Dr. Jack Szymanski
Dr.ª Ana Maria Kerr Saraiva Szymanski
Dr.ª Maria Isabel Rosa Griebeler

Câmara Técnica de Medicina do Exercício e do Esporte

Dr. Paulo Roberto Mussi (coordenador)
Dr. Alexandre dos Santos Cabral

Dr. José Mauro R. Esposito
Dr.ª Rosana Bento Radominski
Dr. Marcelo Bichels Leitão

Câmara Técnica de Medicina do Trabalho

Dr.ª Keti Stylianos Patsis (coordenadora)
Dr. Osni de Melo Martins
Dr. Aurelino Mader Gonçalves Filho
Dr. Luiz Eduardo dos Santos Filho
Dr.ª Letícia Bianca Schueler Pierri
Dr. Rui Bocchino Macedo

Câmara Técnica de Medicina Física e Reabilitação

Dr. Romeu Bertol (coordenador)
Dr. Angelo Aparecido Sella
Dr.ª Ellen Mara Canesin Dal Molin
Dr. Vitor Eduardo Politzer Telles

Câmara Técnica de Nefrologia

Dr.ª Keti Stylianos Patsis (coordenadora)
Dr. Marcelo Mazza do Nascimento
Dr.ª Sandra Mara Oliver Martins Aguiar
Dr. Hélio Vida Cassi
Dr. Mauricio de Carvalho

Câmara Técnica de Neurocirurgia

Dr. Hélcio Bertolozzi Soares (coordenador)
Dr. Adelmo Ferreira
Dr. Antonio Carlos de Andrade Soares
Dr. Leo Fernando da Silva Ditzel
Dr. Luis Alencar Biurrum Borba

Câmara Técnica de Neurologia

Dr. Ehrenfried Othmar Wittig (coordenador)
Dr. Carlos Eduardo Soares Silvano
Dr.ª Mônica Koncke Fiuza Parolin
Dr. Cleverson De Macedo Gracia

Câmara Técnica de Nutrologia

Dr. José Carlos Amador (coordenador)
Dr.ª Marcella Garcez Duarte
Dr.ª Wei Su Ing Tokikawa
Dr. João Gabriel Felipe
Dr.ª Márcia de Fátima Sakr

Câmara Técnica de Obstetrícia e Ginecologia

Dr. Hélcio Bertolozzi Soares (coordenador)
Dr. Denis José Nascimento
Dr. Fernando Cesar de Oliveira Junior
Dr. Narcizo Leopoldo Eduardo da Cunha Sobieray
Dr. Vinicius Pacheco Zanlorenci

Câmara Técnica de Oftalmologia

Dr. Mario Teruo Sato (coordenador)
Dr.ª Regina Maria Mansur Maida
Dr. Fernando Cesar Abib

Dr. Francisco Grupepmacher
Dr. Márcio Zapparoli

Câmara Técnica de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Sérgio Maciel Molteni (coordenador)
Dr. Mark Deeke
Dr. Mauro Jose Superti
Dr. Thiago Sampaio Busato
Dr. Luiz Antonio Cordeiro de Loyola

Câmara Técnica de Otorrinolaringologia

Dr.ª Roseni Teresinha Florencio (coordenadora)
Dr. Denilson Antonio Cavazzani Szkudlarek
Dr. Diego Augusto De Brito Malucelli
Dr. Eduardo Baptistella
Dr. Vinicius Ribas de Carvalho Duarte Fonseca

Câmara Técnica de Pediatria

Dr. Wilmar Mendonça Guimarães (coordenador)
Dr. Luiz Ernesto Pujol
Dr. Tony Tannous Tahan
Dr. Marcos Parolim Ceccatto
Dr. Gilberto Pascolat

Câmara Técnica de Perícias Médicas e

Medicina Legal

Dr. Carlos Roberto Goytacaz Rocha (coordenador)
Dr. Cláudio José Trezub
Dr. Fernando Saldanha Barros
Dr.ª Marilda Zauer Guimarães
Dr.ª Maria Leticia Fagundes
Dr.ª Mara Rejane Rodrigues Correa Segalla
Dr. Ricardo Del Segue VillasBoas

Câmara Técnica de Pneumologia e Tisiologia

Dr.ª Roseni Teresinha Florencio (coordenadora)
Dr.ª Debora Gapski Moreira
Dr. Carlos Eduardo do Valle Ribeiro
Dr. Roberto Piraja Moritz de Araujo
Dr. Roberto Nogueira Boscardin

Câmara Técnica de Psiquiatria

Dr. Marco Antonio do S. M. Ribeiro Bessa (coordenador)
Dr. Sivan Mauer
Dr. Francis Mourão
Dr.ª Karla Cristina Kurquievicz Bucciari
Dr. Carlos Henrique Gonçalves Kayamori

Câmara Técnica de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Dr. Luterio Marques de Oliveira (coordenador)
Dr. Alencar Gracino
Dr. Erasto de Melo Juliano
Dr.ª Irene Tomoko Nakano
Dr. Cesar Rodrigo Trippia

Câmara Técnica de Radioterapia

Dr. Luterio Marques de Oliveira (coordenador)
Dr.ª Paula Régia Machado Soares Camargo
Dr. Gustavo Henrique Smaniotto
Dr. Carlos Pereira Neto
Dr.ª Ana Paula Euclides Galerani

Câmara Técnica de Reprodução Assistida

Dr. Roberto Issamu Yosida (coordenador)
Dr.ª Ana Maria Silveira Machado de Moraes

Dr. Bruno Maurizio Grillo
Dr.ª Claudete Reggiani
Dr. Hércio Bertolozzi Soares
Dr. José Eduardo de Siqueira

Câmara Técnica de Controle do Tabagismo

Dr. Wilmar Mendonça Guimarães (coordenador)
Dr.ª Roseni Terezinha Florencio
Dr. Jonas Reichert
Educadora Teresinha Jensen
Dr. Ruddy Cesar Facci
Dr. Saulo Carvalho Filho

Câmara Técnica de Terapia Intensiva

Dr. Maurício Marcondes Ribas (coordenador)
Dr. Heitor João Lagos | Dr. Hipólito Carraro Junior
Dr.ª Nazah Cherif Mohamad Youssef
Dr. Paulo Ramos David João

Câmara Técnica de Urgência e Emergência

Dr. Gustavo Justo Schulz (coordenador)
Dr. Adonis Nasr
Dr. Carlos Roberto Naufel Junior
Dr. Fernando Faria Junior
Dr. Luiz Carlos Sobania
Dr. Luiz Carlos Von Bathen

Câmara Técnica de Urologia

Dr. Luiz Sallim Emed (coordenador)
Dr. José Antônio Caldeira
Dr. Thadeu Brenny Filho
Dr. Fábio Scarpa e Silva
Dr. Fernando Meyer

Todo e qualquer ato profissional médico referente ao paciente deve ser registrado no prontuário médico com letra legível, de forma compreensível, assinado, datado e carimbado com nome e CRM-PR.

**DEPOIS NÃO DIGA
QUE NÃO SABIA**

EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Cons. Ehrenfried Othmar Wittig (Coordenador)

Cons. Alexandre Gustavo Bley

Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho

Cons. Gerson Zafalon Martins

Cons. Miguel Ibrahim Abboud Hanna Sobrinho

Cons. Hécio Bertolozzi Soares

Prof. João Manuel Cardoso Martins

Jornalista Hernani Vieira

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, bioética, moral, Dever Médico, Direito Médico.

CIRCULAÇÃO

Edição Eletrônica

CAPA

Criação: Rodrigo Montanari Bento

DIAGRAMAÇÃO

Victória Romano

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

Site www.crmpr.org.br

Postal Caixa Postal 2208

Telefone 41 3240-4000

Fax 41 3240-4001

CFM

cfm@cfm.org.br

Site www.portalmedico@cfm.org.br

E-mail jornal@cfm.org.br

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

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 ou orientação do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Os "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", são editados no formato digital desde 2011, estando todas as suas edições disponíveis para consultas no Portal (www.crmpr.org.br)

NORMAS PARA OS AUTORES

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

TEXTO – pareceres, leis, resoluções, monografias, transcrições e artigos para publicação devem ser enviados ao editor, em arquivo word para imprensa@crmpr.org.br. Os textos devem conter:

Título – sintético e preciso, em português e inglês.

Autor(es) – nome(s) e sobrenome(s).

Resumo – Breve descrição do trabalho em português, permitindo o entendimento do conteúdo abordado, externando o motivo do estudo, material e método, resultado, conclusão, encima do texto.

Palavras-chave, descritores e keywords – devem ser colocadas abaixo do resumo em número máximo de 6 (seis) títulos, em português e inglês.

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 postal e eletrônico para correspondência do primeiro autor.

Tabelas – em cada uma deve constar um número de ordem, título e legenda.

Ilustrações (Fotos e Gráficos) – em cada uma deve constar um número de ordem e legenda. Fotografias identificáveis de pessoas ou reproduções já publicadas devem ser encaminhadas com a autorização para publicação.

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 após os 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) inicial-final. 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, 2012;29(116):189-268

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 2238-2070

ABNT

SUMÁRIO

RESOLUÇÕES CFM

Diretrizes antecipadas de vontade sobre cuidados e tratamento quando incapacitado de se expressar
Resolução n.º 1995/2012 202

Regulamenta procedimento administrativo quanto a existência de doença incapacitante parcial ou total para o exercício da Medicina
Resolução n.º 1990/2012 207

Manual de certificação para sistemas de registro eletrônico em saúde - normas técnicas
Resolução n.º 1821/2007 211

PARECERES CFM

Monitoramento de drogas ilícitas em urina e sangue para permitir acesso a trabalho
Conselheiro Hermann Alexandre Vivacqua von Tiersenhausen 221

Indicação e eficiência do uso da imunoglobina humana no tratamento de HTLV-1
Conselheiro Edevard José de Araújo 224

Exames oftalmológicos: Pentacam e tomografia de coerência óptica (Visante oct) de segmento anterior são reconhecidos
Conselheiro José Fernando Maia Vinagre 226

O uso de água destilada ou soro fisiológico como placebo na prática clínica é condenável
Rubens dos Santos Silva 230

PARECERES CRM-PR

Perícia psiquiátrica em presos

Conselheira Keti Stylianos Patsis 232

Alta a pedido para transferência

Conselheiro Donizetti Dimer Giamberardino Filho 234

Alta a pedido de paciente psiquiátrico e o médico plantonista

Conselheiro Renato S. Rocco 237

Alta médica por indisciplina do paciente internado

Conselheira Roseni Teresinha Florencio 243

Prescrição de medicamentos que caracteriza produto condutor à dependência

Conselheiro Marco Antonio S.M. Ribeiro Bessa 249

ÍNDICE REMISSIVO 2012

Índice Remissivo 2012 261

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Balança Laboratorial

Ehrenfried Othmar Wittig 266

DIRETRIZES ANTECIPADAS DE VONTADE SOBRE CUIDADOS E TRATAMENTO QUANDO INCAPACITADO DE SE EXPRESSAR

ANTECIPATED GUIDELINES ON THE WILL OF CARE AND TREATMENT
WHEN THE PATIENT PRESENTS EXPRESSING INABILITY

* CFM

Palavras-chave – *Diretrizes antecipadas, incapacidade de vontade, cuidados e tratamentos, registro em prontuário, comitê de bioética, representante, comunicação.*

Keywords – *Anticipated guidelines, inability of will, care and treatment, medical records, bioethics committee, representative, communication.*

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

CONSIDERANDO a necessidade, bem como a inexistência de regulamentação sobre diretivas antecipadas de vontade do paciente no contexto da ética médica brasileira;

CONSIDERANDO a necessidade de disciplinar a conduta do médico em face das mesmas;

CONSIDERANDO a atual relevância da questão da autonomia do paciente no contexto da relação médico-paciente, bem como sua interface com as diretivas antecipadas de vontade;

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO que, na prática profissional, os médicos podem defrontar-se com esta situação de ordem ética ainda não prevista nos atuais dispositivos éticos nacionais;

CONSIDERANDO que os novos recursos tecnológicos permitem a adoção de medidas desproporcionais que prolongam o sofrimento do paciente em estado terminal, sem trazer benefícios, e que essas medidas podem ter sido antecipadamente rejeitadas pelo mesmo;

CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 9 de agosto de 2012,

RESOLVE:

Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

§ 2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

§ 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

§ 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

§ 5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da

instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 9 de agosto de 2012

ROBERTO LUIZ D'AVILA

Presidente do CFM

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.995/2012

A Câmara Técnica de Bioética do Conselho Federal de Medicina, considerando, por um lado, que o tema diretivas antecipadas de vontade situa-se no âmbito da autonomia do paciente e, por outro, que este conceito não foi inserido no Código de Ética Médica brasileiro recentemente aprovado, entendeu por oportuno, neste momento, encaminhar ao Conselho Federal de Medicina as justificativas de elaboração e a sugestão redacional de uma resolução regulamentando o assunto. Esta versão contém as sugestões colhidas durante o I Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina de 2012.

JUSTIFICATIVAS

1) Dificuldade de comunicação do paciente em fim de vida

Um aspecto relevante no contexto do final da vida do paciente, quando são adotadas decisões médicas cruciais a seu respeito, consiste na incapacidade de

comunicação que afeta 95% dos pacientes (D’Amico et al, 2009). Neste contexto, as decisões médicas sobre seu atendimento são adotadas com a participação de outras pessoas que podem desconhecer suas vontades e, em consequência, desrespeitá-las.

2) Receptividade dos médicos às diretivas antecipadas de vontade

Pesquisas internacionais apontam que aproximadamente 90% dos médicos atenderiam às vontades antecipadas do paciente no momento em que este se encontra incapaz para participar da decisão (Simón-Lorda, 2008; Marco e Shears, 2006). No Brasil, estudo realizado no Estado de Santa Catarina, mostra este índice não difere muito. Uma pesquisa entre médicos, advogados e estudantes apontou que 61% levariam em consideração as vontades antecipadas do paciente, mesmo tendo a ortotanásia como opção (Piccini et al, 2011). Outra pesquisa, também recente (Stolz et al, 2011), apontou que, em uma escala de 0 a 10, o respeito às vontades antecipadas do paciente atingiu média 8,26 (moda 10). Tais resultados, embora bastante limitados do ponto de vista da amostra, sinalizam para a ampla aceitação das vontades antecipadas do paciente por parte dos médicos brasileiros.

3) Receptividade dos pacientes

Não foram encontrados trabalhos disponíveis sobre a aceitação dos pacientes quanto às diretivas antecipadas de vontade em nosso país. No entanto, muitos pacientes consideram bem-vinda a oportunidade de discutir antecipadamente suas vontades sobre cuidados e tratamentos a serem adotados, ou não, em fim de vida, bem como a elaboração de documento sobre diretivas antecipadas (in: Marco e Shears, 2006).

4) O que dizem os códigos de ética da Espanha, Itália e Portugal

Diz o artigo 34 do Código de Ética Médica italiano: “Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tener conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso” (O médico, se o paciente não está em condições de manifestar sua própria vontade em caso de grave risco de vida, não pode deixar de levar em conta aquilo que foi previamente manifestado pelo mesmo – traduzimos). Desta forma, o código italiano introduziu aos médicos o dever ético de respeito às vontades antecipadas de seus pacientes. Diz o artigo 27 do Código de Ética Médica espanhol: “[...] *Y cuando su estado no le*

permita tomar decisiones, el médico tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriores hechas por el paciente y la opinión de las personas vinculadas responsables". Portanto, da mesma forma que o italiano, o código espanhol introduz, de maneira simples e objetiva, as diretivas antecipadas de vontade no contexto da ética médica. O recente Código de Ética Médica português diz em seu artigo 46: "4. A actuação dos médicos deve ter sempre como finalidade a defesa dos melhores interesses dos doentes, com especial cuidado relativamente aos doentes incapazes de comunicarem a sua opinião, entendendo-se como melhor interesse do doente a decisão que este tomaria de forma livre e esclarecida caso o pudesse fazer". No parágrafo seguinte diz que o médico poderá investigar estas vontades por meio de representantes e familiares. Deste modo, os três códigos inseriram, de forma simplificada, o dever de o médico respeitar as diretivas antecipadas do paciente, inclusive verbais.

5) Comitês de Bioética

Por diversos motivos relacionados a conflitos morais ou pela falta do representante ou de conhecimento sobre as diretivas antecipadas do paciente, o médico pode apelar ao Comitê de Bioética da instituição, segundo previsto por Beauchamps e Childress (2002, p. 275). Os Comitês de Bioética podem ser envolvidos, sem caráter deliberativo, em muitas decisões de fim de vida (Marco e Shears, 2006; Savulescu; 2006; Salomon; 2006; Berlando; 2008; Pantilat e Isaac; 2008; D'Amico; 2009; Dunn, 2009; Luce e White, 2009; Rondeau et al, 2009; Siegel; 2009). No entanto, embora possa constar de maneira genérica esta possibilidade, os Comitês de Bioética são raríssimos em nosso país. Porém, grandes hospitais possuem este órgão e este aspecto precisa ser contemplado na resolução.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA
Conselheiro Relator

Resolução CFM n.º 1995/2012

Resolução aprovada em 09/08/2012

Publicada no D.O.U. , em 31 de agosto de 2012, Seção 1.

**REGULAMENTA PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO
QUANTO A EXISTÊNCIA DE DOENÇA INCAPACITANTE
PARCIAL OU TOTAL PARA O EXERCÍCIO DA MEDICINA**

REGULATES ADMINISTRATIVE PROCEDURES REGARDING THE EXISTENCE OF
PARTIAL OR TOTAL CRIPPLING DISEASE FOR THE EXERCISE OF MEDICINE

* CFM

Palavras-chave – *Incapacidade de exercício, Medicina, doença, denúncia formal, conselheiro relator, responsabilidade do CRM, interdição cautelar, Resolução CFM n.º 1987/2012.*

Keywords – *Inability to exercise, medicine, illness, formal complaint, apport counselor, responsibility of CRM, precautionary ban, CFM resolution n.º 1987/2012.*

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, respectiva e posteriormente alterado pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e

CONSIDERANDO o disposto no inciso I das Disposições Gerais do Código de Ética Médica (CEM) aprovado pela Resolução CFM nº 1.931, publicada em 24 de setembro de 2009;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar o procedimento administrativo previsto no inciso I das Disposições Gerais, Capítulo XIV, da Resolução CFM nº 1.931/09, para os casos de indício de doença incapacitante para o exercício da Medicina;

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO a possibilidade de interdição cautelar nos termos da Resolução CFM nº 1.987/12;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 10 de maio de 2012,

RESOLVE:

Art. 1º Cabe ao Conselho Regional de Medicina, mediante denúncia formal ou de ofício, apurar em procedimento administrativo, com perícia médica, a existência de doença incapacitante, parcial ou total, para o exercício da Medicina.

Parágrafo único. O procedimento ocorrerá em absoluto sigilo processual.

Art. 2º Protocolada a denúncia, ou tendo o Conselho Regional de Medicina tomado conhecimento de indícios de doença incapacitante, o presidente do Conselho designará um conselheiro relator para conduzir o procedimento administrativo.

Art. 3º Os conselhos regionais de Medicina poderão interditar cautelarmente o médico submetido a procedimento administrativo para doença incapacitante desde que os atos decorrentes do seu exercício profissional estejam notoriamente prejudicando a população, ou na iminência de fazê-lo.

§ 1º Nestes casos será observado o rito previsto na Resolução CFM nº 1.987/12, sem prejuízo do procedimento administrativo para apuração de doença incapacitante.

§ 2º Cessará a qualquer tempo a interdição cautelar, prevista na Resolução CFM nº 1.987/12, transitada em julgado, com a conclusão do processo administrativo.

Art. 4º Na apuração administrativa de doença incapacitante o médico indiciado deverá ser intimado, mediante ofício, a manifestar-se no prazo de 30 (trinta) dias contados da juntada do aviso de recebimento (AR).

Art. 5º O conselheiro presidente designará perícia médica para avaliar o médico, fixando de imediato o prazo para a apresentação do laudo;

§ 1º O presidente do Conselho formulará os quesitos que entender

necessários ao pleno esclarecimento dos fatos.

§ 2º Incumbe ao médico periciado, no prazo de 10 (dez) dias úteis contados a partir da intimação da nomeação da perícia médica, apresentar quesitos e indicar assistente técnico.

§ 3º Na ausência sem causa justificada do médico periciado, ou caso haja recusa do mesmo em submeter-se ao exame ordenado, o julgamento será realizado com os elementos de prova já colhidos.

Art. 6º Finda a avaliação, o conselheiro relator decidirá sobre as provas requeridas e determinará as diligências necessárias para a completa averiguação da verdade.

Art. 7º Encerrada a avaliação pela perícia médica constituída, o médico periciado deverá ser intimado a apresentar manifestações sobre todo o procedimento adotado e as provas produzidas, no prazo de 10 (dez) dias.

Art. 8º Protocolizadas as manifestações, o relator terá o prazo de 30 (trinta) dias para concluir seu relatório, que pode ser prorrogado por igual período, sempre em despacho fundamentado.

§ 1º Concluído o prazo de que trata o caput deste artigo, o conselheiro relator remeterá os autos ao presidente do Conselho, que determinará sua inclusão na pauta da primeira plenária subsequente.

§ 2º O médico periciado e seu representante legal serão intimados da data da avaliação com a antecedência mínima de 10 (dez) dias.

Art. 9º O plenário do CRM, em sessão sigilosa, apreciará o relatório do conselheiro relator para somente então decidir pelo arquivamento, suspensão parcial ou total do exercício profissional.

Art. 10. Decidindo pela suspensão do exercício profissional por doença incapacitante, o Conselho Regional de Medicina deverá fixar o prazo de sua duração e os mecanismos de controle da incapacidade quando se tratar de suspensão por tempo determinado.

§ 1º Concluindo pela incapacidade parcial, o Conselho Regional de Medicina poderá determinar a suspensão do exercício em determinadas áreas da Medicina.

§ 2º A suspensão do exercício da Medicina, na hipótese do parágrafo primeiro deste artigo, ficará sujeita à supervisão do Conselho Regional de Medicina, devendo o interditado submeter-se a exames periódicos.

Art. 11. Os casos de incapacidade total e permanente dependem de homologação pelo Pleno do Conselho Federal de Medicina.

Art. 12. Da decisão do plenário do Conselho Regional caberá recurso ao Conselho Federal de Medicina, no prazo de 30 (trinta) dias, sem efeito suspensivo, a contar da data da intimação da decisão.

Art. 13. Recebido o recurso, o presidente do CFM designará um conselheiro relator para, no prazo de 30 (trinta) dias, apresentar seu relatório.

Parágrafo único. Se necessário, o conselheiro relator designado poderá baixar os autos em diligência, devendo, neste caso, solicitar prorrogação do prazo previsto no caput deste artigo.

Art. 14. A sessão de julgamento no Pleno do CFM seguirá roteiro previsto no CPEP.

Art. 15. As omissões existentes na presente resolução serão sanadas pelo plenário do Conselho Federal de Medicina.

Art. 16. Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, especialmente a Resolução CFM nº 1.646/02.

Brasília-DF, 10 de maio de 2012.

ROBERTO LUIZ D'AVILA

Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-geral

Resolução CFM n.º 1990/2012

Resolução aprovada em 10/05/2012

Publicado em D.O.U. de 11/06/2012, Seção 1.

MANUAL DE CERTIFICAÇÃO PARA SISTEMAS DE REGISTRO ELETRÔNICO EM SAÚDE - NORMAS TÉCNICAS

CERTIFICATION MANUAL FOR ELECTRONIC HEALTH RECORD - TECHNICAL STANDARDS

* CFM

Palavras-chave – *Normas técnicas, manual, certificado, sistemas de registro eletrônico, saúde.*

Keywords – *Technical standards, manual, certificate, electronic record systems, health.*

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

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar um prontuário para cada paciente a que assiste;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina (CFM) é a autoridade certificadora dos médicos do Brasil (AC) e distribuirá o CRM-Digital aos médicos interessados, que será um certificado padrão ICP-Brasil;

CONSIDERANDO que as unidades de serviços de apoio, diagnóstico e terapêutica têm documentos próprios, que fazem parte dos prontuários dos pacientes;

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO o crescente volume de documentos armazenados pelos vários tipos de estabelecimentos de saúde, conforme definição de tipos de unidades do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO os avanços da tecnologia da informação e de telecomunicações, que oferecem novos métodos de armazenamento e transmissão de dados;

CONSIDERANDO o teor das Resoluções CFM nos 1.605, de 29 de setembro de 2000, e 1.638, de 9 de agosto de 2002;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/02, aprovado na sessão plenária de 10 de julho de 2002, que trata de prontuário elaborado em meio eletrônico;

CONSIDERANDO que o prontuário do paciente, em qualquer meio de armazenamento, é propriedade física da instituição onde o mesmo é assistido – independente de ser unidade de saúde ou consultório –, a quem cabe o dever da guarda do documento;

CONSIDERANDO que os dados ali contidos pertencem ao paciente e só podem ser divulgados com sua autorização ou a de seu responsável, ou por dever legal ou justa causa;

CONSIDERANDO que o prontuário e seus respectivos dados pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que quando solicitado por ele ou seu representante legal permita o fornecimento de cópias autênticas das informações pertinentes;

CONSIDERANDO que o sigilo profissional, que visa preservar a privacidade do indivíduo, deve estar sujeito às normas estabelecidas na legislação e no Código de Ética Médica, independente do meio utilizado para o armazenamento dos dados no prontuário, quer eletrônico quer em papel;

CONSIDERANDO o disposto no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, elaborado, conforme convênio, pelo Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde;

CONSIDERANDO que a autorização legal para eliminar o papel depende de que os sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários

de pacientes atendam integralmente aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no referido manual;

CONSIDERANDO que toda informação em saúde identificada individualmente necessita de proteção em sua confidencialidade, por ser princípio basilar do exercício da medicina;

CONSIDERANDO os enunciados constantes nos artigos 102 a 109 do Capítulo IX do Código de Ética Médica, o médico tem a obrigação ética de proteger o sigilo profissional;

CONSIDERANDO o preceituado no artigo 5º, inciso X da Constituição da República Federativa do Brasil, nos artigos 153, 154 e 325 do Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940) e no artigo 229, inciso I do Código Civil (Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002);

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 11/7/2007,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, versão 3.0 e/ou outra versão aprovada pelo Conselho Federal de Medicina, anexo e também disponível nos sites do Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), respectivamente, www.portalmedico.org.br e www.sbis.org.br.

Art. 2º Autorizar a digitalização dos prontuários dos pacientes, desde que o modo de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça a norma específica de digitalização contida nos parágrafos abaixo e, após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários, as normas da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

§ 1º Os métodos de digitalização devem reproduzir todas as informações dos documentos originais.

§ 2º Os arquivos digitais oriundos da digitalização dos documentos do prontuário dos pacientes deverão ser controlados por sistema especializado (Gerenciamento eletrônico de documentos - GED), que possua, minimamente, as seguintes características:

- a) Capacidade de utilizar base de dados adequada para o armazenamento dos arquivos digitalizados;
- b) Método de indexação que permita criar um arquivamento organizado, possibilitando a pesquisa de maneira simples e eficiente;
- c) Obediência aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde;

Art. 3º Autorizar o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação identificada em saúde, eliminando a obrigatoriedade do registro em papel, desde que esses sistemas atendam integralmente aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde;

Art. 4º Não autorizar a eliminação do papel quando da utilização somente do “Nível de garantia de segurança 1 (NGS1)”, por falta de amparo legal.

Art. 5º Como o “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, exige o uso de assinatura digital, e conforme os artigos 2º e 3º desta resolução, está autorizada a utilização de certificado digital padrão ICP-Brasil, até a implantação do CRM Digital pelo CFM, quando então será dado um prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias para que os sistemas informatizados incorporem este novo certificado.

Art. 6º No caso de microfilmagem, os prontuários microfilmados poderão ser eliminados de acordo com a legislação específica que regulamenta essa área e após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 7º Estabelecer a guarda permanente, considerando a evolução tecnológica, para os prontuários dos pacientes arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Art. 8º Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários dos pacientes em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Art. 9º As atribuições da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos em todas as unidades que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de prontuários de pacientes, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira, podem ser exercidas pela Comissão de Revisão de Prontuários.

Art. 10º Estabelecer que o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), mediante convênio específico, expedirão selo de qualidade dos sistemas informatizados que estejam de acordo com o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, aprovado nesta resolução.

Art. 11º Ficam revogadas as Resoluções CFM nos 1.331/89 e 1.639/02, e demais disposições em contrário.

Art. 12º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 11 de julho de 2007

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Conselheiro Presidente

LÍVIA BARROS GARÇÃO
Conselheira Secretária-Geral

Resolução CFM n.º 1821/2007

Resolução aprovada em 11/07/2007

Publicada no D.O.U. de 23/11/2007

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

O prontuário do paciente, em qualquer meio de armazenamento, é propriedade física da instituição onde o mesmo é assistido, quer seja uma unidade de saúde quer seja um consultório, a quem cabe o dever da guarda do documento. Assim, ao paciente pertencem os dados ali contidos, os quais só podem ser divulgados com a sua autorização ou a de seu responsável, ou por dever legal ou justa causa. Estes dados devem estar permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitados por ele ou seu representante legal, permitam o fornecimento de cópias autênticas das informações a ele pertinentes.

Existe, hoje, um volume crescente de documentos armazenados pelos vários tipos de estabelecimentos de saúde, conforme definição de tipos de unidades do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, do Ministério da Saúde. As unidades de serviços de apoio, diagnóstico e terapêutica têm documentos próprios, que fazem parte dos prontuários dos pacientes. Além disso, os avanços da tecnologia da informação e de telecomunicações oferecem novos métodos de armazenamento e transmissão de dados.

O disposto no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, elaborado, conforme convênio, pelo Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde garante que, para eliminar o papel, os sistemas informatizados para guarda e manuseio de prontuários de pacientes, atendam integralmente aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”.

Ao atender o “Nível de garantia de segurança 1 (NGS1)”, o sistema informatizado já possui um bom nível de segurança, entretanto, a eliminação do papel só é possível com a utilização de certificado digital padrão ICP-Brasil, segundo determinação da legislação em vigor sobre documento eletrônico no Brasil, descrita abaixo.

A validade jurídica dos documentos eletrônicos como prova é garantida conforme o disposto nos artigos 104, 212, 221, 225 e 421 do Código Civil e nos artigos 131, 154, 244, 332 e 383 do Código de Processo Civil. O Decreto nº 3.587, de 5 de setembro de 2000, estabelece normas para a Infra-Estrutura de Chaves Públicas do Poder Executivo Federal - ICP-Gov.

A Medida Provisória nº 2.200, de 24 de agosto de 2001, instituiu a Infra-Estrutura

de Chaves Públicas Brasileiras – ICP-Brasil e concedeu validade jurídica plena aos documentos públicos e privados desde que tenham uma certificação (arts. 1º e 10); e o Decreto nº 3.872, de 18 de julho de 2001, dispõe sobre o Comitê Gestor da Infra-Estrutura de Chaves Públicas Brasileira – CG ICP-Brasil, sua Secretaria Executiva e Comissão Técnica Executiva.

A legislação arquivística brasileira normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos.

A Lei nº 5.433, de 8 de maio de 1968, regulamenta a microfilmagem de documentos oficiais por meio do Decreto nº 1.799, de 30 de janeiro de 1996.

A Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991 (Lei dos Arquivos), dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e dá outras providências e os Decretos nos 2.134, de 20 de janeiro de 1997; 2.942, de 18 de janeiro de 1999, e 4.073, de 3 de janeiro de 2002, a regulamentam.

A Lei nº 8.394, de 30 de dezembro de 1991, dispõe sobre a preservação, organização e proteção dos acervos documentais privados dos presidentes da República.

O Decreto nº 1.173, de 29 de junho de 1994, dispõe sobre a competência, organização e funcionamento do Conselho Nacional de Arquivos e do Sistema Nacional de Arquivos.

O Decreto nº 2.182, de 20 de março de 1997, estabelece normas para a transferência e o recolhimento de acervos arquivísticos públicos federais para o Arquivo Nacional.

O Decreto nº 2.910, de 29 de dezembro de 1998, estabelece normas para a salvaguarda de documentos, materiais, áreas, comunicações e sistemas de informação de natureza sigilosa.

O Decreto nº 3.505, de 13 de junho de 2000, instituiu a Política de Segurança da Informação nos órgãos e entidades da administração pública federal.

O Decreto nº 4.553, de 27 de dezembro de 2002, dispõe sobre a salvaguarda de dados, informações, documentos e materiais sigilosos de intersegurança da sociedade e do Estado;

O Decreto nº 4.915, de 12 de dezembro de 2003, dispõe sobre o Sistema de Gestão de Documentos de Arquivo – Siga.

A Resolução Conarq nº 7, de 20 de maio de 1997, dispõe sobre procedimentos para a eliminação de documentos no âmbito dos órgãos e entidades integrantes do Poder Público.

A Resolução Conarq nº 22, de 30 de junho de 2005, dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde.

A NBR ABNT nº 10.519/88, de 1º de outubro de 1988, fixa as condições exigíveis para a racionalização dos arquivos brasileiros, públicos e privados, estabelecendo preceitos capazes de orientar a ação dos responsáveis pela análise e seleção de documentos, com vistas à fixação de prazos para sua guarda e/ou eliminação.

Existem, ainda, mais disposições na legislação sobre o assunto:

A Lei nº 8.935, de 18 de novembro de 1994, regulamenta o art. 236 da Constituição Federal, dispondo sobre serviços notariais e de registros e dispõe sobre o uso do arquivamento eletrônico pelos serviços notariais e de registros (cartórios).

A Lei nº 9.492, de 10 de setembro de 1997, define competência, regulamenta os serviços concernentes ao protesto de títulos e outros documentos de dívida e estabelece em seu art. 41 que “Para os serviços previstos nesta Lei os Tabeliães poderão adotar, independentemente de autorização, sistemas de computação, microfilmagem, gravação eletrônica de imagem e quaisquer outros meios de reprodução”.

A Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, institui o Código Nacional de Trânsito Brasileiro e determina que as repartições de trânsito deverão manter em arquivo, por 5 (cinco) anos, os documentos referentes a habilitação, registro e licenciamento de veículos, podendo as repartições fazerem uso da tecnologia de microfilmagem ou meio magnético.

A Lei n.º 9.800, de 26 de maio de 1999, permite às partes a utilização de sistema de transmissão de dados para a prática de atos processuais, isto é, o envio de petições via e-mail, observados certos requisitos.

A Lei nº 9.983, de 14 de julho de 2000, altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

A Lei n.º 10.259, de 12 de julho de 2001, dispõe sobre a instituição dos juizados especiais civis e criminais no âmbito da Justiça Federal e seu artigo 8º normatiza a

intimação eletrônica na área civil para todas as pessoas jurídicas de direito público.

O Decreto nº 660, de 25 de setembro de 1992, institui o Sistema Integrado de Comércio Exterior - Siscomex. e autoriza os importadores/exportadores a utilizarem a emissão da documentação, relacionada ao comércio exterior, por meio do processamento eletrônico de dados e imagens on line e meio magnético.

O Decreto nº 2.954, de 29 de janeiro de 1999, estabelece regras para a redação de atos normativos de competência dos órgãos do Poder Executivo.

O Decreto nº 3.714, de 3 de janeiro de 2001, dispõe sobre a remessa de documentos por meio eletrônico a que se refere o art. 57-A do Decreto nº 2.954, de 29 de janeiro de 1999.

O Decreto nº 3.779, de 23 de março de 2001, acresce dispositivo ao art. 1º do Decreto nº 3.714, de 3 de janeiro de 2001, que dispõe sobre remessa de documentos por meio eletrônico.

O Decreto nº 3.996, de 31 de outubro de 2001, dispõe sobre a prestação de serviços de certificação digital no âmbito da administração pública federal.

O Decreto nº 4.414, de 7 de outubro de 2002, altera o Decreto nº 3.996, de 31 de outubro de 2001, que dispõe sobre a prestação de serviços de certificação digital no âmbito da administração pública federal.

A Portaria nº 1.121, de 8 de novembro de 1995, do Ministério do Trabalho, dispõe sobre a informatização do registro de empregados e demais dados relacionados ao contrato de trabalho (utilização do armazenamento eletrônico de documentos na área trabalhista).

A Resolução nº 1, de 25 de setembro de 2001, do Comitê Gestor da ICP-Brasil, aprova a Declaração de Práticas de Certificação da AC- Raiz da ICP-Brasil.

A Resolução nº 4, de 22 de novembro de 2001, do Comitê Gestor da ICP-Brasil, altera a Declaração de Práticas de Certificação da AC Raiz da ICP-Brasil.

A Resolução nº 13, de 26 de abril de 2002, do Comitê Gestor da ICP-Brasil, altera a Declaração de Práticas de Certificação da AC Raiz da ICP-Brasil (autoridade certificadora), estabelecendo o vínculo entre o par Raiz da ICP-Brasil, os critérios e procedimentos de chaves e seu titular.

A Resolução nº 19, de 8 de maio de 2003, do Comitê Gestor da ICP-Brasil, aprova o modelo eletrônico Revalidação dos Dados Cadastrais e Solicitação de Novo Certificado, de que trata a Resolução nº 1, de 25 de setembro de 2001, do Comitê Gestor da ICP-Brasil.

O Parecer nº 16, de 4 de novembro de 1997, do Conselho Nacional de Educação, dispõe sobre o arquivamento eletrônico em CDs ou outros meios, dos documentos escolares das instituições de ensino (Ministério da Educação) que em seu art. 1º. dispõe que: “O arquivamento de documentos escolares, das instituições de ensino, observará as seguintes modalidades: (c) em disquete ou CD-ROM obtido por sistema computadorizado”.

Com isso, o Conselho Federal de Medicina reconhece a importância do uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação identificada em saúde, bem como a digitalização dos prontuários em papel, como instrumento de modernização, com conseqüente melhoria no atendimento ao paciente. É dever do CFM garantir ao médico amplo respaldo legal na utilização desses sistemas, motivo pelo qual publica esta Resolução.

**DEPOIS NÃO DIGA
QUE NÃO SABIA**

Não preveja um tratamento ou melhora em um certo período, no qual possam surgir intercorrências ou evolução indesejada. A verdade antes de tudo.

MONITORAMENTO DE DROGAS ILÍCITAS EM URINA E SANGUE PARA PERMITIR ACESSO A TRABALHO

MONITORING OF ILLICIT DRUGS IN BLOOD AND URINE TO ALLOW ACCESS TO WORK

*Hermann Alexandre Vivacqua von Tiersenhausen**

Palavras-chave – *Monitoramento, funcionário, exames laboratoriais, sangue e urina, drogas ilícitas, acesso ao trabalho, exame admissional, CLT, previsão legal.*

Keywords – *Monitoring, employee, laboratory tests, blood and urine, illicit drugs, access to work, entrance exam, CLT, legal provision.*

Trata-se de consulta formulada por médica do Trabalho da Petrobrás, nos seguintes termos:

"Estive no congresso Ibero-Americano de Medicina do Trabalho e ouvi de um representante de uma grande empresa que estão monitorando drogas ilícitas em urina e sangue para permitir acesso ao trabalho. Como médica do Trabalho de área industrial entendo que diagnosticar pessoas com adicção é uma questão de segurança para evitar acidentes graves e até morte de trabalhador em área de risco, operando planta industrial ou equipamentos móveis, sob efeito de drogas, seja álcool ou drogas ilícitas e/ou medicamentos psicotrópicos. Mas até onde eu sei, o CFM não permite que o serviço médico faça esse tipo de monitoramento. Preciso de um parecer atualizado sobre a questão, pois as empresas

* Conselheiro parecerista CFM

têm avançado muito nessa cobrança e pelos relatos se há serviços médicos há pressão".

PARECER

Para responder o questionamento faz-se necessário abordar princípios contidos na Constituição Federal, no Código Civil e, certamente, no Código de Ética Médica.

O art. 5º da Constituição Federal, nos seus incisos II e X, declara que ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei, e que são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas (...).

Em paralelo, a Lei no 10.406/06, que instituiu o Código Civil, diz no art. 4º, parágrafo 2º, que são incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer, os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido.

O art. 22 do Código de Ética Médica veda ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o prévio esclarecimento e consentimento do paciente ou de seu responsável legal, salvo em caso de risco iminente de morte.

Fica claro que o não contido em lei não pode ser exigido, o que foi demonstrado em jurisprudência do STJ (recurso ordinário em Mandado de Segurança n.º 2009/0001275-4 - Ministro Felix Fisher - T5 - Quinta turma).

O exame admissional é obrigatório e parte integrante do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, de acordo com a NR-07 do Ministério do Trabalho, compreendendo, conforme o disposto no item 7.4.2 da referida NR-07:

- a) avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional e exame físico e mental;
- b) exames complementares, realizados de acordo com os termos específicos desta NR e seus anexos.

A CLT, por sua vez, além da exigência do exame médico admissional (art. 168, inciso I), explicita no art. 168, §2º, que "outros exames complementares poderão ser exigidos, a critério médico, para apuração da capacidade ou aptidão física e mental do empregado para a função que deva exercer".

Os exames exigidos pela empresa por ocasião da admissão devem ser aqueles previstos na legislação específica, visando sempre a avaliação da capacidade

laborativa do empregado, caracterizando-se discriminatória qualquer exigência de realização de exames que extrapolem os requisitos técnicos para a função a ser exercida. Em resposta à solicitação, não é cabível a realização de exames em funcionários de empresas para detectar a presença de álcool e/ou drogas, por se tratar de postura discriminatória.

Finalmente, é importante lembrar a fragilidade dos testes para substâncias canabinoides, opiáceos e outras que têm seus testes toxicológicos, tanto sanguíneos como urinários, com resultados negativos após a suspensão da droga por cerca de três a trinta dias, o que demonstra cabalmente a fragilidade desses testes toxicológicos.

A alternativa é um exame pré-admissional rigoroso, com exame psicológico e testes específicos, além de avaliação psiquiátrica, que podem detectar e selecionar candidatos para atuação em áreas de risco, tanto públicas quanto privadas.

Concluindo, não é eticamente aceitável a solicitação de exames de monitoramento de drogas ilícitas, em urina e sangue, para permitir acesso ao trabalho, pois isto contraria os postulados éticos.

Este é o parecer. SMJ.

Brasília-DF, 15 de junho de 2012

HERMANN ALEXANDRE VIVACQUA VON TIESENHAUSEN

Conselheiro parecerista

Processo-consulta CFM n.º 8729/2009

Parecer CFM n.º 16112

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 15/06/2012

INDICAÇÃO E EFICIÊNCIA DO USO DA IMUNOGLOBINA HUMANA NO TRATAMENTO DE HTLV-1

INDICATION AND EFFICIENCY IN THE USE OF HUMAN IMMUNOGLOBULIN IN THE TREATMENT OF HTLV-1

*Edevard José de Araújo**

Palavras-chave – *Imunoglobulina humana, HTLV-1, paraparesia, medicação, eficiência.*

Keywords – *Human immunoglobulin, HTLV-1, paraparesis, medication, efficiency.*

CONSULTA

O juiz de Direito da Comarca de Itambé (BA) requisitou ao CFM parecer a respeito da indicação e eficiência do uso da imunoglobulina humana no tratamento de HTLV-1.

Trata-se de paciente portadora de HTLV-1, com quadro de paraparesia associada a nictúria. Em decorrência, o médico infectologista prescreveu tryptanol, brometo de propantelina e imunoglobulina humana 5g intravenosa. Segundo o documento, o tratamento foi iniciado e, posteriormente, o convênio negou o medicamento, alegando a ausência de cobertura contratual da imunoglobulina para o tratamento de HTLV-1.

* Conselheiro parecerista CFM

Em virtude da situação da paciente, o juiz concedeu antecipação de tutela e oficiou o CFM para apresentar o parecer.

PARECER

O HTLV-1 (Human T-cell lymphotropic virus type) é uma doença adquirida por várias formas de transmissão e que predispõe seus portadores a doenças como neoplasias de células T e comprometimento neurológico. Além disso, pacientes com HTLV-1 podem apresentar graus de imunodepressão que, dependendo da intensidade, podem predispor infecções e/ou infestações.

Dependendo do quadro clínico e a critério médico, a imunoglobulina humana pode fazer parte do arsenal terapêutico nos pacientes com HTLV-1.

PARTE CONCLUSIVA

A imunoglobulina humana pode ter indicação no manuseio de pacientes portadores de HTLV-1, na dependência do quadro clínico e a critério médico.

É o parecer. SMJ.

Brasília-DF, 15 de junho de 2012

EDEVARD JOSÉ DE ARAUJO
Conselheiro relator

Processo-Consulta CFM n.º 9715/2011

Parecer CFM n.º 23/2012

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 15/06/2012

EXAMES OFTALMOLÓGICOS: PENTACAM E TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (VISANTE OCT) DE SEGMENTO ANTERIOR SÃO RECONHECIDOS

OPHTHALMOLOGICAL EXAMS: PENTACAM AND OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY (VISANTE OCT) OF PREVIOUS SEGMENT ARE RECOGNIZED

*José Fernando Maia Vinagre**

Palavras-chave – *Exames oftalmológicos, Pentacam, Tomografia de Coerência Óptica, segmento anterior, TISS, TUSS.*

Keywords – *Ophthalmological exams, Pentacam, Optical Coherence Tomography, previous segment, TISS, TUSS.*

Os exames Pentacam e tomografia de coerência óptica (OCT) de segmento anterior são amplamente reconhecidos pelo CFM e Anvisa e constam na CBHPM. Adoto o inteiro teor do parecer elaborado pela Câmara Técnica de Oftamologia, o qual transcrevo abaixo:

DA CONSULTA

Representante de uma operadora de saúde, envia consulta via e-mail ao CFM indagando se os procedimentos tomografia de coerência óptica (OCT) e Pentacam

* Conselheiro parecerista CFM

estão homologados por este Conselho, a fim de cobertura por um de seus planos de saúde.

PARECER

A consulente, por aparentemente juntar o procedimento Pentacam à tomografia de coerência óptica, provavelmente deve estar se referindo a OCT de segmento anterior (Visante OCT), pois a utilização da OCT para a retina (denominada apenas como tomografia de coerência óptica, segundo a TISS) já é considerada, inclusive, no rol de procedimentos de cobertura obrigatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar. O Visante OCT, portanto, é tecnologia bem estabelecida com relação a sua segurança, acurácia e validade científica como procedimento diagnóstico ocular. O Visante OCT de segmento anterior utiliza exatamente a mesma tecnologia da OCT, mas com foco em estruturas mais anterior do olho.

O Pentacam tem reconhecimento institucional de nossas entidades médicas nacionais máximas, CFM e AMB, como procedimento válido, nomeado pela Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (Tuss) e CBHPM como "Análise Computadorizada do Segmento Anterior" (4.01.03.03-0).

Esses dois exames subsidiários, utilizando tecnologias distintas, trazem informações e medições valiosas do segmento anterior que nenhum outro método estabelecido em nosso meio há mais tempo consegue oferecer, apresentando vantagens na incorporação dessas tecnologias na propedêutica do segmento anterior ocular.

Como novas utilizações com estas tecnologias podemos mencionar:

1. A avaliação da paquimetria corneana distribuída em cada ponto da córnea não é obtida pelos aparelhos paquimétricos ultrassonográficos ou ópticos. Este mapa paquimétrico é significativo na avaliação de candidatos a cirurgias refrativas realizadas em grande escala no Brasil.
2. A avaliação da topografia e elevação da superfície corneana posterior, absolutamente não obtida por nenhuma outra tecnologia de ceratoscopia computadorizada que basicamente observa a face anterior da córnea? Esta informação é reconhecida, atualmente, como determinante na avaliação de candidatos a cirurgias refrativas, fazendo diagnóstico mais sensível de eclasias frustras, além do acompanhamento

e controle dessas ectasias.

3. Além das funcionalidades da ceratoscopia computadorizada usual, esses procedimentos propedêuticos trazem melhor compreensão das limitações atuais das diversas cirurgias oculares, como na avaliação do astigmatismo nas ceratoplastias penetrantes com a percepção de toda a anatomia e espessura da área suturada, nas opacidades da interface após a ceratoplastia lamelar profunda, nas cicatrizes da bolha filtrante nas trabeculeclomias, e ajudam a superar os problemas atuais com o cálculo do poder da lente intraocular, principalmente em pacientes já submetidos a cirurgias refrativas.

4. A avaliação do ângulo iridocorneano toma-se objetiva e quantitativa com a OCT de câmara anterior e com o Pentacam. A avaliação tradicional é feita com a gonioscopia, método apenas subjetivo. Assim, programas de triagem para o glaucoma primário de ângulo estreito podem se tornar mais viáveis e menos dependentes da habilidade do examinador.

5. A avaliação objetiva da câmara anterior e do ângulo iridocorneano trazem segurança na utilização do implante de lente intraocular fática de apoio angular (lente intraocular Acrysof Cache recentemente aprovada pela Anvisa). A avaliação objetiva deste novo aparato não é obtida com ceratoscopia computadorizada que não consegue observar o ângulo da câmara anterior. Para esta função também, apenas a visualização do ângulo através da gonioscopia não traz as medições necessárias para o implante de lente intraocular fática de apoio angular.

6. Observação das estruturas da câmara anterior mesmo se houver falta de transparência da córnea, situação não alcançada com outros procedimentos de ceratoscopia computadorizada.

O Pentacam tem o registro Anvisa 80039200001 e aprovação pelo FDA em 2003, enquanto o Visante OCT tem o registro Anvisa 10332030052 e aprovação pelo FDA desde 2005.

O Pentacam e a OCT são exames subsidiários de avaliação do segmento anterior ocular de reconhecida validade científica, inclusive ampliando e inovando o espectro propedêutico em relação a outros métodos disponíveis. O Pentacam tem explícito reconhecimento pelo CFM, incluído, inclusive, na CBHPM. O Visante OCT de segmento anterior, apesar de utilizar outra tecnologia que não a do Pentacam, tem suas mesmas funcionalidades, podendo também ser considerado uma "análise

computadorizada do segmento anterior, já reconhecida pela CBHPM e, portanto, pelo CFM. Como a própria consulente traz a confusão entre a OCT e o Visante OCT de segmento anterior, sugiro que a Câmara Técnica de Oftalmologia do CFM considere homologar o procedimento "OCT de segmento anterior" diferente da OCT apenas, haja vista tratar-se de exame subsidiário com a mesma eficácia científica do Pentacam, com tecnologia amplamente reconhecida.

É o parecer. SMJ.

Brasília-DF, 15 de junho de 2012

JOSÉ FERNANDO MAIA VINAGRE

Conselheiro Parecerista

Processo-Consulta CFM n.º 11.854/11

Parecer CFM n.º 27/2012

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 15/06/2012

Não deixe de fazer, por escrito, um "Termo de Consentimento Informado e Esclarecido" assinado pelo paciente. O Termo, apenas oral, não satisfaz problemas posteriores.

**DEPOIS NÃO DIGA
QUE NÃO SABIA**

O USO DE ÁGUA DESTILADA OU SORO FISIOLÓGICO COMO PLACEBO NA PRÁTICA CLÍNICA É CONDENÁVEL.

THE USE OF DISTILLED WATER OR SALINE SOLUTION AS
A PLACEBO IN THE CLINICAL PRACTICE IS DAMNABLE.

*Rubens dos Santos Silva**

Médico consulta CFM nos seguintes termos:

“Solicito informações sobre uso de medicamento placebo (água destilada) aos pacientes com Distúrbio Neurovegetativo. Recebi carta de advertência pelo uso desse medicamento, pois alegam que esse procedimento é punitivo perante o Conselho Regional de Medicina. Gostaria de saber a veracidade sobre esse procedimento e se também o uso de soro glicosado a 5% em tais pacientes (D.N.V) pois a meu ver seria também uma substância inócua”.

Na falta de outras informações, inferimos que o consulente administra, em sua prática clínica, água destilada a pacientes rotulados como portadores de “Distúrbio Neurovegetativo”. O médico expressa preocupação ética quanto ao procedimento em causa e não faz nenhuma defesa da eficácia da água destilada nos casos em que a administra. Tenta uma analogia com a solução glicosada a 5% que, no seu entendimento, também seria inócua em tais pacientes (D.N.V), dando a entender que não a utiliza.

O referido “Distúrbio Neurovegetativo” era anteriormente utilizado para nominar um quadro clínico indefinido, no qual um sintoma psíquico, ansiedade, era associado a queixas orgânicas – palpitações, sudorese, tontura, cefaléia, por exemplo. Na impossibilidade de diagnosticar uma patologia precisa, lançava-se mão desse termo, hoje francamente em desuso.

* Conselheiro Parecerista CFM

Quando a sintomatologia derivava de uma alteração psíquica (transtorno neurótico) em cuja manifestação – ansiedade – o uso de ansiolíticos apresentava boa eficácia, o que não ocorria na vigência de distúrbio orgânico (endócrino, cardiológico etc.). Gerando, pelo sofrimento a ansiedade.

Atualmente, em qualquer situação impõe-se a necessidade de uma investigação clínica acurada para o correto estabelecimento diagnóstico e terapêutica adequada, como recomenda a boa prática médica.

É condenável utilizar qualquer substância em qualquer quadro clínico apresentado sem que se tenha uma indicação precisa e um efetivo conhecimento de sua ação em benefício do paciente.

Ao prescrever alguma substância, o profissional deverá informar e esclarecer seu paciente acerca das ações esperadas e possíveis da mesma, tendo o paciente, naturalmente, o direito de recusar-se ao seu tratamento.

Cumprindo este dever, como o médico conseguirá informar e esclarecer ao paciente as propriedades terapêuticas da água destilada e a sua indicação e provável eficácia e, além disso, obter o consentimento para tal proposta terapêutica?

Por outro lado, mesmo nos casos de atividades de pesquisa, trabalho científico, o paciente deverá igualmente ser esclarecido das finalidades de receber água destilada, e dar seu expresso consentimento, processo esse realizado nas conformidades de um protocolo oficial.

Pelo acima considerado, somos de opinião que o uso de água destilada à guisa de medicamento deve ser condenado na prática médica.

É o parecer. SMJ.

Brasília, 29 de setembro de 1999

RUBENS DOS SANTOS SILVA
Conselheiro Parecerista CFM

Processo-Consulta CFM Nº 1.551/99

Parecer CFM n.º 17/2000

Parecer aprovado em

Sessão Plenária de 12/07/2000

PERÍCIA PSIQUIÁTRICA EM PRESOS

PSYCHIATRIC EXPERTISE IN PRISONERS

*Keti Stylianos Patsis**

Palavras-chave – *Perícia psiquiátrica, avaliação técnica, presos, progressão de regime, crime hediondo, presídio, médica psiquiatra.*

Keywords – *Psychiatric expertise, technical evaluation, prisoners, scheme progression, hideous crime, prison, psychiatrist.*

CONSULTA

Em e-mail encaminhado a este Conselho Regional de Medicina, médica faz consulta com o seguinte teor:

“Solicitação: consulta: 1-avaliação técnica solicitada para progressão de regime em presos que cometeram crimes hediondos na minha leitura equivale a uma perícia. Correto? Por essa leitura acredito estar impedida de fazê-las quando se trata de presos atendidos na especialidade de psiquiatria clínica por mim. 2-Esses procedimentos podem ser efetuados dentro de penitenciárias? Capt. XI Art 93 e 95 CEM.

Justificativa: sou médica psiquiatra funcionária de clínica e trabalho em duas Casas de Custódia. Lá atendo os detentos que necessitam da minha especialidade fornecendo-lhes medicação e quando necessário faço avaliações técnicas. Um dos diretores acha absurdo que não possa fazê-las quando atendi apenas uma vez o detento, visto que somos poucos psiquiatras. Sendo assim coloco-lhes atenciosamente as minhas dúvidas e como devo proceder. Cordialmente.”

* Conselheira parecerista CRM-PR

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

1 - Avaliação técnica solicitada para progressão de regime em presos que cometeram crimes hediondos na minha leitura equivale a uma perícia, correto?

Resposta: Não, este é um parecer técnico para embasar a decisão judicial emitida pelo médico que assiste o detento e quem mais pode opinar sobre ele.

2 - Esses procedimentos podem ser efetuados dentro de penitenciárias? Capt. XI Art 93 e 95 CEM.

Resposta: O artigo 95 do Código de Ética Médica veda ao médico realizar exames médicos-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios. Conforme a Wikipedia, “corpo de delito é, em essência, o próprio fato criminal, sobre cuja análise é realizada a perícia criminal a fim de determinar fatores como autoria, temporalidade, extensão de danos, etc., através do exame de corpo de delito. Corpo de delito é expressão usada quase exclusivamente para os casos em que há lesão corporal, e não apenas neste tipo de delito, como em outros que deixam marcas no organismo, tais como o estupro, aborto etc. O corpo de delito, porém, pode ser o objeto num cadáver, mediante autópsia, quando se trata de lesão corporal seguida de morte”.

Esta conselheira entende que a avaliação psiquiátrica para progressão de regime não se confunde com exame médico-pericial de corpo de delito e que não há proibição para realizá-lo nas dependência de presídios, no Código de Ética Médica vigente.

É o parecer. SMJ.

Curitiba, 22 de fevereiro de 2012.

KETI STYLIANOS PATSIS

Conselheira Parecerista

Processo-Consulta CRM-PR n.º 046/2011

Parecer CRM-PR n.º 2365/2012

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n.º 2905.ª de 27/02/2012 - CÂM

ALTA A PEDIDO PARA TRANSFERÊNCIA

DISCHARGE ON REQUEST TO TRANSFER

*Donizetti Dimer Giamberardino Filho**

Palavras-chave – *Alta a pedido, transferência hospitalar, paciente, capacidade de decisão, registro em prontuário, consenso médico, paciente, família, esclarecimento da situação, riscos, sumário.*

Keywords – *discharge on request, hospital transfer, patient, decision-making capacity, medical records, medical consensus, patient, family, clarifying the situation, risks, abstract.*

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, profissional médico solicita emissão de parecer sobre alta a pedido, transferência de pacientes e central de leitos, com o seguinte teor:

“Considerando que conforme parecer do CREMERS. Não existe alta a pedido (Jornal CREMERS abril 2003). O consultor jurídico ressalta que os médicos não devem utilizar o termo alta a pedido e sim, alta administrativa. Esta porém é rara de acontecer, pois só ocorreria quando houvesse contrariedade do médico em liberar o paciente.

A transferência de paciente deste hospital de Pequeno Porte para Hospital Terciário, autorizado pela Central de Leitos ocorre sem entraves.

A demora ou a não autorização da transferência através da Central de Leitos tem sido muito polemizada, causando desentendimento entre familiares e o plantonista médico. A transferência do paciente sem a autorização da Central não pode ser liberada pelo médico local, sob pena do hospital Terciário não receber o paciente. A família quer remover

* Conselheiro parecerista CRM-PR

o paciente para hospital terciário. Entendemos também que a remoção é necessária e benéfica para o doente, porém se liberarmos sem documento hábil, correremos sérios riscos até de possível omissão de socorro caso ocorra imprevisto grave. Estas e outras situações constrangedoras e litigiosas para a relação médico/familiares, nos aflige.

Os familiares resolvem remover o paciente para outro hospital sem o consentimento da Central de Leitos, respondendo pela sua decisão e atitude. Isto posto questiono: Como devo proceder para proteger o médico plantonista legal e judicialmente? Se alterarmos o título de Alta a Pedido para Termo de Responsabilidade, com o responsável ou familiar, devidamente identificado, assinar o termo, seria legal? Seria uma alternativa? Há outra prática mais adequada?''.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A situação descrita de alta a pedido é tema que já foi objeto de pareceres deste CRM-PR e também de outros estados.

Inicialmente destacamos que a autonomia do paciente é um direito previsto no código de ética médica e também nos princípios da bioética. O médico deve avaliar a capacidade de decisão do paciente ou de seu responsável legal, informá-lo de sua situação clínica quanto ao diagnóstico dos exames complementares, terapêutica instituída e aos recursos disponíveis na instituição; realizando o devido registro no prontuário médico.

Não havendo risco de morte, a transferência poderá ocorrer havendo ou não consenso entre o médico e o paciente/familiares.

O consulente cita participação de órgão administrativo governamental denominado central de leitos, que tem como atribuição realizar a gestão da liberação de vagas no SUS e as conseqüentes transferências, descrevendo negativas na liberação deste processo. Diante deste impasse administrativo, o médico assistente deve registrar no prontuário do paciente todas as tentativas de transferências, detalhando data, horário e nome do médico regulador.

Havendo decisão do paciente/familiares da transferência sem definição do hospital de destino, o médico assistente/plantonista deve proceder todas as medidas possíveis de proteção ao paciente:

- Informações sobre o diagnóstico, exames complementares, terapêutica instituída e riscos de complicações possíveis.

- Emissão de relatório médico.
- Comunicação a central de leitos.
- Registro no Prontuário médico.
- Formalização de documentos, onde conste que foi informado de seu diagnóstico e eventuais riscos decorrentes da transferência assinado pelo paciente ou responsável legal, além de duas testemunhas.

Ressaltamos que na possibilidade de risco iminente de vida o médico deve buscar intervenções visando o bem estar do paciente. As situações que envolvam menor de idade devem ser imediatamente comunicadas ao conselho tutelar, juizado da infância e da juventude.

As situações que envolvam instabilidade clínica os pacientes devem ser transferidos acompanhados de serviço médico e de enfermagem, além de unidade de transporte devidamente equipados para assistência médica, cabendo ao autor da decisão da transferência a contratação.

Entendemos que a mudança de título “alta a pedido” não é relevante, mas sim o cumprimento rigoroso de um processo de registros de atos visando a proteção e o melhor ao paciente.

Importante ressaltar que esse termo “alta a pedido” não reflete o fato em si, tendo em vista que o médico não prescreve a alta, a pedido do paciente e/ou de seu responsável legal. Portanto, faz-se necessário uma profunda reflexão e análise, para que esse termo seja alterado para que dê a real conotação de seu sentido.

É o parecer. SMJ.

Curitiba, 27 de agosto de 2007.

DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO

Conselheiro Parecerista

Processo-Consulta CRM-PR n.º 66/2007

Parecer CRM-PR n.º 1883/2007

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n.º 1949, de 24/09/2007, CÂM. II

ALTA A PEDIDO DE PACIENTE PSIQUIÁTRICO E O MÉDICO PLANTONISTA

DISCHARGE ON REQUEST OF PSYCHIATRIC AND THE PHYSICIAN ON CALL

*Renato S. Rocco**

Palavras-chave – *Alta a pedido, paciente psiquiátrico, responsabilidade, médico plantonista, receita médica, riscos, condições atuais, carta ao colega, sumário.*

Keywords – *Discharge on request, psychiatric patient, responsibility, on call doctor, prescription, risks, current conditions, letter to colleague, summary.*

Diretor clínico de unidade hospitalar formula consulta a este Conselho, indagando acerca da obrigatoriedade de se confeccionar receita para paciente que recebe alta a pedido, por parte de familiares, enfocando a questão mais especificamente quanto à posição do médico plantonista (quando o fato ocorre sem a presença do médico assistente).

À questão, temos a oferecer as seguintes considerações:

Conquanto a questão considere estritamente o aspecto de tratamento psiquiátrico hospitalar, onde confluem uma série de fatores e considerações específicas

• Conselheiro parecerista CRM-PR

(multidisciplinaridade etc.), há que se considerar o caráter eminentemente médico do atendimento, aspecto este em que a psiquiatria não difere de outras especialidades. Desta forma, o modelo clínico-terapêutico que fundamenta o tratamento em psiquiatria é essencialmente análogo ao das outras áreas da medicina, importando assim, no mesmo grau de responsabilidade do profissional médico. No que tange ao tratamento psiquiátrico, trata-se evidentemente, do quadro agudo ou subagudo que demanda monitoramento específico e supervisão integral.

Concluimos dessa forma que a alta a pedido caracteriza interrupção do tratamento, não cabendo ao médico plantonista responsabilizar-se pela continuidade de um esquema terapêutico demandador de supervisão em regime integral. Contudo, orientações acerca de particularidades do caso, ou acerca da medicação de continuidade devem ser prestadas, de acordo com particularidades do caso.

É o parecer. SMJ.

Curitiba, 21 de maio de 2001.

RENATO S. ROCCO
Conselheiro Parecerista

Processo-Consulta CRM-PR n.º 015/2001

Parecer CRM-PR n.º 1377/2001

Parecer Aprovado

Reunião Plenária n.º 1297, de 10/12/2001.

ANEXO

Consulta n.º 16.948/99

Alta a pedido da família do paciente que se encontrava em situação de iminente perigo de vida.

*Belfort Peres Marques**

*Irene Abramovich***

EMENTA: Não caberá alta a pedido quando o paciente encontrar-se em situação de iminente perigo de vida.

O Consulente, Diretor Técnico de hospital da capital paulista solicita parecer do CREMESP acerca da concessão de alta a pedido da família do paciente que se encontrava em situação de iminente perigo de vida.

PARECER

O Consulente expõe caso concreto, ocorrido no hospital, quando do recebimento em seu Pronto Socorro de paciente, com quadro de enfarto agudo do miocárdio, com outras complicações decorrentes, sendo imediatamente encaminhado à UTI, face ao iminente risco de vida.

Tal paciente não era proveniente do SUS, mas, sim de convênio cujo contrato previa cláusula de exclusão da cobertura da patologia que o havia cometido.

Em razão disso, foi proposto à família a internação na condição de cliente particular, com o que não concordou ela, exigindo a imediata liberação do paciente, assumindo os riscos decorrentes de tal ato, mediante assinatura de termo de alta a pedido.

* Advogado relator CREMESP

** Conselheira subscritora. CREMESP

Não concordando com a liberação do paciente naquelas condições, a Administração do hospital resolveu mantê-lo internado na UTI até que fosse eliminado o risco iminente de vida, mediante laudo médico.

Em vista do fato ocorrido, o Consulente formula indagações acerca da conduta do hospital e, no caso de falecimento da paciente, horas depois de sua saída em razão da alta concedida, de quem seria a responsabilidade.

Inicialmente há que se considerar a complicação que a alta a pedido traz no cotidiano dos serviços de saúde, hospitais e prontos-socorros, principalmente quando ela contraria a opinião dos médicos que assistem o paciente.

Para solução do problema, é fundamental que se distinga a alta a pedido que não envolver iminente risco de vida, daquela em sentido contrário; somente através de avaliação e parecer técnico poderá haver tal distinção.

No caso da primeira situação, a soberania da vontade do paciente prevalece, já que tem ele o direito de decidir sobre sua alta hospitalar.

Todavia nesses casos, é de boa praxe exigir que ele ou seu representante legal assine termo ou declaração de alta a pedido, a fim de isentar o médico e o hospital de qualquer responsabilidade.

Contudo, alerta JOSÉ D'AMICO BAUAB que esse documento só produzirá o efeito a que se presta, se o médico cumprir o dever ético de informar ao paciente, da maneira mais completa possível, as vantagens e desvantagens da alta requerida. A seu turno GENIVAL VELOSO DE FRANÇA enfatiza que o termo de responsabilidade assinado pelo paciente na alta a pedido, só terá valor se ela não implicar em graves prejuízos à saúde e à vida do paciente. Nesse sentido, PAULO ANTONIO DE CARVALHO FORTES esclarece que as declarações, recibos ou documentos de alta a pedido têm valor ético e jurídico muito limitado, não suprimindo a ocorrência de um ato ilícito, como a omissão de socorro, quando o usuário estiver em iminente perigo de vida.

A assinatura pelo paciente da alta a pedido também não exonera a responsabilidade do profissional de saúde, se a situação do paciente se agravar e for provado que houve ação imprudente ao deixá-lo partir.

Segundo esse mesmo autor, é a gravidade e a iminência de perigo à vida do paciente que deve condicionar a aceitação ou a recusa de uma alta a pedido.

Embora em parecer sobre a alta a pedido de recém-nascidos, em que o conflito com os pais ou responsáveis poderia ser resolvido com o auxílio da Vara da Infância e da Juventude, o Cons. PEDRO PAULO R. MONTELEONE, com muita propriedade asseverou que: "Somente o médico tem a competência e condições de avaliar as condições e as conseqüências da alta a pedido. Ocorre que, referida solicitação, provocada pelos pais ou responsáveis pela criança, no caso em tela, não atende aos desígnios do profissional, sendo contra-indicado por ele.

Como conseqüência, a alta a pedido pode gerar danos à vida e à saúde do paciente, no instante em que ela interrompe o processo de tratamento. Dessa maneira, se, após refletir sobre o estado de saúde do recém-nascido, o profissional concluir que, efetivamente, a alta agravará sua situação, deverá recusá-la.

Vale dizer que, se a saúde do paciente agravar-se em conseqüência da alta a pedido, o profissional que a autorizou poderá ser responsabilizado pela prática de seu ato, no caso por omissão de socorro, imprudência ou negligência."

Portanto, é a gravidade e a iminência de perigo à vida do paciente que deve condicionar a aceitação ou a recusa de uma alta a pedido.

Também o Código Ética Médica caminha nesse sentido, ao abrir exceção para que o médico possa intervir contrariamente à vontade do paciente, em caso de iminente perigo de vida. (art. 56).

Dessa maneira, verifica-se que o Hospital em questão, laborou com bom senso e de acordo com a doutrina e a jurisprudência que tratam do assunto.

No que toca à responsabilização, é de se ver que em princípio é o hospital o responsável pelo dano, sempre que se tratar de culpa do médico diretor, do médico chefe de equipe e do médico empregado ou daquele que estava em serviço no hospital. Existe aí uma presunção de culpa do hospital, em razão do que dispõe a Súmula 341 do Supremo Tribunal Federal, que diz: "É presumida a culpa do patrão ou comitente pelo ato culposo do empregado ou preposto."

Assim a culpa do patrão, no caso o hospital, seria "culpa in eligendo", ou seja, o hospital é responsável porque foi negligente no escolha de seu empregado, do seu preposto. Todavia, é possível ao hospital exercer o seu direito de "regresso", procurando receber do médico aquilo que pagou para reparação do dano.

A grosso modo, essa é a sistemática vigente sobre a responsabilidade civil,

albergada pelo Código Civil.

Existe ainda a responsabilidade penal, na modalidade culposa para os crimes de homicídio e lesões corporais, quando praticado através de imprudência, negligência ou imperícia.

A responsabilização penal recairá sobre quem praticou o ato que deu causa ao evento, podendo existir responsabilidade solidária no caso do cometimento por várias pessoas, cada qual respondendo pelo ato que praticou.

Assim, no caso em análise, em tese, penalmente seria responsabilizado o médico que assinou a alta, ou que concedeu a alta a pedido, cujo paciente horas após a saída do hospital veio a falecer. Caso a alta dependesse de autorização ou homologação superior, também seria responsabilizada essa pessoa.

Acreditamos que os esclarecimentos prestados neste parecer, de uma maneira geral responde as indagações formuladas na Consulta.

Este é o parecer. SMJ.

São Paulo, 06 de janeiro de 2000.

BELFORT PERES MARQUES
Chefe do Depto Jurídico

Parecer subscrito pela conselheira Irene Abramovich (nº 16948/1999 CREMESP)
Aprovado na 2.470ª reunião plenária, realizada em 21.07.2000.
Homologado na 2.473ª reunião plenária, realizada em 25.07.2000.

ALTA MÉDICA POR INDISCIPLINA DO PACIENTE INTERNADO

DISCHARGE DUE TO INDISCIPLINE OF THE PATIENT

Roseni Teresinha Florencio*

Palavras-chave – *Alta médica, indisciplina, internação, tóxicos, alcoolismo, tuberculose, Código artigo 61, Parecer CREMERJ n.º 162/2005, tentativa de conciliação, consenso médico, paciente, família, riscos, morte, vaga hospitalar, sumário do caso, carta ao colega do recebimento.*

Keywords – *Discharge, indiscipline, admission, toxic, alcoholism, tuberculosis, Code Article 61, Opinion CREMERJ n.º 162/2005, conciliation, doctor's consensus, patient, family, risk, death, hospital vacancy, case abstract, letter to the receipt colleague.*

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o médico formula consulta nos seguintes termos:

“Vimos pelo presente solicitar a este douto conselho parecer acerca do assunto “alta médica por indisciplina”. Exercemos Direção clínica em hospital que é referência estadual no tratamento de tuberculose. Aqui temos pacientes que ficam sob nossos cuidados por longos períodos, entre seis e dezoito meses. Tratamos pessoas dos mais diferentes estratos sociais, com predominância dos mais carentes, muitos com história de alcoolismo e drogadição, além de ex-presidiários, entre outros.

Já houve flagrantes de drogas ilícitas e bebidas alcoólicas no recinto hospitalar, obrigando a equipe a reações imediatas para exercer o controle da situação. Temos também com frequência agressões físicas entre pacientes e ameaças de agressões físicas a servidores

* Conselheira parecerista do CRM-PR

do hospital. Nestes casos é praxe nesta casa com mais de oitenta anos de existência a determinar alta administrativa por indisciplina ao paciente que não se dispõe a acatar normas e procedimentos necessários a um tratamento médico bem sucedido e que despreza a urbanidade no relacionamento com seus pares e equipe multidisciplinar que dele cuida.

Recentemente, surgiram questionamentos a respeito desta forma de alta. Temos buscado apoio no Artigo 61 do Código de Ética Médica e no Parecer 162/05 do CREMERJ, mas gostaríamos de saber qual a opinião do CRMPR a respeito desta atitude do Corpo Clínico do citado hospital. É ética? É correta? Ressaltamos que o quadro clínico do paciente e seu estado geral, se comprometido ou não, são ressaltados, assim como o fato de ainda ser ou não contaminante (BAAR positivo ou negativo). Não pode haver riscos nem ao paciente, nem à comunidade.

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

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Observe-se que o Artigo 17 do CEM, nos Princípios Fundamentais, refere-se ao médico investido na função de Direção, onde cita que tem ele o dever de assegurar as condições

mínimas para o desempenho ético profissional da Medicina.

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

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

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

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

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

A Tuberculose é uma doença considerada como de alta vulnerabilidade.

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

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

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

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

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

Essa situação faz com que no Brasil a “internação social” seja uma realidade. Muitos

doentes não tem domicílio, muitos estão desempregados, muitos vivem sós.

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

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

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

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

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

É necessário pensar e investir em mudanças nas políticas sociais, educacionais, administrativas, organizacionais e de saúde, envolvendo as comunidades, famílias

e meios de comunicação, além da formação e capacitação dos profissionais da saúde, para que possamos reduzir os índices da doença e das dificuldades do tratamento da mesma em nosso país.

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

CONCLUSÃO

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

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

Tudo deve ser devidamente registrado no prontuário do paciente.

É o parecer. SMJ.

Curitiba, 24 de agosto de 2009.

ROSENI TERESINHA FLORENCIO

Conselheira Parecerista

Processo-Consulta CRM-PR n.º 094/2009

Parecer CRM-PR n.º 2108/2009

Parecer Aprovado

Reunião Plenária n.º 2.337, de 24/08/2009, CÂM II.

PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS QUE CARACTERIZA PRODUTO CONDUTOR À DEPENDÊNCIA

PRESCRIPTION OF MEDICATION THAT CHARACTERIZE
THE PRODUCT AS A CONDUCTIVE TO DEPENDENCE

*Marco Antonio S.M. Ribeiro Bessa**

Palavras-chave – *Prescrição de medicamento, solicitação de prescrição, continuidade, suspeita, dependência, dependência ou abuso, remissão de dependência, abstinência, diagnóstico especificador de curso.*

Keywords – *Medication prescription, prescription request, continuity, suspicion, addiction, addiction or abuse, remission of dependence, withdrawal symptoms, specifier diagnosis of course.*

CONSULTA

Trata-se de consulta feita por Diretora Clínica de unidade médica-hospitalar.

Informa a profissional que vem se repetindo no serviço de pronto atendimento a procura, por quatro pacientes dentre os já identificados, dos seguintes medicamentos: Dolantina (Dolosal) e Nubain (Cloridrato de Nalbufina). Alegam tais pacientes sofrerem de dores crônicas de origem neuropática que só melhoram com tais medicamentos.

O fato de tais pacientes comparecerem ao hospital diariamente, algumas vezes mais de uma vez por dia, solicitando tal medicação, ocasiona dúvidas de que procedimento os médicos plantonistas devem realizar no “manejo desses pacientes, bem como daqueles pacientes internados com as mesmas características de abuso

* Conselheiro Parecerista CRM-PR.

de opioides ou em síndrome de abstinência. Principalmente por não haver certeza acerca desta possível dependência”.

Relata a médica que, dentre as sugestões aventadas, tem-se a troca da medicação para outras medicações de potente efeito antiálgico ou placebo (água destilada). Mas, além de questionar a “legalidade da prescrição de placebo”, a requerente comenta que alguns médicos do corpo clínico discordam dessa prática e que muitos pacientes não aceitam medicação substitutiva, alegando terem alergia a eles. Isso gera angústia e insegurança aos médicos “que temem causar uma reação alérgica grave colocando em risco a vida do paciente”.

Questiona a médica: “Qual deve ser a postura e conduta médica, uma vez que há pacientes frequentando nosso pronto atendimento a cada 8 horas ou menos, recebendo a medicação solicitada? Qual seria, portanto, o limiar para configurar-se convivência médica a prescrição da medicação solicitada, quando o mesmo alega ser a única que efetivamente melhora sua dor, mas que notoriamente caracteriza a dependência ou abuso por parte do referido paciente frente a tal substância?”

“Desta forma, questiona-se, quais são os critérios que devem ser seguidos para confirmar ou não a hipótese diagnóstica de dependência química a opioides ou outras drogas similares, em serviço de Pronto Atendimento. Solicitamos que considerem que num plantão de 24h chegamos a ter até 11 diferentes médicos, trabalhando em plantões que variam de 6 a 12h.”

A profissional apresenta uma série de outras questões que procuraremos responder a seguir:

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A dependência química é um transtorno psiquiátrico grave, crônico e que muitas vezes demora a ser diagnosticado e tratado corretamente. Envolve alterações cerebrais, especialmente no sistema de recompensa, significativas repercussões clínicas, graves distúrbios comportamentais, com sérios desdobramentos na saúde do indivíduo, na sua vida familiar, social e ocupacional.

A definição de Dependência Química é apresentada na CID-10 dessa maneira:

Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente

associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas conseqüências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física.

Os critérios clínicos para o diagnóstico da dependência são há muito estudados, aceitos e reconhecidos internacionalmente, e a seguir é reproduzido a definição e os critérios estabelecidos na no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) da Associação Psiquiátrica Americana.

DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS - DSM.IV

Características

A característica essencial da Dependência de Substância é a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela.

Existe um padrão de auto-administração repetida que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga. Um diagnóstico de Dependência de Substância pode ser aplicado a qualquer classe de substâncias, exceto cafeína. Os sintomas de dependência são similares entre as várias categorias de substâncias, mas, para certas classes, alguns sintomas são menos salientes e, em uns poucos casos, nem todos os sintomas se manifestam (por ex. sintomas de abstinência não são especificados para Dependência de Alucinógenos).

Embora não seja especificamente relacionada como um critério, a "fissura" (um forte impulso subjetivo para usar a substância) tende a ser experimentada pela maioria dos indivíduos com Dependência de Substância (se não por todos).

A Dependência é definida como um agrupamento de três ou mais dos sintomas relacionados adiante, ocorrendo a qualquer momento, no mesmo período de 12 meses.

Tolerância (Critério 1) é a necessidade de crescentes quantidades da substância

para atingir a intoxicação (ou o efeito desejado) ou um efeito acentuadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade da substância. O grau em que a tolerância se desenvolve varia imensamente entre as substâncias.

Os indivíduos com uso pesado de opioides e estimulantes podem desenvolver níveis substanciais (por ex., multiplicados por dez) de tolerância, frequentemente em uma dosagem que seria letal para um não-usuário.

A tolerância ao álcool também pode ser pronunciada, mas em geral é muito menos extrema do que no caso das anfetaminas. Muitos tabagistas consomem mais de 20 cigarros por dia, uma quantidade que teria produzido sintomas de toxicidade quando começaram a fumar.

Os indivíduos com uso pesado de maconha em geral não têm consciência de que desenvolveram tolerância (embora esta tenha sido demonstrada em estudos com animais e em alguns indivíduos). Ainda não há certeza quanto ao desenvolvimento de tolerância com fenciclidina (PCP).

A tolerância pode ser difícil de determinar apenas com base na história oferecida, quando se trata de uma substância ilícita, talvez misturada com vários diluentes ou com outras substâncias. Nessas situações, testes laboratoriais podem ser úteis (por ex., altos níveis sanguíneos da substância, juntamente com poucas evidências de intoxicação, sugerem uma provável tolerância).

A tolerância também deve ser diferenciada da variabilidade individual na sensibilidade inicial aos efeitos de determinadas substâncias. Por exemplo, alguns indivíduos que ingerem álcool pela primeira vez apresentam muito poucas evidências de intoxicação com três ou quatro doses, ao passo que outros, com peso e história de consumo semelhantes exibem fala arrastada e fraca coordenação.

A Abstinência (Critério 2a) é uma alteração comportamental mal-adaptativa, com elementos fisiológicos e cognitivos, que ocorre quando as concentrações de uma substância no sangue e tecidos declinam em um indivíduo que manteve um uso pesado e prolongado da substância.

Após o desenvolvimento dos sintomas desagradáveis de abstinência, a pessoa tende a consumir a substância para aliviar ou para evitar estes sintomas (Critério 2b), tipicamente utilizando a substância durante o dia inteiro, começando logo após o despertar. Os sintomas de abstinência variam imensamente entre as classes de substâncias, de modo que são oferecidos conjuntos separados de critérios de

Abstinência para a maioria das classes.

Sinais acentuados e, com freqüência, facilmente mensuráveis de abstinência são comuns com álcool, opioides e sedativos, hipnóticos e ansiolíticos. Os sinais e sintomas de abstinência freqüentemente estão presentes, mas podem ser menos visíveis, no caso de estimulantes tais como anfetaminas, cocaína e nicotina.

Nenhuma abstinência significativa é vista mesmo após o uso repetido de alucinógenos. A abstinência de fenciclidina e substâncias correlatas ainda não foi descrita em humanos (embora tenha sido demonstrada em animais).

Nem tolerância nem abstinência são critérios necessários ou suficientes para um diagnóstico de Dependência de Substância. Alguns indivíduos (por ex., com Dependência de Canabinoides) apresentam um padrão de uso compulsivo sem quaisquer sinais de tolerância ou abstinência.

Em contrapartida, alguns pacientes pós-cirúrgicos sem Dependência de Opioide podem desenvolver tolerância aos opioides prescritos e experimentar sintomas de abstinência sem mostrar quaisquer sinais de uso compulsivo.

Os especificadores com Dependência Fisiológica e Sem Dependência Fisiológica são oferecidos para indicar presença ou ausência de tolerância ou abstinência.

Os aspectos a seguir descrevem o padrão de uso compulsivo de substância característico da Dependência. O indivíduo pode consumir a substância em maiores quantidades ou por um período mais longo do que de início pretendia (por ex., continuar a beber até estar severamente intoxicado, apesar de ter estabelecido o limite de apenas uma dose) (Critério 3).

O indivíduo pode expressar um desejo persistente de reduzir ou regular o uso da substância. Com freqüência, já houve muitas tentativas frustradas de diminuir ou interromper o uso (Critério 4). O indivíduo pode despender muito tempo obtendo a substância, usando-a ou recuperando-se de seus efeitos (Critério 5).

Em alguns casos de Dependência de Substância, virtualmente todas as atividades da pessoa giram em torno da substância. As atividades sociais, ocupacionais ou recreativas podem ser abandonadas ou reduzidas em virtude do seu uso (Critério 6), e o indivíduo pode afastar-se de atividades familiares e passatempos a fim de usá-la em segredo ou para passar mais tempo com amigos usuários da substância. Apesar de admitir a sua contribuição para um problema psicológico ou físico (por

ex., severos sintomas depressivos ou danos aos sistemas orgânicos), a pessoa continua usando a substância (Critério 7).

A questão essencial, ao avaliar este critério, não é a existência do problema, mas o fracasso do indivíduo em abster-se da utilização da substância, apesar de dispor de evidências das dificuldades que esta lhe causa.

Especificadores

A tolerância e a abstinência podem estar associadas com um maior risco para problemas médicos gerais imediatos e com uma taxa superior de recaídas. Os especificadores seguintes são oferecidos para a anotação de sua presença ou ausência:

Com Dependência Fisiológica

Este especificador deve ser usado quando a Dependência de Substância é acompanhada por evidências de tolerância (Critério 1) ou abstinência (Critério 2).

Sem Dependência Fisiológica

Este especificador deve ser usado quando não existem evidências de tolerância (Critério 1) ou abstinência (Critério 2). Nesses indivíduos, a Dependência de Substância é caracterizada por um padrão de uso compulsivo (pelo menos três dos Critérios de 3 a 7).

Especificadores de Curso

Seis especificadores de curso estão disponíveis para a Dependência de Substância. Os quatro especificadores de Remissão podem ser aplicados apenas depois que todos os critérios para Dependência de Substância ou Abuso de Substância estiveram ausentes por pelo menos 1 mês.

A definição desses quatro tipos de Remissão está baseada no intervalo de tempo passado desde a cessação da Dependência (Remissão Inicial versus Mantida) e na persistência de um ou mais dos itens incluídos nos conjuntos de critérios para Dependência ou Abuso (Remissão Parcial versus Remissão Completa).

Uma vez que os 12 primeiros meses após a Dependência são um período de risco particularmente alto para a recaída, este período é chamado de Remissão Inicial.

Decorridos 12 meses de Remissão Inicial sem recaída para a Dependência, a pessoa ingressa na Remissão Mantida.

Tanto para a Remissão Inicial quanto para a Remissão Mantida, uma designação adicional de Completa é dada, se nenhum critério para Dependência ou Abuso foi satisfeito durante o período de remissão; uma designação de Parcial é dada se pelo menos um dos critérios para Dependência ou Abuso foi satisfeito, intermitente ou continuamente, durante o período de remissão.

A diferenciação entre Remissão Completa Mantida e recuperado (ausência atual de Transtorno por Uso de Substância) exige a consideração da extensão de tempo desde o último período da perturbação, a duração total da mesma e a necessidade de continuidade da avaliação.

Se, após um período de remissão ou recuperação, o indivíduo novamente se torna dependente, a aplicação do especificador Remissão Inicial exige que novamente haja pelo menos 1 mês no qual os critérios para Dependência ou Abuso não são satisfeitos.

Dois especificadores adicionais são oferecidos: Em Terapia com Agonista e Em Ambiente Controlado. Para que um indivíduo qualifique-se para a Remissão Inicial após a cessação de uma terapia com agonista ou alta de um ambiente controlado, deve haver um período de 1 mês no qual nenhum dos critérios para Dependência ou Abuso foi satisfeito.

Os seguintes especificadores de Remissão podem ser aplicados apenas depois que nenhum critério para Dependência ou Abuso foi satisfeito por pelo menos 1 mês. Observe que esses especificadores não se aplicam se o indivíduo está em terapia com agonista ou em um ambiente controlado (ver adiante).

Remissão Completa Inicial

Este especificador é usado se, por pelo menos 1 mês, mas por menos de 12 meses, nenhum critério para Dependência ou Abuso foi satisfeito.

Remissão Parcial Inicial

Este especificador é usado se, por pelo menos 1 mês, mas menos de 12 meses, um ou mais critérios para Dependência ou Abuso foram satisfeitos (mas os critérios completos para Dependência não foram satisfeitos).

Remissão Completa Mantida

Este especificador é usado se nenhum dos critérios para Dependência ou Abuso foi satisfeito em qualquer época durante um período de 12 meses ou mais.

Remissão Parcial Mantida

Este especificador é usado se não foram satisfeitos todos os critérios para Dependência por um período de 12 meses ou mais; entretanto, um ou mais critérios para Dependência ou Abuso foram atendidos.

Os seguintes especificadores aplicam-se se o indivíduo está em terapia com agonista ou em um ambiente controlado:

Em Terapia com Agonista

Este especificador é usado se o indivíduo está usando um medicamento agonista prescrito, e nenhum critério para Dependência ou Abuso foi satisfeito para esta classe de medicamento pelo menos durante o último mês (exceto tolerância ou abstinência do agonista).

Esta categoria também se aplica aos indivíduos que estão sendo tratados para Dependência com um agonista parcial ou um agonista / antagonista.

Em Ambiente Controlado

Este especificador é usado se o indivíduo está em um ambiente onde o acesso ao álcool e substâncias controladas é restrito, e se nenhum critério para Dependência ou Abuso foi satisfeito pelo menos no último mês.

Exemplos desses ambientes são prisões atentamente vigiadas e livres de substâncias, comunidades terapêuticas ou unidades hospitalares com portas trancadas.

Critérios para Dependência de Substância

Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

(1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

(a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado

(b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância

(2) abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:

(a) síndrome de abstinência característica para a substância (consultar os Critérios A e B dos conjuntos de critérios para Abstinência das substâncias específicas).

(b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência .

(3) a substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido

(4) existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.

(5) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., consultas a múltiplos médicos ou fazer longas viagens de automóvel), na utilização da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos.

(6) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.

(7) o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (por ex., uso atual de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela, ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo do álcool).

Especificar se:

Com Dependência Fisiológica: evidências de tolerância ou abstinência (isto é, presença de Item 1 ou 2).

Sem Dependência Fisiológica: não existem evidências de tolerância ou abstinência (isto é, nem Item 1 nem Item 2 estão presentes).

Especificadores de curso (ver texto para definições):

Remissão Completa Inicial

Remissão Parcial Inicial

Remissão Completa Mantida

Remissão Parcial Mantida

Em Terapia com Agonista

Em Ambiente Controlado

Dessa forma fica respondida a indagação da médica de quais são os critérios a serem utilizados para se avaliar uma possível dependência química do paciente num serviço de pronto atendimento.

O questionamento “É ético e lícito o uso de medicação placebo frente a uma possível suspeita de dependência a opioides ou outras drogas?” é respondido de maneira negativa. Não é ético e nem lícito, como está bem consignado no parecer do CFM 17/2000 de lavra do Conselheiro Rubens dos Santos Silva, em anexo, e que ao final relata:

“Pelo acima considerado, somos de opinião que o uso de água destilada à guisa de medicamento deve ser condenado na prática médica.”

A questão “É justificável a alegação do médico plantonista de que sua obrigação é primariamente o alívio da dor em detrimento a outras necessidades do paciente, como a cura?”.

No caso de pacientes que procuram serviço de pronto atendimento com frequência, com queixa de dor crônica e exigindo medicamentos opioides, é obrigação do médico fazer o diagnóstico correto do que acontece com o doente. No caso de dor crônica, com causa e origem reconhecida o paciente deve ser encaminhado a um serviço de dor, para ser tratado corretamente. Nos casos de suspeita ou confirmação de dependência química o paciente deve ser encaminhado para serviço de psiquiatria para tratamento desse transtorno. Tal conduta é bem defendida na consulta 29.131/02 ao CREMESP, respondida pelo Conselheiro Antonio Pereira Filho, também aqui anexada.

Corre o risco de negligência, imprudência ou imperícia o médico que não suspeitar do diagnóstico de dependência química a opioides em pacientes que procuram o pronto atendimento com frequência e não fizer o encaminhamento correto e que

continue medicando o paciente, pois dessa forma agrava seu quadro clínico.

A questão 3: “Não seria, dentre os deveres do médico, primar para tratar o paciente ou encaminhá-lo para tratamento da origem da dor, para apenas secundariamente buscar o alívio da dor a fim de evitar a dependência ao medicamento?”

Sim, conforme resposta anterior.

4) “Quando o médico se propõe a fazer a medicação solicitada pelo paciente sem avaliação mais profunda do caso clínico do mesmo, no caso de prescrição de opioides, é ele conivente com a dependência química do paciente?”

Sim, vide resposta à questão 2.

5) Os critérios para se avaliar a dependência química, já foram apresentados.

6) “Face ao quadro descrito acima é lícito o médico discutir com o paciente sobre a aceitação deste na aplicação de outros medicamentos analgésicos?”

O médico tem por obrigação encaminhar o paciente para tratamento especializado da dor nos casos em que houver patologia que justifique a dor, ou encaminhar o paciente para especialista da área de onde o paciente refere a dor, por exemplo neurologista, ortopedista. No caso de dependência a opioides o paciente deve ser encaminhado a serviço de psiquiatria e deve ser recusada prescrição do medicamento opioide.

É obrigação do médico esclarecer a sua conduta e justificar seu encaminhamento.

7) “Como proceder quando o paciente recusa-se a ser encaminhado para internamento em hospital psiquiátrico, efetivamente preparado para atender ao processo de desintoxicação do mesmo?”

O internamento psiquiátrico é regulamentado pela Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Pode ser voluntário, involuntário ou compulsório.

Cada caso deve ser examinado em suas peculiaridades para se determinar a melhor decisão. A recusa do paciente em receber o tratamento adequado deve ser expressamente registrada em seu prontuário. Também é aconselhável que o paciente assine um termo de ciência de seu encaminhamento.

8) “Esses pacientes costumam vir desacompanhados ao serviço de pronto atendimento. A quem delegar responsabilidade pela necessidade do tratamento de

desintoxicação, assim como encaminhar e assegurar o fato de que o paciente também possa buscar tratamento especializado de dor, tratando a causa do problema?”

Tratando-se de paciente adulto recomenda-se que o mesmo receba todas as informações, que essas sejam registradas em prontuário e que o paciente assine um termo de ciência.

Se o pronto atendimento dispuser de serviço social, recomenda-se que a família do paciente seja comunicada do problema para que possa participar e dar apoio às medidas recomendadas.

Concordamos que esse é um problema de extrema gravidade e importância e que merece um protocolo com o objetivo de melhor orientar os médicos e dando maior segurança aos pacientes e profissionais envolvidos no atendimento.

Da mesma maneira que os casos ginecológicos e obstétricos ou os casos neurológicos ou de qualquer outra área da Medicina são encaminhados para seus respectivos especialistas, é aconselhável que os pacientes portadores de transtornos de dor e/ou transtorno relacionado ao uso de substâncias sejam referenciados para tratamento especializado.

É o parecer. SMJ.

Curitiba, 5 de junho 2008.

MARCO ANTONIO S. M. RIBEIRO BESSA
Conselheiro Parecerista

Processo-Consulta CRM-PR n.º 006/2008

Parecer CRM-PR n.º 1970/2008

Parecer Aprovado

Reunião Plenária n.º 2048, de 30/06/2008, CÂM. III.

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ**ÍNDICE REMISSIVO POR ORDEM ALFABÉTICA
DE ASSUNTOS E AUTORES****NÚMEROS 113 A 116/2012****OBSERVAÇÕES**

- 1 - O indicativo numeral de página da palavra chave, corresponde a página inicial do artigo ou texto onde está o assunto;
- 2 - Cada assunto pode ter mais de uma palavra-chave;
- 3 - A presença de "art.", significa artigo do Código de Ética Médica, 1988;
- 4 - Solicita-se a comunicação à secretaria, de eventual indicação errônea;
- 5 - Pedimos sugestões para inclusões futuras;
- 6 - Os artigos publicados nos "Arquivos" podem ser obtidos em cópia xerox por telefone ou e-mail à biblioteca;
- 7 - Índice remissivo dos nºs 1 a 56 estão à disposição no Suplemento I, vol. 14, de Dez./97.
- 8 - Um índice remissivo anual é realizado no último número de cada ano, desde 1998.
- 9 - Este índice pode ser consultado através da Home Page do CRM-PR.

Consulte o Índice Remissivo de 1984 a 2012 | www.amp.org.br

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Abramovich, Irene					Médico respondeu exclusivamente	115	165	29	2012
Artigo	116	224	29	2012	Médico sempre habilitado	115	165	29	2012
Aconselhamento ou Assessoramento					Parecer CFM nº 30/2012	115	165	29	2012
Ação voluntária	115	165	29	2012	Parecer CFM nº 977/2012	115	165	29	2012
Confidência	115	165	29	2012	Parecer CFM nº 25/2012	115	165	29	2012
Decisão médico e pais	115	165	29	2012	Procriação	115	165	29	2012
Determinismo genético	115	165	29	2012	Resolução CNS nº 340/04	115	165	29	2012
Direito de informação	115	165	29	2012	Risco de recorrência	115	165	29	2012
Ética da orientação	115	165	29	2012	Serviço médico é respondido exclusivamente por médicos	115	165	29	2012
Genético					Alta à Pedido				
Medicina preditiva	115	165	29	2012					

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Iminente perigo de vida	116	224	29	2012	Parecer CFM nº 236/2012	115	158	29	2012
Médico plantonista	116	222	29	2012	Sigilo	115	158	29	2012
Normas	116	224	29	2012	Cartão Nacional de Saúde (CNS)				
Paciente psiquiátrico	116	222	29	2012	Ministério da Saúde (CNS)	113	57	29	2012
Pela família	116	224	29	2012	Obrigatório (CNS)	113	57	29	2012
Transferência	116	218	29	2012	Portaria nº 719/SASD/2007				
Alta Médica					(Tabela auxiliar motivo de saúde)	113	57	29	2012
Administrativa	116	228	29	2012	Secretaria da Saúde (CNS)	113	57	29	2012
Cuidados ético/legal	116	228	29	2012	Sistema de Informação de Saúde	113	57	29	2012
Drogas ilícitas	116	228	29	2012	Chave Pública Brasileira do Poder				
Por indisciplina	116	228	29	2012	Executivo Federal	116	197	29	2012
Amaral, Odín F.					Legislação Arquivística Brasileira	116	197	29	2012
Laboratório/médico	116	249	29	2012	Legislação Documental	116	197	29	2012
Anúncio (conceito)					Chefia de Serviço Médico				
Resolução CFM nº 1974/2011	113	33	29	2012	Competência cabe ao médico	115	173	29	2012
Apresentação em Congressos					Direito da função	115	173	29	2012
Publicidade	113	33	29	2012	Diretor clínico ou técnico	115	173	29	2012
Araújo, Edevard José de					Exercício	115	173	29	2012
Artigo	116	210	29	2012	Qualificação do profissional	115	173	29	2012
Assunto					Comissão Permanente				
Públicidade (conceito)	113	33	29	2012	Avaliação de documentos	116	197	29	2012
Atestado Médico para Afastamento do Trabalho					Resolução CFM nº 1821/2007	116	197	29	2012
Adulto ou pediátrica	115	162	29	2012	Resol. CFM nº 1331/1989 revogada	116	197	29	2012
Afastamento do trabalho	115	162	29	2012	Resol. CFM nº 1639/2002 revogada	116	197	29	2012
Atestado	115	162	29	2012	Sociedade Brasileira de Informática em Saúde	116	197	29	2012
Concessão ou rejeição	115	162	29	2012	Conceito				
Cuidado familiar	115	162	29	2012	Receita	114	79	29	2012
Decisão pericial	115	162	29	2012	Concurso				
Documentos	115	162	29	2012	Ético	113	01	29	2012
Finalidade	115	162	29	2012	Monografia	113	01	29	2012
Justificativa médica	115	162	29	2012	Convênio				
Lei Trabalhista	115	162	29	2012	ABM/CRM/CNRM	113	19	29	2012
Médico-legal	115	162	29	2012	Critérios				
Parecer CRM/PR nº 047/2012	115	162	29	2012	Publicidade/propaganda	113	33	29	2012
Pedido do médico	115	162	29	2012	Declaração				
Perícia	115	162	29	2012	Dos Direitos Humanos	114	61	29	2012
Prazo solicitado ou recomendado	115	162	29	2012	Diretor Clínico				
Receita médica	115	162	29	2012	Assistente médico	115	123	29	2012
Validade	115	162	29	2012	Assistente pessoal	115	123	29	2012
Atuação/áreas					Cirurgia eletiva	115	123	29	2012
Convênio	113	19	29	2012	Condições indispensáveis	115	123	29	2012
Especialidades	113	19	29	2012	Funções	115	123	29	2012
Áreas	113	19	29	2012	Hospitalizado	115	123	29	2012
Balança Laboratorial					Médico assistente	115	123	29	2012
Dr. Odín F. do Amaral	116	249	29	2012	Médico assistente substituto	115	123	29	2012
Dr. Ronald O. F. Amaral	116	249	29	2012	Providências	115	123	29	2012
Farmácia	116	249	29	2012	Resolução CFM nº 1493/1998	115	123	29	2012
História da Medicina	116	249	29	2012	Diretrizes antecipadas de vontade				
Laboratório	116	249	29	2012	Capacidade de expressar	116	188	29	2012
Museu de Medicina	116	249	29	2012	Comunicação	116	188	29	2012
Belfort Peres Marques					Conflitos éticos	116	188	29	2012
Artigo	116	224	29	2012	Definir Direitos antecipados	116	188	29	2012
Bessa, Marco Antonio S. M. Ribeiro					Fim da vida - Ortotanasia	116	188	29	2012
Artigo	116	235	29	2012	Motivos da Res. CFM nº 1995/2012	116	188	29	2012
Caixa de medicamentos					O médico e vontade antecipada	116	188	29	2012
Homeopáticos	113	59	29	2012	Regulamentação Vontade Antecipada	116	188	29	2012
Câmeras Filmadoras					Resolução CFM nº 1995/2012	116	188	29	2012
Controle	115	158	29	2012	Vontade do paciente	116	188	29	2012
Fundamentos	115	158	29	2012	Disponibilizar				
Internas e externas	115	158	29	2012	Ação judicial	113	01	29	2012
Leis municipais	115	158	29	2012	Autorização jurídica	113	01	29	2012
Locais de circulação	115	158	29	2012	Auxílio médico	113	01	29	2012
Monitoramento hospitalar	115	158	29	2012	Benefício e custo	113	01	29	2012
Não ofende trabalhadores	115	158	29	2012	Concurso 22ª edição	113	01	29	2012

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Custo benefício	113	01	29	2012	Resolução CFM nº 1609/2000	114	116	29	2012
Honestidade	113	01	29	2012	Transcraniana superficial	114	116	29	2012
Juiz e médico	113	01	29	2012	Ética				
Médico auxiliar	113	01	29	2012	Propaganda	113	33	29	2012
Perícia técnica	113	01	29	2012	Publicidade	113	33	29	2012
Solidariedade	113	01	29	2012	Exame Oftalmológico				
Terapêutica urgente	113	01	29	2012	Pentacam	116	212	29	2012
Urgência terapêutica	113	01	29	2012	Tomografia de Coerência Óptica	116	212	29	2012
Vara de atenção à saúde	113	01	29	2012	Flâmula e Bandeira				
Divulgação					Bandeira	115	182	29	2012
Resolução CFM nº 1974/2011	113	33	29	2012	Flâmula característica	115	182	29	2012
Doação					História da Medicina	115	182	29	2012
Balança laboratorial	116	249	29	2012	Museu de Medicina	115	182	29	2012
Dr. Odín F. do Amaral	116	249	29	2012	Florencio, Roseni Teresinha				
Dr. Ronald P. F. Amaral	116	249	29	2012	Artigo	116	228	29	2012
Museu de História da Medicina	116	249	29	2012	Formação				
2012 Doações					Especialidades	113	19	29	2012
Museu de Medicina	113	59	29	2012	Direitos fundamentais	113	01	29	2012
Documentos Eletrônicos					Doenças e doentes	113	01	29	2012
Chave Pública do Poder Executivo	116	197	29	2012	Doentes e doenças	113	01	29	2012
Prova	116	197	29	2012	Equidade	113	01	29	2012
Documentos Médicos					Ética	113	01	29	2012
Publicidade	113	33	29	2012	Gasto público	113	01	29	2012
Doença Incapacitante					Honestidade	113	01	29	2012
Exercício da Medicina	116	193	29	2012	Judiciário	113	01	29	2012
Perícia médica	116	193	29	2012	Justiça e Verdade	113	01	29	2012
Procedimentos administrativos	116	193	29	2012	Legislação	113	01	29	2012
Resolução CFM nº 1987/2012	116	193	29	2012	Medicamentos	113	01	29	2012
Donizetti Dimmer Giamberardino Fº					Orçamento público	113	01	29	2012
Artigo	116	218	29	2012	Política e Ciência	113	01	29	2012
Drogas Ilícitas					Saúde	113	01	29	2012
Ética	116	207	29	2012	Saúde e direito	113	01	29	2012
Legislação	116	207	29	2012	Soluções	113	01	29	2012
Monitoramento em sangue e urina	116	207	29	2012	Terapêutica	113	01	29	2012
Edevard José de Araújo					Verdade e Justiça	113	01	29	2012
Artigo	116	210	29	2012	Jurisprudência e Saúde				
Eduardo Murilo Novak					Autonomia médica	114	61	29	2012
Artigo	113	01	29	2012	Coletividade	114	61	29	2012
Ehrenfried O. Wittig					Concurso de monografia	114	61	29	2012
Artigo	113	59	29	2012	Conselho Nacional de Justiça	114	61	29	2012
Artigo	114	120	29	2012	Constituição	114	61	29	2012
Artigo	115	182	29	2012	Declaração dos Direitos Humanos	114	61	29	2012
Artigo	116	249	29	2012	Desigualdade econômica	114	61	29	2012
Museu da História da Medicina	113	59	29	2012	Direito à saúde	114	61	29	2012
Endereços					Direito do cidadão	114	61	29	2012
Divulgação	113	33	29	2012	Ética e moral	114	61	29	2012
Entidades Médicas (Publicidade)					Grito de resistência	114	61	29	2012
Chefe de Clínica Médica (publicidade)	113	33	29	2012	Impasses médicos	114	61	29	2012
Diretor Clínico	113	33	29	2012	Indivíduo e o coletivo	114	61	29	2012
Diretor Técnico	113	33	29	2012	Judicialização da Medicina	114	61	29	2012
Especialidades					Juiz, a aflição da morte e saúde	114	61	29	2012
Áreas	113	19	29	2012	Lei Orgânica de Saúde	114	61	29	2012
Resolução CFM nº 1845/2008	113	19	29	2012	Medicina/medicamentos	114	61	29	2012
Especialidades Médicas Reconhecidas					Menção Honrosa	114	61	29	2012
Áreas de atuação	113	19	29	2012	Poder judiciário e os impasses	114	61	29	2012
Convênio AIM normal	113	19	29	2012	Política Social e Econômica	114	61	29	2012
Convênio AMB/CFM/CNRM	113	19	29	2012	Processos judiciais	114	61	29	2012
Normas convênio AMB	113	19	29	2012	Saúde	114	61	29	2012
Estimulação Magnética Transcraniana					Saúde pública	114	61	29	2012
Alucinação	114	116	29	2012	22ª edição	114	61	29	2012
Condições técnicas	114	116	29	2012	Keti Stylianos Patsis				
Depressão	114	116	29	2012	Artigo	115	162	29	2012
Estimulação transcraniana	114	116	29	2012	Artigo	116	216	29	2012
Indicações	114	116	29	2012	Lutero Marques de Oliveira				
Neurocirurgia	114	116	29	2012	Parecer	115	158	29	2012

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Manual de Certificação					Processos	115	152	29	2012
Digitalização	116	197	29	2012	Revogações	115	152	29	2012
Registro eletrônico	116	197	29	2012	Rito	115	152	29	2012
Segurança	116	197	29	2012	Sindicâncias	115	152	29	2012
Manual de Orientações Básicas para Prescrição Médica	114	91	29	2012	Normas para Sindicâncias, Processos no CFM e CRM				
Marco Antonio S. M. Ribeiro Bessa					Resolução CFM nº 1897/2009	115	132	29	2012
Artigo	116	235	29	2012	Notificação de Receita				
Marques, Belfort Peres					Conceitos	114	79	29	2012
Artigo	116	224	29	2012	Psicotrópicos/entorpecentes	114	79	29	2012
Martins, Gerson Zafalon					Receitas	114	79	29	2012
Artigo	115	165	29	2012	Novak, Eduardo Murilo				
Material impresso institucional					Artigo	113	01	29	2012
Divulgação	113	33	29	2012	Odin F. do Amaral				
Medicamentos					Laboratório/médico	116	249	29	2012
Dinamizados	113	59	29	2012	Oliveira, Luterio Marques de				
Medicamento com dependência					Artigo	115	158	29	2012
Abstinência	116	235	29	2012	Patsis, Keti Stylianos				
Critério	116	235	29	2012	Artigo	115	162	29	2012
Dependência	116	235	29	2012	Artigo	116	216	29	2012
Prescrição	116	235	29	2012	Pedido de Alta				
Médico Plantonista					Conceito	116	218	29	2012
Alta à pedido	116	222	29	2012	Transferência	116	218	29	2012
Paciente psiquiátrico	116	222	29	2012	Pentacam				
Menção					Tomografia de Coerência Óptica	116	212	29	2012
Honrosa	113	01	29	2012	Perícia Psiquiátrica				
Mídia					Corpo de delito	116	216	29	2012
Publicidade	113	33	29	2012	Em presos	116	216	29	2012
Ministério					Exame médico pericial	116	216	29	2012
Público	113	01	29	2012	Local de avaliação	116	216	29	2012
Monitoramento de Drogas Ilícitas					Placa interna/externa hospital				
Acesso ao trabalho	116	207	29	2012	Autopromoção	113	33	29	2012
Ética	116	207	29	2012	CODAME (comissão)	113	33	29	2012
Legislação	116	207	29	2012	Conceito	113	33	29	2012
Urina e sangue	116	207	29	2012	Entrevista	113	33	29	2012
Monografia					Normas (publicidade)	113	33	29	2012
Concurso	113	01	29	2012	Trabalhos científicos	113	33	29	2012
Museu de Medicina					Placebo				
Doações	113	59	29	2012	Ansiedade	116	247	29	2012
Normas para áreas de atuação					Área destilada	116	247	29	2012
Especialidades	113	19	29	2012	Condenável	116	247	29	2012
Tempo de formação	113	19	29	2012	Diagnóstico	116	247	29	2012
Normas para emissão de pareceres					Distúrbio neurovegetativo	116	247	29	2012
Consulta	115	173	29	2012	Distúrbio psicogênico	116	247	29	2012
Normas	115	173	29	2012	Eclarecimento ao paciente	116	247	29	2012
Parecer	115	173	29	2012	Soro fisiológico	116	247	29	2012
Processo consulta	115	173	29	2012	Transtorno neurótico	116	247	29	2012
Relatores	115	173	29	2012	Política de Saúde				
Resolução CFM nº 1892	115	173	29	2012	Público	113	01	29	2012
Normas para Especialidades					Prescrição de Medicação				
AMB especialidades	113	19	29	2012	Abstinência	116	235	29	2012
CFM especialidades	113	19	29	2012	Continuada	116	235	29	2012
CNRM especialidades	113	19	29	2012	Critério	116	235	29	2012
Normas para Pareceres					Dependência	116	235	29	2012
CFM	115	154	29	2012	Diagnóstico	116	235	29	2012
Consultas	115	154	29	2012	Presos				
Especialidades	115	154	29	2012	Corpo de Delito	116	216	29	2012
Normas	115	154	29	2012	Exame médico pericial	116	216	29	2012
Pareceres	115	154	29	2012	Local de avaliação	116	216	29	2012
Pedido de vista	115	154	29	2012	Perícia psiquiátrica	116	216	29	2012
Processo consulta	115	154	29	2012	Processo Ético Profissional				
Relatores	115	154	29	2012	Advogados	115	135	29	2012
Revolução CFM nº 1892	115	154	29	2012	Câmaras	115	135	29	2012
Solicitação	115	154	29	2012	Código de Ética Profissional	115	135	29	2012
Normas Processuais					Competências	115	135	29	2012

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Corregedores	115	135	29	2012	Resolução CFM nº 1609/2000				
Denunciado	115	135	29	2012	Parecer CFM nº 37/11	114	116	29	2012
Instrução	115	135	29	2012	Equipamentos	114	116	29	2012
Julgamento	115	135	29	2012	Resolução CFM nº 1974/2011				
Normas	115	135	29	2012	Divulgação	113	33	29	2012
Notificações	115	135	29	2012	Propaganda	113	33	29	2012
Nulidades	115	135	29	2012	Publicidade	113	33	29	2012
Penas	115	135	29	2012	Responsabilidade				
Prazos	115	135	29	2012	Publicidade	113	33	29	2012
Prescrição	115	135	29	2012	Revogada				
Reabilitação	115	135	29	2012	Resolução CFM nº 1331/1989	116	197	29	2012
Resolução CFM nº 1617/2009	115	135	29	2012	Resolução CFM nº 1639/2002	116	197	29	2012
Resolução CFM nº 1897/2009	115	135	29	2012	Rocco, Renato S.				
Revisão	115	135	29	2012	Artigo	116	222	29	2012
Sindicâncias	115	135	29	2012	Roseni Teresinha Florencio				
Sindicantes/Relator/Revisor	115	135	29	2012	Artigo	116	228	29	2012
Testemunhas	115	135	29	2012	Rubens dos Santos Silva				
Voto	115	135	29	2012	Artigo	116	247	29	2012
Prontuário					Samuel Hanemann				
Armazenamento	116	197	29	2012	Homeopatia	113	59	29	2012
Cadastro Nacional	116	197	29	2012	Sensacionalismo				
Cadastro Nacional de					Publicidade	113	33	29	2012
Estabelecimento de Saúde - MS	116	197	29	2012	Silva, Rubens dos Santos				
Certificação para Sistema de					Artigo	116	247	29	2012
Registro Eletrônico em Saúde	116	197	29	2012	Sinergia Médico/Juiz				
Chave Pública	116	197	29	2012	Judiciário	113	01	29	2012
Disponibilidade	116	197	29	2012	Tabela Auxiliar de Motivo de Saúde				
Guarda	116	197	29	2012	Departamento de Informática				
Legislação arquivística	116	197	29	2012	do SUS/Datasus	113	57	29	2012
Legislação documental	116	197	29	2012	Departamento de Informática do SUS	113	57	29	2012
Nível de garantia de segurança	116	197	29	2012	Portaria MS/Secret. Exercida 763/CNS113	57	29	2012	
Propriedade	116	197	29	2012	Preenchimento obrigatório do SNS	113	57	29	2012
Validade jurídica de eletrônico	116	197	29	2012	Regula o CNS Port. 940/GM/MS/2011113	57	29	2012	
Prontuário - Registro Eletrônico					Secretaria de Atuação à Saúde				
Resolução CFM nº 1821/2007	116	197	29	2012	(SAS/MS)	113	57	29	2012
Propaganda (conceito)					Tempo de especialidades				
Resolução CFM nº 1974/2011	113	33	29	2012	Comissão mista de especialidades				
Psiquiatria					Resolução CFM nº 1634/2002	113	19	29	2012
Em presos	116	216	29	2012	(convênio de especialidades)	113	19	29	2012
Local de avaliação	116	216	29	2012	Resolução CFM nº 1973/2011				
Perícia em presos	116	216	29	2012	(convênio de especialidades)	113	19	29	2012
Publicidade					Resolução CFM nº 1785/2006				
Abusiva	113	33	29	2012	(convênio de especialidades)	113	19	29	2012
Anúncio	113	33	29	2012	Reconhecimento (especialidades e áreas de atuação)	113	19	29	2012
Enganosa	113	33	29	2012	Tiersenhausen, Hermann A. V.				
Ética	113	33	29	2012	Artigo	116	207	29	2012
Exagerada	113	33	29	2012	TV (Mídia)				
Placa	113	33	29	2012	Internet	113	33	29	2012
Propaganda	113	33	29	2012	Publicidade	113	33	29	2012
Resolução CFM nº 1974/2011	113	33	29	2012	Radio	113	33	29	2012
Sedutoras	113	33	29	2012	Transcraniana				
Qualificação de Especialidade					Neurocirurgia	114	116	29	2012
Publicidade	113	33	29	2012	Prescrição	114	116	29	2012
Receituário					Venda popular				
Divulgação	113	33	29	2012	Remédios Homeopáticos	113	59	29	2012
Formulários	113	33	29	2012	Vinagre, José Fernando Maia				
Guias	113	33	29	2012	Artigo	116	212	29	2012
Registro Eletrônico					Von Tiesenhausen, Hermann A. V.				
Digitalização de prontuário	116	197	29	2012	Artigo	115	173	29	2012
Remédio Específico					Wittig, Ehrenfried Othmar				
Homeopático	113	59	29	2012	Artigo	113	59	29	2012
Remissivo					Artigo	114	120	29	2012
Índice	116	251	29	2012	Artigo	115	182	29	2012
Renato S. Rocco					Artigo	116	249	29	2012
Artigo	116	222	29	2012					

BALANÇA LABORATORIAL

LABORATORY SCALE

Ehrenfried Othmar Wittig *

Palavras-chave – *Museu de medicina, História da medicina, farmácia, laboratório, farmacêutico, Dr. Odin F. do Amaral, Dr. Ronald O. F. Amaral, médico.*

Keywords – *Museum of medicine, History of medicine, pharmacy, laboratory, pharmaceutical, Dr. Odin F. do Amaral, Dr. Ronald O. F. Amaral, physician.*

Balança vem do latim, bis - dois e linx - prato. É um instrumento destinado à medir a massa de um corpo. A unidade de massa é o kg por se tratar de uma unidade do SI.

É correto afirmar que este instrumento mede a massa dos corpos e objetos e não o peso. Há, contudo, balanças que por fórmula matemática, podem informar o valor aproximado do peso de um corpo.

O peso é uma grandeza de força física e duas unidades comumente utilizadas e representadas pelo "N" e o "Kgf" quando calculadas em Newton.

A balança é um dos instrumentos mais importantes e necessários dos laboratórios. Alguns dão resultados pouco precisos, enquanto outros oferecem resultados muito exatos, constituindo estas as balanças analíticas, que pesam até décimo de milésimo (decimilograma).

* Diretor do "Museu de História da Medicina", da Associação Médica do Paraná.
Prof. Adjunto (apos.) de Neurologia do curso de medicina do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - UFPR.

A balança que expomos é um exemplar antigo bastante simples, da época de 1930, que pertenceu ao laboratório do farmacêutico Dr. Odin Ferreira do Amaral, formado em 1929, no curso de Farmácia da Universidade do Paraná. Nasceu em Rio Negro, PR, em 1904-1991. Em 1930 fundou em Rio Negro uma farmácia. Em 1931 voltou à Curitiba e deu continuidade ao Laboratório de Análises Clínicas - Dr. Odin Ferreira do Amaral. Em 1935 estagiou em Hematologia em Manguinhos-RJ. Esta balança é um instrumento simples, com uso de contrapesos de até algumas poucas gramas, para preparo de substâncias do laboratório, situado na Rua Marechal Deodoro, ainda hoje em atividade sob orientação do Dr. Ronald O. F. do Amaral, médico, filho do Dr. Odin Ferreira do Amaral. A melhoria da qualidade das substâncias, e a redução das quantidades necessárias para os testes, determinaram o surgimento de aparelhos mais precisos.



Dr. Odin Ferreira do Amaral

Doação:

Dr. Ronald O. F. do Amaral

Ano histórico:

Aproximadamente 1931

Para doações e correspondências: Secretaria da AMP
Telefone: (41) 3024-1415 | Fax: (41) 3242-4593
E-mail: amp@amp.org.br
Rua Cândido Xavier, 575 - 80240-280 - Curitiba/PR
Visite o Museu em nosso site: www.amp.org.br

ISSN 2238 - 2070

ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

