



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 Kastrup
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
Cleonir 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
Valdiric 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
Militino 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 Liseglé Cengia
Dr. Paulo Maurício Piá de Andrade
Dr. Luiz Henrique Furlan
Dr. Benno Kreisler
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@crmp.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. Herberto 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 Liseglé 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 Radominsk
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 Buccieri
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 Teresinha 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

ARQUIVOS do Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba

v. 30

n. 118

p. 85-144

Abr/Jun. 2013

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, 2013;30(118):85-144

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

ARTIGO

O CFM e a interrupção da gravidez <i>Florisval Meinão / Florentino Cardoso</i>	98
---	----

Aborto e descriminalização <i>Cícero Urban</i>	101
---	-----

Medicina da morte <i>Carlos Alberto Di Franco</i>	103
--	-----

Testamento vital <i>Aucélio Gusmão</i>	106
---	-----

RESOLUÇÕES CFM

Normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistidas <i>Resolução n.º 2013/2013</i>	108
---	-----

PARECERES CFM

Funcionamento de Comissões Hospitalares em unidades de saúde de gestão única <i>Mauro Luiz de Britto Ribeiro</i>	116
---	-----

Exigência de certificado de área de atuação em ecografia vascular com Doppler para realização do exame

Dalvélio de Paiva Madruga, José Albertino Souza 121

PARECERES CRM-PR

Instalação de câmeras de vigilância em UTI - violação da intimidade dos pacientes

Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque 124

Autonomia do médico em escolher especialidade que vai vincular à operadora

Roberto Issamu Yosida 127

Prática de ato anestésico: responsabilidade e prazo para avaliação

Clovis Marcelo Corso 132

Técnica de apiterapia não tem uso reconhecido

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke 137

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Armário Expositor da farmácia da Santa Casa

Ehrenfried Othmar Wittig 142

O CFM E A INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ

CFM AND TERMINATION OF PREGNANCY

*Florisval Meinão**
*Florentino Cardoso ***

Palavras-chave – *Interrupção da gravidez, autonomia, abortamento, ética, legislação.*

Keywords – *Termination of pregnancy, autonomy, abortion, ethics, legislation.*

A respeito da recente posição do Conselho Federal de Medicina (CFM) favorável à autonomia da mulher para decidir sobre a interrupção da gravidez até a sua 12.^a semana sem necessidade de autorização médica, é fundamental esclarecer que esse não é, sobremaneira, o pensamento de todos os médicos brasileiros. Em nossa visão, a Medicina é uma ciência que cuida da vida e a respeita prioritariamente.

Crianças em gestação de até 12 semanas são seres vivos. Portanto, aprovar a autonomia pura e simples da mãe sobre a interrupção da gravidez equivale a concordar com a eliminação de vidas sem maiores justificativas. Essa prática não condiz com os princípios da medicina, na opinião de parcela significativa dos médicos.

Sendo assim, consideramos precipitado o indicativo de uma entidade médica, da forma contundente como foi feito, a respeito de um tema extremamente delicado e polêmico, que deve ser amplamente debatido por toda a sociedade brasileira. Os médicos, como qualquer outro segmento social, obviamente, têm o direito de

* Florisval Meinão é presidente da Associação Paulista de Medicina.

* Florentino Cardoso é presidente da Associação Médica Brasileira

expressar suas opiniões. No entanto, por não refletir a posição consensual dos profissionais de medicina, a manifestação do CFM pode confundir a opinião pública e até mesmo prejudicar a imagem dos médicos perante a população. A atitude de desconsiderar a diversidade moral e cultural no meio médico, assim como a multiplicidade argumentativa, fere, inclusivamente, o discurso da bioética, plural e aprofundado, em torno do aborto.

Defendemos a interrupção da gravidez nos casos em que há indicação clínica, como anencefalia - malformação que causa a ausência total ou parcial do cérebro - e risco para a saúde e de morte comprovados da gestante. Ao mesmo tempo, outras situações devem ser discutidas e decididas pela sociedade, como ocorreu em relação às gestações ocasionadas por estupro, atualmente passíveis de aborto legalizado.

Interessante trabalho conjunto da Universidade de Brasília (UnB) e da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) aponta que 70% das mulheres que abortam no Brasil são escolarizadas, têm entre 20 e 29 anos, têm, no mínimo, um filho e vivem em relação estável. Portanto, esses resultados estão em desacordo com a tese de que a maioria dos procedimentos ilegais para interromper a gestação se refere a mulheres da parcela menos favorecida da população e que não tem acesso à informação.

Por sua vez, embora defenda a autonomia da mulher para realizar o aborto, a organização não governamental Católicas pelo Direito de Decidir encomendou pesquisa ao Ibope que mostrou, entre outros dados, que 59% dos entrevistados discordam da interrupção da gravidez em qualquer caso e 47% discordam da condenação de mulheres que a fazem por problemas financeiros, medo de perder o emprego e abandono do parceiro. Foram ouvidos 2.002 católicos em 140 cidades, no mês de novembro de 2010.

Vale lembrar que a autonomia da mulher sobre seu corpo - expressão citada pelo Conselho Federal de Medicina em sua recente divulgação -, primeiramente possibilita a ela utilizar métodos contraceptivos, o que é difundido em nosso país por meio da oferta de pílulas anticoncepcionais no programa Farmácia Popular e de campanhas de distribuição de preservativos, apenas para citar alguns exemplos. Já a decisão de abortar, ainda que somente até o terceiro mês de gravidez, não envolve apenas a mãe, mas, em especial, a criança. Trata-se do direito à vida.

Também é questionável o estabelecimento de um limite como 12 semanas. Muitos de nós se perguntam qual é a diferença entre um feto de 12 semanas, 13 semanas ou 40 semanas. Outros vão além, inquirindo sobre o que diferencia um bebê em gestação de outro que já nasceu, tendo em vista que todos os nossos sentidos se desenvolvem dentro do útero materno, assim como as nossas primeiras percepções.

O argumento de que a medida - a liberação do aborto em gestações de até 12 semanas - evitaria as graves consequências dos procedimentos clandestinos é insuficiente para justificá-la. Esse é um desafio permeado por diversas determinantes sociais, que precisa ser enfrentado pela sociedade. Não pode, no entanto, ser reduzido à decisão simplista de permitir a eliminação de vidas de maneira irrestrita. O respeito à vida deve sempre nortear esse debate.

De acordo com o Ministério da Saúde, o Brasil dispõe de 138 serviços de interrupção legal da gravidez e está sendo reforçado o acolhimento, por equipes multidisciplinares, de pacientes que se tenham submetido a práticas inseguras de aborto. Pretende-se avançar, ainda, no planejamento familiar. Medicamentos orais e injetáveis de contracepção e dispositivos intrauterinos (os DIUs) são distribuídos gratuitamente, enquanto o serviço público também oferece laqueadura de trompas e vasectomia nos casos em que são indicados. Ações como essas têm de ser reforçadas continuamente.

No processo de reforma do Código Penal, em trâmite no Congresso Nacional, esperamos que sejam preservados os pontos de vista de todos os médicos brasileiros no que se refere a esse tema. Os parlamentares e juristas que se debruçam sobre a questão devem oferecer oportunidades equânimes para que os profissionais de medicina se expressem em suas diferentes visões.

É importante que o debate tenha participação efetiva de todos os médicos, associações de especialidades médicas e outras entidades representativas, juntamente com os demais setores da sociedade. Só assim poderemos enriquecer as variadas argumentações, levando a uma reflexão madura e pautada nos aspectos científicos, éticos, morais, religiosos, culturais e sociais, como deve ser numa democracia como a nossa.

ABORTO E DESCRIMINALIZAÇÃO

ABORTION AND DECRIMINALIZATION

Cícero Urban*

Palavras-chave – *Aborto, descriminalização, religião, interrupção da gravidez.*

Keywords – *Abortion, decriminalization, religion, termination of pregnancy.*

“Sócrates, você pode me dizer se a virtude é adquirida pelo ensino ou pela prática, ou nem pelo ensino e nem pela prática, ou se ela já vem pela natureza humana ou outro caminho?”, pergunta Meno, no diálogo escrito por Platão. Sócrates, pelo que se sabe, não respondeu a essa questão.

O aborto voluntário sempre existiu, não é um problema recente. Contudo, historicamente, nas grandes civilizações, ele foi julgado como negativo. O próprio juramento de Hipócrates é muito claro em sua proibição. Apenas na nossa época é que um forte movimento de opinião tem procurado induzir a uma revisão cultural em prol da descriminalização e da legitimação, caminho que a proposta do novo Código Penal traça para o Brasil.

A finalidade alegada tanto para a descriminalização quanto para a legitimação é a de respeitar a autodeterminação da mulher e evitar os abortos clandestinos. Porém, no caso do aborto, corre-se o risco de tornar a autonomia um valor mais importante

*Médico oncologista e mastologista, é professor titular das disciplinas de Bioética e Metodologia Científica no curso de Medicina e na pós-graduação da Universidade Positivo e vice-presidente do Instituto Ciência e Fé.

que o direito à vida do filho. Este, de fato, é o grande dilema: a interrupção voluntária da gravidez pode prevalecer sobre o destino de um terceiro (o do filho)?

Os abortos clandestinos são um mal a ser combatido. Mas seria ingênuo acreditar que, para isso, bastaria legalizar a sua prática – mesmo porque o aborto clandestino persiste até em países onde ele é legalizado há muito tempo. Mulheres que não querem perder a sua “honra social” continuam a evitar os serviços públicos. Defender a legalização de algo eticamente inaceitável é como acreditar que, ao legalizar o furto, possamos também reduzir os homicídios. O grande problema está na coerência ética. Se realmente se trata de um mal, não pode ser aceito no nosso país.

A defesa do aborto voluntário não é um consenso na nossa sociedade. Os médicos estariam dispostos a realizá-lo? Devemos ensinar técnicas abortivas em detalhes aos futuros médicos? Suspendemos o milenar juramento de Hipócrates das nossas formaturas? Quanto o médico poderá receber por um aborto? Menos que por uma cirurgia para extirpação de um tumor, mas mais que uma cirurgia para a correção de uma hérnia? Menos que por um parto normal?

A vida é um valor muito forte, mesmo que não absoluto. Podemos citar como exceções a legítima defesa, a pena de morte ou o sacrifício pessoal em detrimento de outrem. Mas a natureza humana, uma vez identificada como existente no embrião, o torna alguém que é (não “se torna”) e merece viver, e este direito deve ser preservado. A medicina trairá seus princípios mais fundamentais a partir do momento em que começar a promover a morte.

A medicina tem uma moralidade interna que lhe é própria. As virtudes no médico são a sua predisposição para fazer o bem. Edmund Pellegrino, um dos maiores bioeticistas americanos, as coloca em vários aspectos: fidelidade à verdade, compaixão, temperança, integridade e humildade. Em nenhuma delas o aborto pode ser inserido. Com ele, o médico perde sua posição de respeito, sustentação e defesa pela vida. Perde o sentido maior de sua profissão.

Quem ainda tiver dúvidas da beleza e da intangibilidade da vida humana desde o seu princípio ainda não assistiu a uma ultrassonografia fetal. Dispensa o discurso religioso ou a retórica política. A virtude, seja pela natureza ou pela prática, é tão humana quanto o embrião.

MEDICINA DA MORTE

DEATH MEDICINE

Carlos Alberto Di Franco*

Palavras-chave – *Embrião, vida, interrupção da gravidez, ética, legislação.*

Keywords – *Embryo, life, termination of pregnancy, ethics, legislation.*

Título forte, polêmico? Não, caro leitor. É a expressão concreta do sentimento de milhões de brasileiros diante de recente proposta feita pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) para a liberação do aborto até a 12a semana de gestação. O presidente do CFM, Roberto D'Ávila, na defesa de uma decisão que está em rota de colisão com a ética médica, esgrime argumentos que não param em pé. "Vivemos em um Estado laico. Seria ótimo que as decisões fossem adotadas de acordo com o que a sociedade quer e não como o que alguns grupos permitem." A estratégia de empurrar os defensores da vida para o córner do fundamentalismo religioso já não cola.

Um embrião e um feto (e querem promover o aborto no terceiro mês da gravidez) são também uma pessoa, tanto do ponto de vista científico como filosófico. É falsa a afirmação de que o feto faz parte do corpo da mãe, e de que a mãe pode abortar por ter direito sobre o seu próprio corpo. Na verdade, a mãe é a hospedeira, protetora

*Diretor do Departamento de Comunicação do Instituto Internacional de Ciência Sociais e doutor em Comunicação pela Universidade de Navarra.

e nutriz de um novo ser diferente dela, um outro indivíduo. Biologicamente, o ser que está aconchegado dentro do seio da mãe é idêntico ao que estará sentado no seu colo com três meses ou à mesa com ela quando tiver 15, 20 ou 50 anos de idade. O embrião é distinto de qualquer célula do pai ou da mãe; em sua estrutura genética, é “humano”, não um simples amontoado de células caóticas; e é um organismo completo, ainda que imaturo, que – se for protegido matematicamente de doenças e violência –, se desenvolverá até o estágio maduro de um ser humano.

Aprovar a autorização legal para abortar, como bem comentam os filósofos Robert P. George e Christopher Tollefsen, em seu livro “Embryo: A defense of Human Life”, é dar licença para matar uma certa classe de seres humanos como meio de beneficiar outros. Defender os direitos de um feto é a mesma coisa que defender uma pessoa contra uma injusta discriminação, a discriminação dos que pensam que existem alguns seres humanos que devem ser sacrificados por um bem maior. Aí está exatamente o cerne da questão, que nada tem a ver com princípios religiosos nem com a eventual crença na existência da alma.

Hoje, o que está sendo questionado não é tanto a realidade biológica, inegável, a que acabo de me referir; é coisa muito mais séria: o próprio conceito de “humano” ou de “pessoa”. Trata-se, portanto, de uma pergunta de caráter filosófico e jurídico: quando se pode afirmar de um embrião ou de um feto que é propriamente humano e, portanto, detentor de direitos, a começar pelo direito à vida?

O desencontro das respostas científicas – evidente – acaba deixando a questão sem um inequívoco suporte da ciência. Fala-se de tantos dias, de tantos meses de gravidez...E se chega até a afirmar, como já foi feito entre nós, que só somos seres humanos quando temos autoconsciência. Antes disso, só material descartável ou útil para laboratório. Mas, será que um bebê de dois meses ou de dois anos tem “autoconsciência”?

Perante essa perplexidade, é lógico que se acabe optando pelo juridicismo. Cada vez mais, cientistas e juristas vêm afirmando que quem deve decidir o momento em que começamos a ser humanos e, em consequência, a termos direito inviolável à vida, é a lei de cada país. É isso que querem fazer: embutir o aborto na reforma do Código Penal. Ora essas leis, por pouca informação que se tenha, variam de

um país para outro e dependem apenas – única e exclusivamente –, de acordos, do consenso a que chegarem os legisladores. Em muitos casos, mais do que uma questão de princípios, decidir-se-á por uma questão de pressões, ou por complexos comparativos, isto é, pelo argumento de que não podemos ficar atrás dos critérios legais seguidos pelos países desenvolvidos. Mas nem pressões nem complexos parecem valores válidos para decidir sobre vidas humanas.

Quanto ao “consenso por interesse”, é útil recordar que fruto dele foi a legislação que, durante séculos, definiu que uma raça ou um povo são legalmente infra-humanos e que, portanto, podem ser espoliados de direitos e tratados como “coisas”, também para benéficas experiências científicas: é o caso do apartheid dos negros na África do Sul e dos judeus aviltados e trucidados pela soberania “democrática” nazista.

O juridicismo, hoje prevalente, equivale a prescindir de qualquer enfoque filosófico e naufragar nas águas sempre mutáveis do relativismo. Nada tem um valor consistente, tudo depende do “consenso” dos detentores do poder, movidos a pressões de interesses. Mas se é para falar de consenso democrático, todas as pesquisas, sem exceção, têm sido uma ducha de água fria na estratégia pró-aborto. O brasileiro é contra o aborto. Não se trata apenas de uma opinião, mas de um fato medido em sucessivas pesquisas de opinião. O CFM, representando uma minoria, está promovendo uma ação nitidamente antidemocrática.

Não obstante a força do marketing emocional que apoia as campanhas pró-aborto, é preocupante o veneno antidemocrático que está no fundo dos slogans abortistas. Não se compreende de que modo obteremos uma sociedade mais justa e digna para seres humanos (os adultos) por meio da morte de outros (as crianças não nascidas).

Além disso, não sei como o CFM consegue articular sua proposta pró-aborto com o juramento hipocrático? A posição da atual diretoria do Conselho Federal de Medicina, tal como amplamente veiculada pelos meios de comunicação, não parece condizer com o compromisso sobre o qual todos os médicos, velhos ou novos, algum dia juraram. Não creio que o Conselho Federal de Medicina represente o pensamento daqueles que, um dia, prometeram solenemente empenhar sua profissão, seu saber e sua ciência na defesa da vida.

TESTAMENTO VITAL

LIVING WILL

*Aucélio Gusmão**

Palavras-chave – *Testamento, vida, autonomia, vontade, paciente terminal, legislação.*

Keywords – *Testament, life, autonomy, will, terminal patient, legislation.*

Há apenas um significado para vida, o próprio ato de viver. O tema acima abre um novo e pertinente debate. O paciente terminal pode determinar os limites do tratamento que aceita ser submetido, ou seja, pode manifestar sua vontade nas decisões terapêuticas, dividindo a responsabilidade da escolha.

Pesquisa realizada por professores e alunos da Universidade do Oeste de Santa Catarina, Curso de Medicina, onde se ouviu médicos, advogados e estudantes a propósito de como se sentiriam ante a possibilidade do paciente terminal, sobre os limites dos cuidados médicos que estavam dispostos a se submeter, demonstrou o seguinte resultado: 61% levariam em conta e aceitariam. Em outros países que fizeram pesquisas semelhantes, este nível de aprovação chegou a 90%. A leitura que podemos fazer é de que os avanços científicos e tecnológicos devem ser adotados com parcimônia, sem exageros, nem tanto nem tão pouco, numa primeira visão avaliativa.

O realce do entendimento fica por conta de que “não se justifica prolongar um sofrimento desnecessário, em detrimento a qualidade de vida do ser humano”, como enxergou o CFM - Conselho Federal de Medicina - expresso na resolução 1995/2012.

Neste documento, os legisladores do CFM tiveram cuidado de definir três questões. A primeira, a decisão do paciente deve ser feita antecipadamente, isto é, antes de ingressar na fase crítica. A segunda, que o paciente ao decidir esteja plenamente

* Médico anesthesiologista e presidente da Federação das Unimeds do Estado da Paraíba.

consciente e, finalmente, que sua manifestação prevaleça sobre a vontade dos parentes e dos médicos que o assistem.

Isto passou a ser denominado Testamento Vital. O grande juízo a propósito é de como nos sentiríamos, se fôssemos o paciente, sabedores da inexistência da cura e do provável agravamento do quadro patológico? Com ele algumas atitudes da classe médica terão que ser repensadas. Para o Dr. Renato Afonso Junior, Diretor Clínico do Hospital do câncer de Barretos – SP, o grande desafio da prática médica é vencer a doença e não a morte.

Fato é que não existe consenso diante da terminalidade da vida. Louve-se a coragem do CFM encampar a discussão. Respeitar a posição daqueles adeptos dos cuidados paliativos é algo consagrado, por ser cultural, seguir a tradição “quem decide o que vou fazer no meu paciente, sou eu”, o que certamente demandará algum tempo para unificação das condutas. Na verdade, o grande ganho da Resolução 1995/2012-CFM é colocar o próprio paciente, parentes, e claro, o médico assistente no palco das decisões, onde tudo deve ser pactuado e feito, consagrado documentalmente.

A controvérsia maior é que como a Resolução é recente, carece de regulamentação no Código Civil, local onde ainda não foi recepcionada. Os médicos que seguirem a mesma não serão naturalmente considerados negligentes. As Resoluções do CFM, embora não tenha força de lei, são consideradas como mandatárias para os médicos. Ao desobedecê-las, pode ser interpretado como quebra do Código de Ética Médica, podendo acarretar sérios contratempos, até cassação da permissão para exercer a Medicina.

Em decorrência, de certeza, muitas celeumas, discussões e ações judiciais acontecerão por divergências entre as partes. Ao médico será obrigatório, nestes casos, esclarecer aos circunstantes sem arroudeios com a maior clareza possível, quais serão as consequências que advirão da decisão e quais as chances efetivas de cura do paciente.

O debate está levantado, restando trabalhar para inclusão no Código Civil. Sem que signifique sinalização para resolver o problema da deficiência de leitos de UTI no país, cabe uma indagação: quantos leitos de UTI estão ocupados por pacientes, sem a mínima qualidade de vida, sustentados por aparelhos e drogas?

O Código de Ética Médica é o catecismo da arte médica. Cumprindo ele, haverá proteção legal e ética. A arte da vida consiste em fazer da mesma uma obra de arte.

NORMAS ÉTICAS PARA UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDAS

ETHICAL STANDARDS FOR THE USE OF ASSISTED REPRODUCTION TECHNIQUES

* CFM

Palavras-chave – *Reprodução assistida, dispositivo deontológico, atualização normativa, Revogação da Resolução CFM 1.957/10.*

Keywords – *Assisted reproduction, deontological device, Update rules, Revocation of CFM 1.957/10 Resolution.*

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

CONSIDERANDO a importância da infertilidade humana como um problema de saúde, com implicações médicas e psicológicas, e a legitimidade do anseio de superá-la;

CONSIDERANDO que o avanço do conhecimento científico já permite solucionar vários casos de problemas de reprodução humana;

CONSIDERANDO que o pleno do Supremo Tribunal Federal, na sessão de julgamento de 5.5.2011, reconheceu e qualificou como entidade familiar a união estável homoafetiva (ADI 4.277 e ADPF 132);

CONSIDERANDO a necessidade de harmonizar o uso destas técnicas com os princípios da ética médica;

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 16 de abril de 2013,

RESOLVE:

Art. 1º Adotar as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos.

Art. 2º Revoga-se a Resolução CFM nº 1.957/10, publicada no D.O.U. de 6 de janeiro de 2011, Seção I, p. 79, e demais disposições em contrário.

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

Brasília, 16 de abril de 2013.

ROBERTO LUIZ D'AVILA

Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-geral

NORMAS ÉTICAS PARA A UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

I - PRINCÍPIOS GERAIS

1 - As técnicas de reprodução assistida (RA) têm o papel de auxiliar a resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação.

2 - As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista probabilidade efetiva de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para a paciente ou o possível descendente, e a idade máxima das candidatas à gestação de RA é de 50 anos.

3 - O consentimento informado será obrigatório para todos os pacientes submetidos às técnicas de reprodução assistida. Os aspectos médicos envolvendo a totalidade das circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, bem como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico. O documento de consentimento informado será elaborado em formulário especial e estará completo com a concordância, por escrito, das pessoas a serem submetidas às técnicas de reprodução assistida.

4 - As técnicas de RA não podem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo (presença ou ausência de cromossomo Y) ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto quando se trate de evitar doenças ligadas ao sexo do filho que venha a nascer.

5 - É proibida a fecundação de oócitos humanos, com qualquer outra finalidade que não a procriação humana.

6 - O número máximo de oócitos e embriões a serem transferidos para a receptora não pode ser superior a quatro. Quanto ao número de embriões a serem transferidos faz-se as seguintes recomendações: a) mulheres com até 35 anos: até 2 embriões; b) mulheres entre 36 e 39 anos: até 3 embriões; c) mulheres entre 40 e 50 anos: até 4 embriões; d) nas situações de doação de óvulos e embriões, considera-se a idade da doadora no momento da coleta dos óvulos.

7 - Em caso de gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de RA, é proibida a utilização de procedimentos que visem a redução embrionária.

II - PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA

1 - Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre a mesma, de acordo com a legislação vigente.

2 - É permitido o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito da objeção de consciência do médico.

III - REFERENTE ÀS CLÍNICAS, CENTROS OU SERVIÇOS QUE APLICAM TÉCNICAS DE RA

As clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA são responsáveis pelo controle de doenças infectocontagiosas, coleta, manuseio, conservação, distribuição, transferência e descarte de material biológico humano para a paciente de técnicas de RA, devendo apresentar como requisitos mínimos:

1 - um diretor técnico responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados, que será, obrigatoriamente, um médico registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição;

2 - um registro permanente (obtido por meio de informações observadas ou relatadas por fonte competente) das gestações, nascimentos e malformações de fetos ou recém-nascidos, provenientes das diferentes técnicas de RA aplicadas na unidade em apreço, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e embriões;

3 - um registro permanente das provas diagnósticas a que é submetido o material biológico humano que será transferido aos pacientes das técnicas de RA, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças;

4 - Os registros deverão estar disponíveis para fiscalização dos Conselhos Regionais de Medicina.

IV - DOAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

1 - A doação nunca terá caráter lucrativo ou comercial.

2 - Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.

3 - A idade limite para a doação de gametas é de 35 anos para a mulher e 50 anos para o homem.

4 - Obrigatoriamente será mantido o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores. Em situações especiais, as informações sobre doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do doador.

5 - As clínicas, centros ou serviços que empregam a doação devem manter, de forma permanente, um registro de dados clínicos de caráter geral, características

fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores, de acordo com a legislação vigente.

6 - Na região de localização da unidade, o registro dos nascimentos evitará que um(a) doador(a) tenha produzido mais que duas gestações de crianças de sexos diferentes, numa área de um milhão de habitantes.

7 - A escolha dos doadores é de responsabilidade da unidade. Dentro do possível, deverá garantir que o doador tenha a maior semelhança fenotípica e imunológica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora.

8 - Não será permitido ao médico responsável pelas clínicas, unidades ou serviços, nem aos integrantes da equipe multidisciplinar que nelas prestam serviços, participarem como doadores nos programas de RA.

9 - É permitida a doação voluntária de gametas, bem como a situação identificada como doação compartilhada de oócitos em RA, onde doadora e receptora, participando como portadoras de problemas de reprodução, compartilham tanto do material biológico quanto dos custos financeiros que envolvem o procedimento de RA. A doadora tem preferência sobre o material biológico que será produzido.

V - CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

1 - As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, óvulos e embriões e tecidos gonádicos.

2 - O número total de embriões produzidos em laboratório será comunicado aos pacientes, para que decidam quantos embriões serão transferidos a fresco, devendo os excedentes, viáveis, serem criopreservados.

3 - No momento da criopreservação os pacientes devem expressar sua vontade, por escrito, quanto ao destino que será dado aos embriões criopreservados, quer em caso de divórcio, doenças graves ou falecimento de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los.

4 - Os embriões criopreservados com mais de 5 (cinco) anos poderão ser descartados se esta for a vontade dos pacientes, e não apenas para pesquisas de células-tronco, conforme previsto na Lei de Biossegurança.

VI - DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTAÇÃO DE EMBRIÕES

1 - As técnicas de RA podem ser utilizadas acopladas à seleção de embriões submetidos a diagnóstico de alterações genéticas causadoras de doenças.

2 - As técnicas de RA também podem ser utilizadas para tipagem do sistema HLA do embrião, com o intuito de seleção de embriões HLA-compatíveis com algum filho(a) do casal já afetado por doença, doença esta que tenha como modalidade de tratamento efetivo o transplante de células-tronco ou de órgãos.

3 - O tempo máximo de desenvolvimento de embriões "in vitro" será de 14 dias.

VII - SOBRE A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (DOAÇÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO)

As clínicas, centros ou serviços de reprodução humana podem usar técnicas de RA para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética ou em caso de união homoafetiva.

1 - As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família de um dos parceiros num parentesco consanguíneo até o quarto grau (primeiro grau - mãe; segundo grau - irmã/avó; terceiro grau - tia; quarto grau - prima), em todos os casos respeitada a idade limite de até 50 anos.

2 - A doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.

3 - Nas clínicas de reprodução os seguintes documentos e observações deverão constar no prontuário do paciente:

- Termo de Consentimento Informado assinado pelos pacientes (pais genéticos) e pela doadora temporária do útero, consignado. Obs.: gestação compartilhada entre homoafetivos onde não existe infertilidade;

- relatório médico com o perfil psicológico, atestando adequação clínica e emocional da doadora temporária do útero;

- descrição pelo médico assistente, pormenorizada e por escrito, dos aspectos médicos envolvendo todas as circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA, com dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico, bem como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta;

- contrato entre os pacientes (pais genéticos) e a doadora temporária do útero (que recebeu o embrião em seu útero e deu à luz), estabelecendo claramente a questão da filiação da criança;
- os aspectos biopsicossociais envolvidos no ciclo gravídico-puerperal;
- os riscos inerentes à maternidade;
- a impossibilidade de interrupção da gravidez após iniciado o processo gestacional, salvo em casos previstos em lei ou autorizados judicialmente;
- a garantia de tratamento e acompanhamento médico, inclusive por equipes multidisciplinares, se necessário, à mãe que doará temporariamente o útero, até o puerpério;
- a garantia do registro civil da criança pelos pacientes (pais genéticos), devendo esta documentação ser providenciada durante a gravidez;
- se a doadora temporária do útero for casada ou viver em união estável, deverá apresentar, por escrito, a aprovação do cônjuge ou companheiro.

VIII - REPRODUÇÃO ASSISTIDA POST-MORTEM

É possível desde que haja autorização prévia específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado, de acordo com a legislação vigente.

IX - DISPOSIÇÃO FINAL

Casos de exceção, não previstos nesta resolução, dependerão da autorização do Conselho Regional de Medicina.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.013/13

No Brasil, até a presente data não há legislação específica a respeito da reprodução assistida. Transitam no Congresso Nacional, há anos, diversos projetos a respeito do assunto, mas nenhum deles chegou a termo.

Considerando as dificuldades relativas ao assunto, o Conselho Federal de Medicina produziu uma resolução – Resolução CFM nº 1.957/10 – orientadora dos médicos quanto às condutas a serem adotadas diante dos problemas decorrentes da prática da reprodução assistida, normatizando as condutas éticas a serem obedecidas no exercício das técnicas de reprodução assistida.

A Resolução CFM nº 1.957/10 mostrou-se satisfatória e eficaz, balizando o controle dos processos de fertilização assistida. No entanto, as mudanças sociais e a constante e rápida evolução científica nessa área tornaram necessária a sua revisão.

Uma insistente e reiterada solicitação das clínicas de fertilidade de todo o país foi a abordagem sobre o descarte de embriões congelados, alguns até com mais de 20 (vinte) anos, em abandono e entulhando os serviços. A comissão revisora observou que a Lei de Biossegurança (Lei nº 11.105/05), em seu artigo 5º, inciso II, já autorizava o descarte de embriões congelados há 3 (três) anos, contados a partir da data do congelamento, para uso em pesquisas sobre células-tronco. A proposta é ampliar o prazo para 5 (cinco) anos, e não só para pesquisas sobre células-tronco.

Outros fatores motivadores foram a falta de limite de idade para o uso das técnicas e o excessivo número de mulheres com baixa probabilidade de gravidez devido à idade, que necessitam a recepção de óvulos doados.

Esses aspectos geraram dúvidas crescentes oriundas dos Conselhos Regionais de Medicina, provocando a necessidade de atualizações.

O somatório dos fatores acima citados foi estudado pela comissão, em conjunto com representantes da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana e Sociedade Brasileira de Genética Médica, sob a coordenação do conselheiro federal José Hiran da Silva Gallo.

Esta é a visão da comissão formada, que trazemos à consideração do plenário do Conselho Federal de Medicina.

Brasília-DF, 16 de abril de 2013.

JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO

Coordenador da Comissão de Revisão da Resolução CFM nº 1.358/92 – Reprodução Assistida

Resolução CFM n.º 2013/2013

Resolução aprovada

Sessão Plenária de

Publicada no D.O.U. de 09/05/2013, Seção I, Página 119.

FUNIONAMENTO DE COMISSÕES HOSPITALARES EM UNIDADES DE SAÚDE DE GESTÃO ÚNICA

OPERATION OF HOSPITAL COMMITTEES IN HEALTH UNITS OF SINGLE MANAGEMENT

*Mauro Luiz de Britto Ribeiro**

Palavras-chave – *Comissão de revisão, hospital, ética médica, óbito, controle de infecção.*

Keywords – *Review committee, hospital, medical ethics, death, infection control*

CONSULTA

A presidência do CREMEPE solicita posicionamento do Conselho Federal de Medicina em relação ao funcionamento das Comissões Hospitalares (Ética Médica, Revisão de Prontuários, Revisão de Óbito e Controle de Infecção) nas oito Unidades de Pronto Atendimento – UPA's e Unidades Hospitalares Metropolitanas, que funcionam sob a gestão do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP.

* Conselheiro parecerista CFM

O PARECER

Abordaremos a necessidade de implantação das seguintes Comissões:

- A) Ética Médica
- B) Revisão de Prontuários
- C) Revisão de óbito
- D) Controle de Infecção 2

A) Comissão de Ética Médica

A Resolução CFM nº 1657/2002 (Alterada pela Resolução CFM nº 1812/2007) estabelece no art. 1º:

“Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas que se exerçam a medicina, ou sob cuja égide se exerça a medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu Corpo Clínico, conforme previsto em seus Regimentos Internos, Comissões de Ética nos termos desta Resolução.”

Fica claro na Resolução a obrigatoriedade de que cada Unidade de Saúde tenha sua própria Comissão de Ética, ainda que sob a gestão de uma única entidade, como um braço do Conselho Regional de Medicina no local, assim agilizando as apurações das possíveis infrações éticas ocorridas no local.

B) Comissão de Revisão de Prontuários

A Resolução CFM nº 1638/2002 estabelece:

“Art. 3º - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.”

“Art. 4º - A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.”

A Resolução determina que é obrigatória a criação da Comissão de Revisão de

Prontuários nas Unidades de Saúde de forma individual, inclusive, se for o caso, com eleição pelo Corpo Clínico, o que se justifica pelo fato do trabalho da Comissão ser voltado exclusivamente para o local onde atua.

Em relação ao questionamento de que a ficha de atendimento existente nas UPA's não caracterizar Prontuário Médico, este não se sustenta frente ao que estabelece a mesma Resolução no artigo 1º:

“**Art. 1º** - Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.”

Assim, fichas de atendimento em postos de saúde ou ambulatoriais, e documentos médicos de pacientes internados em hospitais, configuram Prontuário Médico, e devem, obrigatoriamente, seguir a normatização legal existente em relação ao sigilo e guarda dos mesmos.

C) Comissão de Revisão de Óbito

As Resoluções CREMERJ nº 40/1992, CREMEPE nº 02/2005, CREMESP Nº 114/2005, CRM/PB nº 138/2009 e CREMERN nº 002/2011 tornam obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Óbitos em estabelecimentos hospitalares, no âmbito de suas jurisdições.

Na legislação federal encontramos a Portaria MS nº 170 de 17 de dezembro de 1993, que estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para o credenciamento em alta complexidade em oncologia; a Portaria Interministerial MS/MEC nº 1000 de 15 de abril de 2004, que estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para os hospitais de ensino; a Portaria MS/GM nº 1405 de 29 de junho de 2006, que instituiu a rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimentos da Causa Mortis; e a Portaria MS nº 3123 de dezembro de 2006, que estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para o Processo de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde.

A Comissão de Revisão de Óbitos é instrumento indispensável para o estudo epidemiológico dos óbitos ocorridos nas Unidades de Saúde, além de permitir a

correção e aprimoramento de deficiências ocorridas na assistência ao paciente.

Deve ser implantada obrigatoriamente em cada Unidade de Saúde, devido à importância do estudo individualizado dos óbitos ocorridos nas mesmas.

D) Comissão de Controle de Infecção

A Portaria MS nº 196, de 24 de junho de 1993, instituiu a implantação das Comissões de Controle de Infecções Hospitalares em todos os hospitais do país independente de sua natureza jurídica, física, de direito público ou privado.

A Lei nº 9.431, de 6 de Janeiro de 1997, normatiza a questão. Estabelece: “Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País”, dos quais é válido transcrever os seguintes artigos:

“Art. 1º Os hospitais do País são obrigados a manter Programa de Controle de infecções Hospitalares - PCIH. § 1º Considera-se programa de controle de infecções hospitalares, para os efeitos desta Lei, o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. § 2º Para os mesmos efeitos, entende-se por infecção hospitalar, também denominada institucional ou nosocomial, qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização.”

“Art. 2º Objetivando a adequada execução de seu programa de controle de infecções hospitalares, os hospitais deverão constituir: I – Comissão de Controle de Infecções hospitalares”.

Esta lei foi complementada pela Portaria do Ministério da Saúde 2616/MS/GM de 12 de maio de 1998 que estabelece as normas de funcionamento das Comissões de Infecção Hospitalares.

De acordo com a lei, o Programa de Controle de Infecção Hospitalar se constitui no conjunto de ações desenvolvidas de forma deliberada e sistemática, tendo como objetivo a redução possível da incidência e gravidade das infecções nosocomiais, portanto, se caracterizando como um processo dinâmico no ambiente de uma Unidade de Saúde.

O Parecer CRM-MS nº 17/2004, referente ao Processo Consulta CRM-MS nº

06/2004 tendo como "Assunto: Infecção hospitalar, CCIH", estabeleceu: "Historicamente, no Brasil, o Controle de Infecções Hospitalares, teve seu maior referencial com a Portaria MS nº 196, de 24 de junho de 1993, que instituiu a implantação das Comissões de Controle de Infecções Hospitalares em todos os hospitais do país independente de sua natureza jurídica, física, de direito público ou privado. Na ocasião o Ministério da Saúde optou por treinar os profissionais de saúde credenciando Centros de Treinamento (CTs), para ministrar cursos de Introdução ao Controle de Infecção Hospitalar. Em 12 de maio de 1998, através da Portaria 2616/MS/GM, ficam estabelecidas as diretrizes gerais do Programa de Controle de Infecções Hospitalares, delineados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e novo impulso foi dado no sentido de enfrentar a problemática das infecções relacionadas à assistência".

Por todo o exposto, e sobretudo pela importância da Comissão de Infecção, e pelo que normatiza a lei 9431 § 2º que define infecção hospitalar também como institucional ou nosocomial, e que pode se manifestar após o paciente ser liberado, fica claro a obrigatoriedade da implantação das mesmas em todas as Unidades de Saúde, aí incluídas as UPA's, que cada vez mais atendem a pacientes graves, e cuja permanência nestas unidades aumentam a cada dia, em virtude da dificuldade de acesso às Unidades Hospitalares de referência.

Em resposta à consulta, é obrigatória a implantação das Comissões de Ética Médica, de Revisão de Prontuários, de Revisão de Óbito e de Controle de Infecção de maneira individual em cada uma das UPA's e Unidades Hospitalares Metropolitanas que funcionam sob gestão única do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP.

É o parecer. SMJ.

Brasília-DF, 10 de janeiro de 2013.

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO

Conselheiro Parecerista CFM

Processo-Consulta n.º 45/11

Parecer CFM nº 04/13

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 10/01/2013

EXIGÊNCIA DE CERTIFICADO DE ÁREA DE ATUAÇÃO EM ECOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER PARA REALIZAÇÃO DO EXAME

REQUIREMENT FOR CERTIFICATE OF COVERAGE AREA IN
ULTRASOUND VASCULAR DOPPLER TO PERFORM THE EXAM

*Dalvélio de Paiva Madruga**
*José Albertino Souza**

Palavras-chave – *Infração ética, competência, representação, princípio do contraditório, área de atuação, doppler vascular, credenciamento.*

Keywords – *Ethical breach, competence, performance, adversarial principle, area, vascular ultrasound accreditation.*

CONSULTA

Consulente, através de correspondência eletrônica, relata que a Unimed fez solicitação para que apresente certificado de área de atuação em “Doppler Vascular” para continuar realizando estes exames para a cooperativa.

Aduz que é titulado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia desde 1993 na especialidade: “Diagnóstico por Imagem – atuação exclusiva em Ultrassonografia Geral” e que foi registrado no CRM.

Argumenta que desde esta época realiza para todos os convênios, inclusive a Unimed, este tipo de exame.

Entendia que o termo US geral, como tal, incluía as áreas de atuação criadas para o método que já exercia (tocoginecologia e doppler vascular entre elas).

Alega que se estruturou em torno dos exames vasculares, inclusive com investimento pesado em equipamentos, livros e cursos.

*Conselheiros Relatores CFM.

Não apresenta a correspondência que teria sido enviada pela Unimed.

Faz o seguinte questionamento:

“1 – É ético uma cooperativa médica exigir dele esta área de atuação?”

2- É ético que esta solicitação seja feita um ano e meio antes de ter possibilidade de adquirir o referido papel?”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Em tese, a questão envolve o disposto na legislação que aborda a autonomia profissional do médico, resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) que normatizam o registro de qualificação de especialidades e áreas de atuação, anúncio e divulgação, descredenciamento médico e Código de Ética Médica (CEM).

A Constituição Federal expressa em seu artigo 5º, inciso XIII, que:

“É livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer.”

A Lei nº 3.268/57, estabelece:

“Art. 17 - Os médicos poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer dos seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas do Ministério. da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.”

O Conselho Federal de Medicina (CFM) em PC CFM nº 21/10, da lavra do Cons. Renato Moreira Fonseca, assim se manifestou:

“O médico devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina está apto ao exercício legal da medicina, em qualquer de seus ramos; no entanto, só é lícito o anúncio de especialidade médica àquele que registrou seu título de especialista no Conselho.”

A Resolução CFM nº 1852/2008 estabelece que:

“Art. 1º É vedado o desligamento de médico vinculado por referenciamento, credenciamento ou associação à Operadora de Plano de Saúde, exceto por decisão motivada e justa, garantindo-se ao médico o direito de defesa e do contraditório no âmbito da operadora.”

A Res. CFM nº 1701/2003 atualizada pela Res. CFM nº 1974/2011 estabelece os critérios norteadores da propaganda em Medicina e o reconhecimento de

especialidades médicas está normatizado em Resoluções específicas mediante convênio firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

O art. 115 do CEM em vigor, veda ao médico:

“Art. 115. Anunciar títulos científicos que não possa comprovar e especialidade ou área de atuação para a qual não esteja qualificado e registrado no Conselho Regional de Medicina.” (grifo nosso)

CONCLUSÃO

A normatização ética que envolve a questão, em tese, está explicitada no bojo do parecer e pode ser acessada na íntegra no endereço eletrônico do CFM (www.portalmedico.org.br). No entanto, as respostas específicas aos quesitos formulados estão prejudicadas, pois o consulente relata um caso concreto com partes definidas e ao final quer saber se é ético, ou seja, se há infração ética.

A competência para apreciar possíveis infrações éticas é atribuída ao Conselho Regional de Medicina do local da ocorrência dos fatos, em procedimento específico mediante representação e o devido contraditório.

Portanto, caso o consulente entenda que possa haver infringência a alguma norma ética deve ofertar denúncia no CRM da jurisdição de onde ocorreu o fato, órgão competente para decidir pela ocorrência ou não de infração ética em nível de primeira instância.

É o parecer. SMJ.

Brasília, 19 de abril de 2013.

DALVÉLIO DE PAIVA MADRUGA

Conselheiro relator

JOSÉ ALBERTINO SOUZA

Conselheiro relator

Processo-Consulta n.º 69/12

Parecer CFM n.º 09/13

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 19/04/2013

INSTALAÇÃO DE CÂMERAS DE VIGILÂNCIA EM UTI - VIOLAÇÃO DA INTIMIDADE DOS PACIENTES

INSTALLATION OF SURVEILLANCE CAMERAS IN THE INTENSIVE
CARE UNIT – VIOLATION OF PRIVACY OF PATIENTS

*Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque**

Palavras-chave – *Câmeras de vigilância, UTI, privacidade, inconstitucionalidade, conflito de direitos, sigilo profissional, crime.*

Keywords – *Surveillance cameras, ICU, privacy, unconstitutional, conflicting rights, medical confidentiality, crime*

CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, representante de Legislativo Municipal formula consulta com o seguinte teor:

“A Vereadora que o presente subscreve, vem à presença de Vossa Senhoria solicitar um parecer técnico sobre o projeto de Lei n.º 019/13, o qual “Dispõe sobre a obrigatoriedade da instalação de câmeras de vigilância nas Unidades de Terapia Intensiva – UTI’s, dos hospitais e demais estabelecimentos de saúde congêneres da rede pública e privada de município de paranaense, e da outras providências.”

Nunca é demais lembrar que quaisquer ações que visem implantar e incentivar o atendimento no que diz respeito à Saúde Pública, dignifica e aproxima as relações entre governantes e governados, e principalmente atender as necessidades dos nossos municípios, que realmente precisam de apoio do Poder Público.”

*Consultor jurídico do CRM-PR

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A Presidência do CRM-PR indaga desta Assessoria Jurídica a possibilidade de que nas UTI's dos Hospitais sejam instaladas câmeras de vigilância para monitoramento de pacientes, médicos, enfermeiros, ou seja, de todo o ambiente da unidade. Isso posto, faço as considerações pertinentes.

Essa consulta envolve o conflito entre os direitos de intimidade dos que labutam ou estão internados numa UTI, com o direito da direção de um Hospital de fiscalizar o exercício da Medicina naquele ambiente hospitalar, evidentemente, tendo como foco, os pacientes ali internados.

Sem dúvida que esta prerrogativa da direção do Hospital deve ser interpretada à luz de sua função social, vale dizer, para garantir que os pacientes internados na UTI sejam tratados de forma humanitária, garantindo-lhes o direito ao tratamento adequado para o quadro clínico que apresentar, tudo voltado à preservação da vida.

Além disso, o exercício desse direito deve, além de trazer os benefícios sociais que busca, que outros, tais como a intimidade e a vida privada, sejam atingidos. É o que se extrai da análise do artigo 5º, X, da Constituição Federal.

Por outro lado, o direito à intimidade dos pacientes internados em uma UTI e dos funcionários que lá labutam, deve ser analisado sobre o enfoque de que se trata, a bem da verdade, de um ambiente privado inserido, no caso, nas instalações de um Hospital.

Ora, intimidade, segundo o conceito classicamente conhecido, é o direito de alguém de não ser conhecido, em certos aspectos, por outras pessoas. É, por assim dizer, o direito ao segredo, de que outras pessoas não saibam o que somos, o que fazemos, como estamos, inclusive no que concerne as nossas mazelas.

O bem jurídico que se objetiva proteger, pelo que se conclui da prescrição constitucional a propósito do assunto, é a intimidade de cada um. Assim, é indiferente que a utilização de câmeras de circuito interno nas UTI's vise, no seu aspecto social, proteger os pacientes lá internados com a conseqüente fiscalização dos profissionais que lá trabalham. Seja como for, sempre se estará violando a intimidade daqueles que lá jazem em busca da vida, embora nem sempre isso seja possível, por melhor que possa ser o tratamento lhes dispensado.

A Constituição Brasileira dispõe, como já foi referido, que:

“[...] são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”.(art. 5º, inc. X).

A intimidade e a vida privada são erigidas na Constituição como valores humanos, na condição de direito individual e para tanto em defesa deste direito fundamental, tem que prevalecer a preocupação de preservá-las do conhecimento alheio, ainda que os que deles tenham ciência, no caso os que monitorariam as câmeras instaladas numa UTI, também estejam afeitos ao sigilo profissional, cuja violação se constitui crime, consoante dispõe o artigo 154 do Código Penal.

Destarte, não se pode negar que a permanência de um paciente na UTI é uma das situações mais dramáticas em que se coloca um ser humano, desde que se trata de um local em que sua vontade não prevalece em nenhuma hipótese, muito menos no seu aspecto físico e espiritual. A preservação dessa situação tão particular quando o ser humano se encontra totalmente indefeso, não pode ser disponibilizada a terceiros fora do ambiente da UTI, em nenhuma circunstância,

Vale lembrar ainda o disposto pelo artigo 21 do Código Civil assim regido:

“A vida privada da pessoa natural é inviolável, e o juiz, a requerimento do interessado, adotará as providências necessárias para impedir ou fazer cessar ato contrário a esta norma.” (CC, art.21).

De tudo exposto entendo que a instalação de câmeras de vigilância nas UTIs dos Hospitais, sob o aspecto jurídico constitucional e ético, violariam a intimidade dos pacientes internados, eis que esta seria a função social destas câmeras.

É o parecer. SMJ.

Curitiba, 03 de abril de 2013.

ADV. ANTONIO CELSO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE (OABPR 5026)
Consultor Jurídico CRM-PR

Processo consulta CRM-PR n.º 13/2013
PARECER CRM-PR n.º 2416/2013
Parecer aprovado
Sessão Plenária n.º 3235, de 15/04/2013

AUTONOMIA DO MÉDICO EM ESCOLHER ESPECIALIDADE QUE VAI VINCULAR À OPERADORA

DOCTOR'S AUTONOMY IN CHOOSING MEDICAL SPECIALTY
THAT WILL BIND TO THE OPERATOR

*Roberto Issamu Yosida**

Palavras-chave – *Cooperativa médica, autonomia, aspectos administrativos, pacientes internados.*

Keywords – *Medical Cooperative, autonomy, administrative aspects, hospitalized patients.*

CONSULTA

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

“Solicitação: Gostaria de parecer desta casa devido surgimento de dúvidas geradas no que diz respeito ao relacionamento de uma operadora de saúde (cooperativa médica) e autonomia profissional médica. Recentemente recebi advertência escrita de cooperativa alegando que eu estaria cobrando honorários de usuários de seu plano de saúde. Fato este ocorreu em decorrência de que em meu consultório particular existem horários para atendimento de planos de saúde e horários para atendimentos a pacientes particulares. Tais horários foram divulgados com meses de antecedência à operadora por meio de carta escrita e protocolada, inclusive seguindo informações extraídas do parecer 2298/2011 do CRM-PR. Ocorreu que alguns pacientes do plano referido optaram por atendimento

*Conselheiro parecerista CRM-PR

particular. O fizeram por livre e espontânea vontade, inclusive assinando termo de consentimento sobre a opção por eles feita e tomando ciência de que arcaíam com o pagamento dos honorários médicos referentes àquele atendimento. Posteriormente ao meu recebimento desta carta de advertência da cooperativa, optei por desvincular a minha especialidade médica reumatologia desta operadora, ficando meus serviços prestados para a referida restritos à especialidade de Clínica Médica, exclusivamente para atendimento de consultas de pronto-socorro e atendimento a pacientes internados em plantões semanais que realizo em um dos hospitais credenciados na cidade. Novamente a diretoria da cooperativa questionou-me se tal paralisação seria só para usuários da cooperativa ou também para outros planos de saúde ou atendimento particular. Diante dos fatos supracitados, questiono: 1) É possível, no caso do médico possuir duas especialidades devidamente registradas neste conselho, atuar somente por uma delas pela cooperativa médica, em local diferente de seu consultório particular (no caso hospital em regime de plantão) e ainda atuar de forma particular em seu consultório por outra especialidade? 2) A cooperativa pode questionar ou negar tal solicitação de desvincular uma de minhas especialidades de seu plano, interferindo na minha autonomia e liberdade profissional, consequentemente ferindo os artigos VII e VIII dos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica, mesmo que embasada em regimento interno próprio? Justificativa: Interferência na liberdade profissional.”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer algo que não deseje, desde que seja capaz e respeite a legislação.

O médico é profissional liberal. Portanto, tem liberdade total no exercício da profissão. Sua autonomia é o sustentáculo da profissão e é intocável. Inclusive protegida pelo Código de Ética Médica.

Idealmente, não existiriam operadoras de planos de saúde. Os honorários seriam justos e pagos diretamente por um paciente com condições financeiras adequadas.

Mas a realidade é diversa. As necessidades sociais e os crescentes custos envolvidos na assistência médica tornaram uma necessidade ter um plano de saúde. Basta ver a quantidade de pessoas que possuem planos de saúde. Mesmo os médicos possuem seus planos.

Considerando os pareceres relacionados ao tema:

No Parecer n.º 07/2000, o Conselho Federal de Medicina - CFM ementou que a restrição do número de vagas para pacientes oriundos de convênios privilegiando pacientes particulares, sob a alegação de baixa remuneração, é atitude eticamente reprovável, ponderando que o direito do médico de escolher a quem prestar os seus serviços não comporta discriminação de qualquer natureza, fundamentando a conclusão no artigo 9º do Código de Ética Médica, o qual determina que a Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio, e no artigo 47º do mesmo diploma que veda a discriminação do ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

No Parecer CRM-PR n.º 1322/2001, ao ser questionado sobre se a prestadora de serviços pode definir, unilateralmente, o número de consultas e o horário de atendimento a serem impostos em consultório, o CRM-PR entendeu que tal instituição, seja ela cooperativa ou não, não tem a prerrogativa de deliberar ou de determinar ao seu prestador, cooperado ou não, o número de consultas e o horário de atendimento que ele deve franquear aos usuários. Saliou apenas que isso não dá o direito ao médico de diferenciar em seu consultório pacientes oriundos de convênios de particulares.

No Parecer CRM-PR n.º 1522/2003 o entendimento supra foi ratificado pelo CRM-PR, que, de sua parte, destacou que o médico, quando ajusta com convênio ou cooperativa a prestação de atendimento deverá fazê-lo sem qualquer tipo de discriminação, tendo assegurado o direito de determinar dias, horários e local que lhe for mais conveniente para atendimento de seus pacientes, vedado, sob a alegação de indisponibilidade de horário em sua agenda, transformar beneficiário em cliente particular.

Nesta linha, evidencia-se que as operadoras de planos de saúde não têm, nem podem ter, qualquer ingerência sobre a agenda dos seus médicos, impondo os dias da semana e horários que deverá disponibilizar para atendimento de pacientes conveniados, tampouco poderá fixar um número mínimo de consultas por dia, semana, mês, pois desta forma estaria conferindo aspecto comercial à atividade, conduta vedada pelo Código de Ética Médica.

Por outro lado, não implica concluir que o profissional ligado à operadora pode deixar de respeitar as regras concernentes à sistemática de prestação de serviço

estabelecidas em contratos. Tanto é assim que a Lei n.º 9.656/98, no artigo 18, incisos I e II, proíbe que o consumidor de certa operadora receba atenção diversa daquela dispensada às demais entidades o que, obviamente, exige colaboração mútua entre os agentes envolvidos, ou seja, que o médico, os prestadores terceirizados e a operadora se abstenham de adotar qualquer restrição, diferenciação ou obstáculo.

Nesse contexto, é permitido a um médico trabalhar para a cooperativa, outras operadoras e em caráter particular o que não possibilita concluir, no entanto, que fica a seu critério receber os usuários das operadoras citadas em caráter particular ou via convênio de acordo com seu interesse/necessidade porque é de seu livre arbítrio seguir a burocracia estabelecida por cada operadora para percepção dos honorários respectivos já que, a partir do momento em que opta por se vincular a tais entidades, aceita se sujeitar à metodologia implementada para prestação da assistência médico-hospitalar.

Respondendo objetivamente aos questionamentos:

1) *É possível, no caso do médico possuir duas especialidades devidamente registradas neste conselho, atuar somente por uma delas pela cooperativa médica, em local diferente de seu consultório particular (no caso hospital em regime de plantão) e ainda atuar de forma particular em seu consultório por outra especialidade?*

Resposta: Sim.

2) *A X pode questionar ou negar tal solicitação de desvincular uma de minhas especialidades de seu plano, interferindo na minha autonomia e liberdade profissional, conseqüentemente ferindo os artigos VII e VIII dos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica, mesmo que embasada em regimento interno próprio? Justificativa: Interferência na liberdade profissional."*

Respostas: Sim. Não pode interferir na autonomia e liberdade profissional.

É necessário ler atentamente o estatuto social e o regimento interno da cooperativa. Ainda mais, discernir o que é cooperativa, cooperado e operadoras de planos de saúde. Há grandes diferenças entre as várias modalidades de operadoras de planos de saúde.

O entendimento de discriminação não é da operadora, mas de pacientes que denunciam tais situações. Entendem que se o médico é cooperado, ele assim o é

independente de local de atendimento.

Todavia, em persistindo a contrariedade, nada obsta que o médico solicite a exclusão de seu nome da operadora de planos de saúde. Ademais, as relações administrativas que não envolvam a ética, não são abarcadas pela esfera conselhal.

É o parecer. SMJ.

Curitiba, 24 de maio de 2013.

Cons. ROBERTO ISSAMU YOSIDA
Conselheiro Parecerista

Processo Consulta n.º 004/2012
Parecer CRM-PR nº2424/2013
Parecer Aprovado
Sessão Plenária n.º3272, de 27/05/2013

PRÁTICA DE ATO ANESTÉSICO: RESPONSABILIDADE E PRAZO PARA AVALIAÇÃO

PRACTICE OF ANAESTHETIC ACT: ACCOUNTABILITY AND EVALUATION DEADLINE

*Clovis Marcelo Corso**

Palavras-chave – *Anestesia, avaliação pré-anestésica, responsabilidade, relação médico-paciente, prazo para avaliação.*

Keywords – *Anesthesia, pre-anesthetic evaluation, accountability, physician-patient relationship, evaluation deadline.*

CONSULTA

Médico faz consulta a este Conselho de Medicina com o seguinte teor:

“Sou anesthesiologista em Curitiba. Há poucos anos, encaminhei ao CRM ponderação, tratando da insuficiência do anesthesiologista quanto à realização da avaliação pré-anestésica. Explicando melhor, comentei que muitas vezes este procedimento não era - e ainda não é - realizado da forma mais satisfatória, pois os pacientes não têm sido encaminhados por seus cirurgiões (e/ou psiquiatras e/ou radiologistas, enfim, por aqueles outros especialistas que demandam por anestesia/anesthesiologistas para realização de seus procedimentos). Na época, o CRM respondeu-me elegantemente que o anesthesiologista é soberano, podendo e devendo suspender a cirurgia quando não julgar prudente devido às condições do paciente, sobretudo quando diante de procedimento eletivo desprovido de avaliação pré-anestésica. Gostaria de dizer que concordo com a

*Conselheiro parecerista CRM-PR

instrução do CRM, mas ainda considero que é insuficiente. Tomando como exemplo a obstetrícia, em que as pacientes ao saberem que estão grávidas, contam com MESES para realizar a avaliação pré-anestésica, todavia muitas têm chegado à cirurgia sem a referida consulta - a despeito de constante solicitação do serviço de anesthesiologia aos cirurgiões para o encaminhamento de suas pacientes a nós. Realço que, quando se percebe coceira, dificuldade de visão, uma dor de barriga, febre etc, não é o anesthesiologista o médico que as pessoas procuram, mas sim um dermatologista, oftalmologista, gastrologista etc. Assim, a estes deveria ser também imputada OBRIGAÇÃO no processo de realização da avaliação pré-anestésica. Quando procuro saber das pacientes o motivo da não-realização, mormente recebo como resposta o fato de "ninguém ter dito que precisava". Diante disto, ao cobrar dos obstetras, mormente escuto: "estava para mandar fazer, mas virou emergência" ou "se a paciente chegou ao fim da gestação é porquê a saúde é boa". Cheguei a escutar de cirurgião, que este temia perder o paciente, caso se consultasse com outro profissional (ainda que de especialidade diferente)! Quero lembrar ao CRM que especialmente estas pacientes (que chegam "emergenciadas") tem passado por estresse desnecessário, nem sempre se resolvendo com uma conversa "de última hora". Pior ainda, às vezes gerando desgaste desnecessário à relação médico-paciente - ora! Não é fácil constantemente escutar: "ai, morro de medo de você, com esta agulha! Não vai me alejar, né?" ou "não vou morrer, né?". Ou ainda: "ai que coisa ruim... não sinto minhas pernas... eu vou ficar boa?" Como se pode ver, a avaliação pré-anestésica, feita com antecedência, não só aumenta a segurança, como tranqüiliza o paciente, uma vez que é durante esta que se informa e explica o passo-a-passo, sensações etc, que enfrentarão no dia da cirurgia. Em outras palavras: a não realização da avaliação pré-anestésica, mantém o paciente ansioso! Considerando que o que buscamos é promover saúde (e dela faz parte o bem-estar) das pessoas, entendo que aqueles profissionais que demandam por anestesia/anesthesiologistas (e até o CRM) estão em falta por permitirem que seja de total responsabilidade do anesthesiologista a realização da avaliação pré-anestésica - sim, só ele pode realizá-la, mas ele depende do colega da outra especialidade para que haja o adequado encaminhamento... ou o anesthesiologista teria que fazer busca ativa na população para saber quem fará cirurgia e aí antecipadamente avaliar? Seria utópico! Considerando também o atual contexto que vivenciamos (dentro e fora de Curitiba), em que a imagem do médico está desgastada, em que demandas jurídicas surgem com menor inibição (revolta?), rogo para que este CRM oficialize a instrução (que proponho acima) aos especialistas que demandam por anestesia/anesthesiologistas, alertando-os que não deixariam de ser responsabilizados em alguma instância, quando de uma

*demanda jurídica. Em outras palavras: **a não-realização da avaliação pré-anestésica, mantém desnecessariamente alta a chance de demanda jurídica!** Por fim, julgo que buscar realizar a avaliação pré-anestésica é uma excelente demonstração de **consideração, profissionalismo e amor ao próximo!**"*

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Na Ementa do Parecer n.º 56/1999 emitido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e redigido pelo eminente Conselheiro Dr. José Abelardo Garcia de Menezes, o parecerista afirma que "a avaliação pré-anestésica é direito do paciente e dever do médico anesthesiologista". Com o intuito de garantir a segurança que a administração da anestesia requer, o CFM publicou a Resolução n.º 1802/2.006, que dispõe sobre a prática do ato anestésico, e que em seu Artigo 1º determina aos médicos anesthesiologistas que "*antes da realização de qualquer anestesia, exceto nas situações de urgência, é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente*". Os incisos deste artigo normatizam ainda que: a) para os procedimentos eletivos, recomenda-se que a avaliação pré-anestésica seja realizada em consulta médica antes da admissão na unidade hospitalar; b) na avaliação pré-anestésica, baseado na condição clínica do paciente e procedimento proposto, o médico anesthesiologista solicitará ou não exames complementares e/ou avaliação por outros especialistas.

Segundo esta mesma Resolução, a consulta pré-anestésica dará origem a um documento denominado "Ficha de Avaliação Pré-Anestésica", onde estarão registrados os dados antropométricos do paciente; antecedentes pessoais e familiares; exame físico, incluindo avaliação das vias aéreas; doenças associadas e seus tratamentos (incluindo fármacos de uso atual ou recente); resultados dos exames complementares eventualmente solicitados e opinião de outros especialistas, se for o caso; e a classificação do estado físico.

Além de possibilitar a avaliação das condições de saúde da gestante, a consulta pré-anestésica oferece outras vantagens para a paciente, e que incluem uma explanação detalhada da técnica anestésica a que a mesma será submetida, os efeitos colaterais inerentes ao procedimento anestésico, a conduta frente aos medicamentos de uso contínuo da paciente, a importância da observação do jejum quando o procedimento obstétrico for agendado em caráter eletivo, e sobretudo

possibilita que a gestante esclareça suas dúvidas relativas à anestesia que será empregada num dos momentos mais importantes de sua existência, que é o parto. Num artigo de cunho educativo denominado “*Obrigatoriedade da consulta pré-anestésica*” publicado em 2.008 no almanaque “Anestesia em Revista” – periódico oficial de divulgação da Sociedade Brasileira de Anestesiologia – e redigido pelo Dr. Franz Schubert Cavalcanti (advogado regularmente inscrito na seccional São Paulo da Ordem dos Advogados do Brasil e doutor em Medicina) o autor elenca ainda os seguintes benefícios da consulta pré-anestésica: conquistar a confiança do paciente, orientando-o com clareza sobre a anestesia e suas implicações, favorecendo a boa relação médico-paciente; obter informações verdadeiras sobre a história médica e as condições físicas e mentais do paciente; avaliar resultados de exames pré-operatórios, quando indicados; planejar a anestesia e os cuidados perioperatórios levando em conta as preferências do paciente e os fatores de risco; definir o risco anestésico-cirúrgico; obter o consentimento informado; acordar honorários médicos, quando for o caso; elevar o grau de satisfação do cliente com a anestesia e com o anestesista. As afirmativas acima descritas têm respaldo no Código de Ética Médica, que em seu texto determina ser vedado ao médico:

Art. 22º – Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de vida.

Art. 34º – Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação possa lhe causar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

As situações contempladas nestes dois artigos encontram na realização da consulta pré-anestésica o momento ideal para a sua efetivação. Ressalte-se que, a despeito de uma “brecha” constante do texto da Resolução n.º 1802/2.006, não há que se considerar como “urgência” uma condição que se tem conhecimento já com meses de antecedência do seu desfecho – o parto – e que se estabelece após a confirmação do diagnóstico da gravidez, o que habitualmente ocorre entre o segundo e o terceiro mês de gestação.

Considerando a importância da avaliação pré-anestésica e para garantir que a paciente não seja privada desta importante etapa no seu preparo para o parto, alguns Serviços de Anestesiologia recomendam que a consulta com

anestesiologista seja realizada anteriormente ao sétimo mês de gestação, permitindo que a paciente tenha contato com este médico antes mesmo de entrar no período em que o desencadeamento do trabalho de parto esteja mais propício.

CONCLUSÃO

Avaliando-se os claros e importantes benefícios que a consulta pré-anestésica agrega aos procedimentos médicos realizados sob anestesia geral ou no neuroeixo, este ato médico não deve ser dispensado em nenhuma situação, nem mesmo para os procedimentos obstétricos. A inobservância desta prática pode também ser considerada uma infração ética caso o médico obstetra deixe de encaminhar sua paciente para avaliação eletiva pré-anestésica, tomando-se por base o Código de Ética Médica, que em seu Artigo 32 determina "*ser vedado ao médico deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente*".

É o parecer, s. m. j.

Curitiba, 13 de maio de 2013.

CLOVIS MARCELO CORSO

Conselheiro Parecerista

Processo-Consulta n.º 10/2013

Parecer CRM-PR n.º 2421/2013

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n.º3261, de 13/05/2013 – CÂM II

TÉCNICA DE APITERAPIA NÃO TEM USO RECONHECIDO

APITHERAPY TECHNIQUE HAS NO RECOGNIZED USE

*Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke**

Palavras-chave – *Apiterapia, evidência científica, técnica, comunidade médica, Legislação.*

Keywords – *Apitherapy, scientific evidence, technique, medical community, legislation*

CONSULTA

A pedido do Presidente deste CRM-PR foi emitido parecer referente a matéria publicada no Jornal Folha de Londrina referente à técnica de apiterapia.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A apiterapia faz parte das denominadas terapias alternativas e holísticas, envolvendo o corpo, a mente e a alma. Há relatos de seu uso na China há cerca de 5.000 anos e na Europa há mais de 200 anos.

O “poder curativo” do veneno teria sido redescoberto pelo médico austríaco Philip Terc, no século XIX, após ter sofrido um ataque por enxame de abelhas e na seqüência percebido melhora das fortes dores articulares das quais sofria; no

*Conselheira parecerista CRM-PR

período de 1878 a 1889 teria feito experiências sobre este fenômeno, mas suas conclusões sobre milhares de pacientes tratados com êxito, não foram aceitas pela comunidade médica da Universidade Imperial de Viena, o que o fez abandonar a cidade, entretanto, teria deixado como testemunho das suas investigações, um livro que teria sido publicado em 1910. Apiterapia, conceitualmente, corresponde à utilização de qualquer produto derivado das abelhas para fins terapêuticos em seres humanos e em animais. Estes produtos podem ser mel, própolis, pólen, geléia real, cera, corpo da abelha, larvas de zangão e apitoxina.

A forma de uso pode ser in natura ou preparada em laboratório, seja alopático ou homeopático, tópico ou oral, em forma de solução ou comprimido, e ainda alguns consideram que a toxina pode ser administrada através de injeções, flotação, inalação e absorção sub-lingual, outros consideram que à semelhança do veneno de cobra, não teria efeito se ingerida via oral. A apitoxina habitualmente é aplicada com o próprio ferrão, embora nas entrevistas existam relatos de haver pesquisa para produção industrial ou como imunobiológico. Quando utilizado o ferrão, a abelha morre cerca de uma hora depois, pois além do ferrão perde uma parte do intestino.

A abelha utilizada é a africana de acordo com uma das reportagens, e na maioria das vezes as abelhas são criadas pelo próprio aplicador em áreas de reserva ambiental

O estudo do tratamento com apitoxina denomina-se toxinologia, que é um ramo da toxicologia que estuda as propriedades dos venenos animais, tanto para o tratamento de envenenamentos como para a aplicação terapêutica de seus componentes moleculares.

Segundo os relatos, existiriam de 50 a 150 componentes identificados, sendo que alguns seriam 100 vezes mais potentes que certos analgésicos, e teriam ação anestésica, antiinflamatória e antibiótica.

O veneno das abelhas é produzido por uma glândula no interior do abdômen da abelha obreira, que tem como característica ser uma substância ácida, transparente, incolor, amarga e de odor aromático forte semelhante ao do mel; é altamente solúvel em água e em ácidos, e é formado por uma diversidade de aminoácidos, enzimas, substâncias voláteis e 88% de água.

A análise química da apitoxina teria mostrado que além da água, conteria: a histamina, que é a proteína melitina; a isolecitina que corresponde à apamina; as enzimas, fosfolipase A2 e hialuronidase; os ácidos, fórmico, clorídrico, e ortofosfórico;

os aminoácidos, colina e triptofano; os microelementos como ferro, iodo, potássio, enxofre, cloro, cálcio, magnésio, manganês cobre, zinco entre outros compostos; além de secapina, peptido DCM, terciapina, procamina, dopamina, noradrenalina, ácido r-aminobutírico, glucose, frutose, fosfolípídeos, aminoácidos e ferormônios.

A função da apitoxina seria o de equilibrar e aumentar as defesas do organismo. O mecanismo de ação estaria ligado à liberação da histamina e à enzima hialuronidase. Nas reportagens é comentado sobre não ocorrer tolerância ou anticorpos contra o veneno, motivo pelo qual cada inoculação teria a mesma ação. As indicações seriam variadas e incluem doenças dermatológicas, hematológicas, otorrinológicas, pulmonares, osteoarticulares, cardiológicas, neurológicas, degenerativas, endocrinológicas, genitourinárias, digestivas, autoimunes, imunológicas, psicológicas e infecciosas como a AIDS e a malária.

As contraindicações, segundo um dos aplicadores, incluiriam gravidez, alergia ao veneno, nefrite, albuminúria, diabetes, doenças hepáticas, doenças da suprarrenal, doenças infecciosas agudas, tuberculose, sífilis, gonorreia, distúrbios hematológicos como anemia e hemorragia, úlceras gástrica e duodenal com tendência a hemorragias, neoplasias malignas, período menstrual recente, afecções cardiovasculares crônicas, aneurisma da aorta, angina de peito, arteriosclerose, miocardite, insuficiência cardíaca, febre, estresse emocional, astenia e doenças psíquicas.

A técnica é demonstrada em vídeos acessíveis pela web e mostra a aplicação em qualquer parte do corpo, embora existam mapas do corpo do humano para orientação da aplicação, que a princípio seguem os pontos da acupuntura, inclusive em torno dos olhos, na próstata, no dorso superior, no tórax, e especialmente nas articulações. Um dos profissionais destaca sobre a necessidade destas aplicações obrigatoriamente terem que ser realizadas nos pontos corretos, devido ao risco de complicações, mas não esclarece quais seriam estas complicações.

A aplicação é feita após uma compressa de gelo no local para diminuir a dor, e nos vídeos não mostram a realização de assepsia na área a ser introduzida o ferrão. De acordo com o comentário da pessoa que aplica, o ferrão, por estar abrigado no abdomen da abelha, estaria sempre higienizado.

O ferrão é semelhante a um estilete pontiagudo, de 2mm de comprimento, 0,1mm de diâmetro e dentes de 0,03 mm ao longo que se prendem ao objeto picado pela abelha.

O número de aplicações depende da doença e varia de 1 a 35 picadas por semana,

por um período médio de 12 semanas, também há a recomendação de ir aumentando 1 picada para cada dia até chegar a 10, interrompe por 3 dias, seguido de 3 picadas ao dia por 10 dias. O tempo de permanência do ferrão pode variar de 1 segundo (microdose) a 15 minutos de acordo com o aplicador. A dose de veneno seria de 0,3 mg por picada.

Segundo os profissionais que utilizam esta técnica, a melhora dos sintomas seria notada no dia seguinte às picadas e que em alguns casos a pessoa pode apresentar um estado febril ou gripal após a aplicação do veneno.

De maneira geral são feitas recomendações para aumentar a ingestão de vitamina C, reduzir o consumo de carne e suspender o uso do álcool e cigarro.

Devido á possibilidade de interação, uma das matérias destaca que seria necessário informar sobre o uso de medicamentos alopáticos, em especial os antiinflamatórios e os antibióticos.

ANÁLISE

Após avaliar os relatos, as reportagens e o material disponível na web, entendemos ser imperativo que o paciente tenha ciência e seja plenamente esclarecido sobre os riscos potenciais e dos efeitos colaterais relacionados à utilização da toxina. O uso repetitivo pode sensibilizar o paciente, o que pode levar a variados graus de alergia e ao risco de grave anafilaxia, sendo obrigatória a existência de material de emergência para atendimento do paciente. O fato de não ser possível garantir a esterilidade do ferrão, pode ocorrer quadro de infecção localizada ou sistêmica. Se esta terapia também tem por finalidade estimular o sistema imunológico, podemos inferir que além de tratar doenças de autoagressão, como a Artrite Reumatóide, possam ser eventualmente desencadeadas doenças relacionadas à autoimunidade.

Os resultados de cura ou de melhora, em todas as reportagens ou matérias jornalísticas, são apenas testemunhais, em que as pessoas relatam a sua percepção subjetiva.

Apesar de busca persistente, não encontramos nenhuma publicação nos diretórios de pesquisa científica, tais como Dynamed, Scielo, Medline, RIMA, entre outros. Também tivemos o cuidado de procurar nas universidades citadas se havia algum curso específico ou material resultante de pós graduação. Entretanto, somente

são encontradas matérias jornalísticas que falam sobre o assunto e são aplicadas por não médicos, pertencentes a outras categorias profissionais da área de saúde.

CONCLUSÃO

A apiterapia, como outras terapias denominadas alternativas, por não estar embasada em evidências científicas e validada por Comissões de Ética, não tem o seu uso reconhecido pelos Conselhos Regionais e Federal de Medicina, assim como pelas especialidades médicas reconhecidas pelo CFM, haja vista que qualquer técnica ou terapia deve superar em benefícios os riscos a que o paciente se submeta; pois não há como garantir a segurança, tampouco a eficácia de tais procedimentos, portanto, é nosso entendimento que a ausência de estudos e os riscos potenciais envolvidos na aplicação da toxina não permitem, neste momento, recomendar a utilização, mesmo que de maneira apenas complementar o uso da apitoxina, especialmente quando se utilizam os próprios insetos, pois não há como se garantir a esterilidade dos ferrões, o que conflita com as normas da Vigilância Sanitária; quanto aos outros produtos derivados da abelha, também não existem evidências científicas de comprovada ação terapêutica, porém, são classificados na categoria de alimentos e assim podem ser consumidos pela população.

É o parecer SMJ.

Curitiba, 02 de maio de 2013.

EWALDA VON ROSEN SEELING STAHLKE

Conselheira Parecerista

Processo-Consulta N.º 40/2012

Parecer CRM-PR n.º 2420/2013

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n.º 3261, de 13/05/2013 - CÂM IV

ARMÁRIO EXPOSITOR DA FARMÁCIA DA SANTA CASA CURITIBA

DISPLAY CABINET OF THE PHARMACY OF SANTA CASA CURITIBA

Ehrenfried O. Wittig*

Palavras-chave – *História da medicina; Museu de Medicina; História da farmácia; Santa Casa de Misericórdia.*

Keywords – *History of medicine; Museum of Medicine, History of Pharmacy; Santa Casa da Misericórdia.*



*Diretor do Museu da História da Medicina da Associação Médica do Paraná

Armário expositor de antiga farmácia da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, cujo término das obras da sede atual remonta a 1880, com inauguração pelo Imperador Dom Pedro II (22 de maio). Tinha inicialmente 160 leitos e por muitos anos foi o único hospital de Curitiba, bem como o centro de referência para as aulas práticas dos estudantes de Medicina.

O belo desenho do móvel era próprio da época para a guarda de frascos de porcelana branco e vidros amarronados transparentes, contendo substâncias terapêuticas para formulação por manipulação.

A mesa e balança presentes no primeiro plano datam do início do período de 1900. Todo material foi trabalhado em madeira maciça e vidro, com detalhes em bronze (pegadores).

No chão, à direita, vemos a entrada do antigo porão que, no início, foi uma cozinha e hoje contém parte do acervo histórico da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba.

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

