

ARQUIVOS
do Conselho Regional
de Medicina do Paraná



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
GESTÃO 2013/2018
DIRETORIA - 01/10/2013 a 31/05/2015

Presidente:	Cons.	Mauricio Marcondes Ribas
Vice-Presidente:	Cons.	Luiz Ernesto Pujol
Secretário Geral:	Cons.	Wilmar Mendonça Guimarães
1ª Secretária:	Cons ^a .	Keti Stylianos Patsis
2ª Secretária:	Cons ^a .	Cecília Neves de Vasconcelos Krebs
1º Tesoureiro:	Cons.	Clovis Marcelo Corso
2º Tesoureiro:	Cons.	Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Corregedor-Geral:	Cons.	Roberto Issamu Yosida
1ª Corregedora:	Cons ^a .	Gláucia Maria Barbieri
2ª Corregedora:	Cons ^a .	Regina Celi Passagnolo Sergio Piazzetta

CONSELHEIROS

Adônis Nasr	José Carlos Amador
Afrânio Benedito Silva Bernardes	José Clemente Linhares
Alceu Fontana Pacheco Júnior	Julierme Lopes Melinger
Alexandre Gustavo Bley <i>(licenciado em 26/03/2014)</i>	Keti Stylianos Patsis
Álvaro Vieira Moura	Lizete Rosa e Silva Benzoni
Carlos Roberto Goytacaz Rocha	Lutero Marques de Oliveira
Cecília Neves de Vasconcelos Krebs	Marco Antônio do Socorro M. R. Bessa
Clóvis Marcelo Corso	Marília Cristina Milano Campos de Camargo
Cristina Aranda Machado	Maurício Marcondes Ribas
Donizetti Dimer Giamberardino Filho	Mauro Roberto Duarte Monteiro
Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke	Nazah Cherif Mohamad Youssef
Fábio Luiz Ouriques	Paulo Cesar Militão da Silva
Fernando Cesar Abib	Regina Celi Passagnolo Sérgio Piazzetta
Gisele Cristine Schelle	Roberto Issamu Yosida
Gláucia Maria Barbieri	Rodrigo Lucas de Castilhos Vieira
Gustavo Justo Schulz <i>(licenciado em 30/04/2014)</i>	Tânia Maria Santos Pires Rodrigues
Hélcio Bertolozzi Soares	Teresa Cristina Gurgel do Amaral
Jan Walter Stegman	Thadeu Brenny Filho
Jeziel Gilson Nikosky	Viviana de Mello Guzzo Lemke
	Wilmar Mendonça Guimarães
	Zacarias Alves de Souza Filho

MEMBROS NATOS

Duilton de Paola
Farid Sabbag
Luiz Carlos Sobânia
Luiz Sallim Emed
Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Hécio Bertolozzi Soares
Gerson Zafalon Martins
Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Alexandre Gustavo Bley.

DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO (DEFEP)

Gestor

Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha

Médicos fiscais de Curitiba

Dr. Elísio Lopes Rodrigues
Dr. Jun Hirabayashi
Dra. Teresa Ribeiro de Andrade Oliveira
Dr. Wellington Yschisaki

Médico fiscal do Interior

Dr. Paulo César Aranda (Londrina)

DEPARTAMENTO JURÍDICO

Consultor Jurídico

Adv. Antonio Celso Cavalcanti Albuquerque

Assessores Jurídicos

Adv. Afonso Proença Branco Filho
Adv. Martim Afonso Palma

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

APUCARANA

Artur Palú Neto (Diretor)
Eduardo Henrique Felipe de Paula (Vice-Diretor)
Leonardo Marchi (Secretário)
Ângelo Yassushi Hayashi
Jaime de Barros Silva Júnior
Pedro Elias Batista Gonçalves
Pieker Fernando Miglorini
Ribamar Leonildo Maroneze
Sérgio Seidi Uchida

CAMPO MOURÃO

Fernando Dlugosz (Diretor)
Fábio Sinisgalli Romanello Campos (Vice-Diretor)
Homero Cesar Cordeiro (Secretário)
Artur Andrade
Carlos Roberto Henrique
Dairton Luiz Legnani
Manuel da Conceição Gameiro
Rodrigo Seiga
Romildo Joaquim Souza

CASCABEL

Keith De Jesus Fontes (Diretor)
Roberto Augusto Fernandes Machado (Vice-Diretor)
Karin Erdmann (Secretária)
Amaury Cesar Jorge
André Pinto Montenegro
Antonio Carlos de Andrade Soares
Hi Kyung Ann
Joanito Soltoski
Juliana Gerhardt
Pedro Paulo Verona Pérsio

FOZ DO IGUAÇU

Marta Vaz Dias de Souza Boger (Diretora)
Alexandre Antonio De Camargo (Vice-Diretor)
Jacilene De Souza Costa (Secretária)
Andre Ricco
Eduardo Hassan
Isidoro Antonio Villamayor Alvarez

Jose Fernando Ferreira Alves
Luiz Henrique Zaians
Marco Aurélio Farinazzo
Tomas Edson Andrade da Cunha

FRANCISCO BELTRÃO

Eduardo Katsusi Toshimitsu (Diretor)
Marcio Ramos Schenato (Vice-Diretor)
Cícero José Bezerra Lima (Secretária)
Aryzone Mendes de Araujo Filho
Badwan Abdel Jaber
Irno Francisco Azzolini
José Bortolas Neto
Rubens Fernando Schirr
Silvana Amaral Kolinski Vielmó
Vicente de Albuquerque Maranhão Leall

GUARAPUAVA

Rita de Cassia Ribeiro Penha Arruda (Diretora)
Antonio França de Araújo (Vice-Diretor)
Mariana Saciloto Cramer (Secretária)
Anderson Vinicius Kugler Fadel
Antonio Marcos Cabrera Garcia
David Livingstone Alves Figueiredo
Francisco José Fernandes Alves
Frederico Eduardo Waperchovski Virmond
Frederico Guilherme Keche Virmond Neto
Gabriel Odebrecht Massaro

LONDRINA

Alcindo Cerci Neto (Diretor)
João Henrique Steffen Júnior (Vice-Diretor)
Ivan José Blume de Lima Domingues (Secretário)
Antonio Caetano de Paula
Fabio Ferreira Lehmann
Fatima Mitsie Chibana Soares
Ivan Pozzi
Luiza Kazuko Moriya
Mário Machado Júnior
Naja Nabut

MARINGÁ

Vicente Massaji Kira (Diretor)
Ana Maria S. Machado de Moraes (Vice-Diretora)
Katia Hitomi Nakamura (Secretária)
Cesar Helbel
Luiz Alberto Mello e Costa
Manuel Duarte Gilberto
Marcio de Carvalho
Mariane Arns
Paulo Roberto Aranha Torres
Raul Gil Von Puttkammer Rodriguez

PARANAÍ

Leila Maia (Diretora)
Hortência Pereira Vicente Neves (Vice-Diretora)
Attílio Antonio Mendonça Accorsi (Secretária)
Anizia Leontina Rigodanzo Canuto
Bruno Eduardo de Camargo
Cleonir Moritz Rakoski
Custodio Fernandes
Ludovico da Cunha Blasczyk
Luiz Carlos Cerveira
Rubens Costa Monteiro Filho

PATO BRANCO

Vanessa Bassetti Prochmann Esber (Diretora)
Pedro Soveral Bortot (Vice-Diretor)
Ayrton Martin Maciozek (Secretário)
Abdul Sebastião Pholman
Artemio Juraci Cardoso da Silva
Elisabeth Ostapiv Correa
Geraldo Sulzbach
Gilberto Lago de Almeida
José Renato Pederiva
Ricardo Antonio Hoppen

PONTA GROSSA

Rubens Adão da Silva (Diretora)
Ladislao Obrzut Neto (Vice-Diretor)
Northon Arruda Hilgenberg (Secretário)
Adalberto Riccardo Baldanzi
André Scartezini Marques
Joelson José Gulin
Luiz Jacintho Siqueira

Meirerson Reque
Pedro Paulo Rankel
Tatiana Menezes Garcia Cordeiro

RIO NEGRO

Leandro Gastim Leite (Diretor)
Ana Helena Stolte (Vice-Diretora)
Jacy Gomes (Secretário)
Helton Boettcher
Jonas de Mello Filho
Militino da Costa Júnior

SANTO ANTÔNIO DA PLATINA

Celso Aparecido Gomes de Oliveira (Diretor)
Jose Mario Lemes (Vice-Diretor)
Sergio Bachtold (Secretário)
Carlos Maria Luna Pastore
José Roberto Boselli Junior
Patricia Roberta de Vicente
Sílvia Aparecida Ferreira Dias Gonçalves
Sulaiman El Taail
Walter Kiyoshi Iamamoto

TOLEDO

Jose Afrânio Davidoff Junior (Diretor)
Ivan Garcia (Vice-Diretor)
Glaucio Luciano Bressanim (Secretário)
Eduardo Gomes
José Maria Barreira Neto
Milton Miguel Romeiro Berbic
Nilson Fabris
Valdicir Faé

UMUARAMA

Alexandre Thadeu Meyer (Diretor)
Sandra Mara Oliver Martins Aguiar (Vice-Diretora)
Augusto Legnani Neto (Secretário)
Antonio Francisco Ruaro
Edson Morel
Fabiano Correa Salvador
Juscélio de Andrade
Mauro Acácio Garcia
Osvaldo Martins de Queiroz Filho
Silvio Roberto Correa

EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

**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

TRADUÇÃO

Camile Brison

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, 2014;31(122):97-152

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 ESPECIAL

O papel dos Conselhos

Desiré Carlos Callegari 108

Medicina Eleitoral

Sidnei Ferreira 110

A grande falha do ensino médico no Brasil

Marco Aurelio Smith Filgueiras 112

Planejamento jurídico previne riscos à sociedade de médicos

Giovanna Trad Cavalcanti 115

LEGISLAÇÃO

Vigentes parâmetros para funcionamento de postos de saúde e consultórios

Resolução CFM nº 2.056/2013 117

RESOLUÇÕES CFM

Nova redação do Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina

Anexo II da resolução CFM nº 2.056/2013 120

Vedado trabalho em hospitais de médicos sem inscrição no CRM da respectiva circunscrição

Resolução CFM nº 2.072/2014 122

Identificação do médico no exercício da atividade

Resolução CFM nº 2.069/2014 125

PARECERES CFM

Ensino e supervisão docente da Medicina são prerrogativas exclusivas de médicos <i>Celso Murad</i>	127
Recusa de médico perito a realizar perícia de servidor que se apresenta portando arma de fogo <i>Renato Moreira Fonseca</i>	129
Autoprescrição de medicamentos e falta de carimbo na receita <i>Pedro Eduardo Nader Ferreira</i>	132

PARECERES CRM-PR

Uso de células-tronco na dermatologia <i>Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke</i>	136
O atendimento ao paciente portador de hanseníase <i>Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke</i>	139
Auditoria hospitalar: relação contratual entre hospitais e operadoras de saúde <i>Donizetti Dimer Giamberardino Filho</i>	144
Emissão de atestado médico e validade para prática do desporto futsal <i>Viviana de Mello Guzzo Lemke</i>	150

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Receita médica de 1927 <i>Ehrenfried Othmar Wittig</i>	154
---	-----

O PAPEL DOS CONSELHOS

THE ROLE OF COUNCILS

*Desiré Carlos Callegari**

Palavras-chave – *Conselho, Medicina, fiscalização, prática médica, política.*

Keywords – *Council, Medicine, Supervision, Inspection, Surveillance, medical practice, politics.*

Os Conselhos de Medicina se mantêm autônomos e independentes na avaliação das políticas públicas. Como instâncias que integram o Estado brasileiro, conforme determina a Lei 3.268/57 que os criou, não poderia ser diferente. Isso implica dizer que suas existências preveem a defesa da boa prática médica e da qualidade da assistência para a população, sob qualquer circunstância.

Para tanto, essas entidades exercem seu papel de formulação e de fiscalização ao jogar luz sobre eventuais equívocos, sem importar o matiz ideológico, político ou partidário dos seus autores. Como autarquias públicas, os Conselhos de Medicina são braços do Estado. E o Estado não é Governo, nem situação, nem oposição.

No recente episódio da votação da MP 621/2013, os Conselhos de Medicina agiram de forma contundente na crítica e na condução de debates, sempre com

*1.º Secretário do Conselho Federal de Medicina.
desire@portalmedico.com.br

a preocupação de reduzir ao máximo os estragos causados pela iniciativa do Governo. A análise do momento político apontava para a aprovação da MP em sua íntegra, o que exigiu das entidades articularem a retirada de alguns pontos que, se aprovados, trariam danos irreparáveis à Medicina.

Graças à representatividade e ao peso político dos Conselhos de Medicina, foi possível tencionar junto à base aliada para que fossem ajustados artigos que delineavam o trabalho dos intercambistas no País e a criação de um Fórum de Regulação de Recursos Humanos. Essa instância usurparia a autonomia de todas as entidades de representação e daria ao Ministério da Saúde superpoderes.

Ao fim, esse processo resultou numa versão "melhor" da MP 621/2013 que, nem com avanços alcançados, deixou de ser exemplo de medida arbitrária, autoritária e eleitoreira, a qual tem sido imposta por conta da pressão do Governo.

Trata-se de um enfrentamento no qual o Governo tem se portado como um trator. Nas ações de comunicação, o investimento tem sido milionário e nas articulações com os partidos, jogado com o peso de quem detém o poder. Os fortes argumentos técnicos, legais e éticos das entidades médicas são desconsiderados ante o desejo da máquina.

Esse é o registro real do momento enfrentado pelos Conselhos de Medicina, o que não significa conformismo, acomodação e, muito menos, apoio à MP 621/2013. As críticas permanecem. Em nenhum momento houve compactuação, mas, apenas o emprego inteligente de nossas armas numa disputa institucional com o intuito de gerar transformações que tragam, efetivamente, mais saúde para todos os cidadãos.

Por meio de suas resoluções emitidas, das ações de fiscalização, dos processos na esfera judicante e, ainda, pelo debate político, os Conselhos de Medicina continuarão a se contrapor aos porta-vozes de interesses específicos, e até pessoais, que têm colocado em risco a excelência de nossos profissionais, a competência do sistema formador de médicos e a segurança dos pacientes. Essa luta continua sem cessar.

MEDICINA ELEITORAL

ELECTORAL MEDICINE

Sidnei Ferreira*

Palavras-chave – *Programa Mais Médicos, Revalida, cubanos, propaganda, responsabilidade.*

Keywords – *Mais Medicos Program, Revalidate, Cuban, advertising, propaganda, responsibility.*

O Programa Mais Médicos, segundo a lei que o rege, define os médicos estrangeiros como intercambistas, o governo lhes paga como bolsistas e a mídia os trata como assistencialistas. A presidente Dilma também. Às vésperas do 1º de Maio, motivada por 43% de rejeição, ela afirmou: "Os médicos cubanos do programa são melhores do que os brasileiros, no sentido de serem mais atenciosos. Os prefeitos só querem que a gente mande médicos cubanos para as cidades."

Ocultando a verdade e distorcendo os fatos, a presidente tenta, desesperadamente, contabilizar os últimos dividendos do investimento eleitoral.

Na verdade, médicos brasileiros estão sendo substituídos por médicos estrangeiros pelos prefeitos pelo abjeto motivo de diminuir ainda mais os investimentos na saúde e fazer propaganda eleitoral, enganando a boa vontade e a crença do povo. O cidadão pode ser enganado por confiar, por não resistir à propaganda de

*Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj)

bilhões de reais, mas não é bobo. As denúncias se multiplicam e pode ser que as despesas tenham sido em vão.

No seu contumaz autoritarismo, o governo, esquecendo a responsabilidade conferida pelo voto, não usou o Revalida e tirou dos conselhos regionais o dever de registrar os médicos do programa. Sabia que os conselhos não registrariam médicos estrangeiros que não fossem submetidos ao exame, inaptos a atuarem no nosso país. Restou o direito e dever de fiscalizar. As autoridades gestoras não nos enviaram nada mais do que uma lista com nomes e municípios. Nada de nomes ou endereços das unidades de saúde que os receberam, muito menos seus supervisores e preceptores. Nada de cumprir a lei. Às nossas solicitações, nenhuma resposta digna. Continuando a busca, o Cremerj encontrou algumas unidades de saúde com médicos estrangeiros fazendo assistência, atuando sem supervisão ou preceptoria, sozinhos, com a função dada pelo governo federal, e apoiada por prefeitos e governadores, de cuidar do bem maior do cidadão brasileiro: a sua saúde. Não foram avaliados e não se sabe se têm ou não capacidade para tal.

Todos sabem que o Rio de Janeiro e outros locais não são regiões longínquas e não carecem de médicos. Estão cientes de que a origem do mal é a gestão. Não faltam médicos, mas faltam aos médicos concursos públicos, salário compatível com seus conhecimentos e responsabilidades, condições dignas de trabalho. Carece o governo de sensibilidade democrática.

O Tribunal de Contas da União está de olho; os médicos, indignados; e a população, atenta. A negação do diálogo com as entidades médicas, o desrespeito e a soberba do governo transformam a decepção no desejo de lutar em defesa da profissão, da medicina de qualidade que praticamos e do atendimento digno que a população merece. Ou trilhamos todos, médicos e governo, o caminho do debate democrático para as soluções necessárias ou a medicina nacional e a saúde da população amargarão perdas irreparáveis. É tempo de governar com responsabilidade.

A GRANDE FALHA DO ENSINO MÉDICO NO BRASIL

THE GREAT FLAW OF MEDICAL TEACHING IN BRAZIL

*Marco Aurelio Smith Filgueiras**

Palavras-chave – *Ensino médico, reformas, diretrizes curriculares, prescrição.*

Keywords – *Medical Teaching, reform, renovation, curricular guidelines, prescription.*

As origens do ensino médico no Brasil são portuguesas. Inicialmente, antes da criação das Escolas Médicas (EMs), os médicos formavam-se em Portugal. O marco histórico do Ensino Médico no nosso país foi a criação da primeira Faculdade de Medicina em Salvador-Bahia em 18 de fevereiro de 1808 e em novembro desse mesmo ano foi criada por decreto a segunda Faculdade no Rio de Janeiro. Observa-se neste período que a criação das EMs foi um importante fator para a construção do currículo e da qualificação dos médicos brasileiros.

Em 1812, ocorreu a primeira reforma do ensino médico, quando o curso passou de quatro para cinco anos. Em 1879, foi promulgada a chamada “lei do ensino livre”, quando então se abriram as portas para a iniciativa privada.

A criação do Conselho Federal de Medicina (1945) e dos Conselhos Regionais

*Médico neurologista, professor universitário na Paraíba e conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba (CRM-PB). mafsmith@hotmail.com

trouxe uma nova ordem à categoria, através desta autarquia federal. Posteriormente, foram criados os estatutos por meio dos Códigos de Ética Médica. Em 1969, o Conselho Federal de Educação, do então Ministério da Educação e da Cultura (MEC), ditou as diretrizes para a revisão dos currículos tradicionais e estabeleceu o currículo mínimo. Em 1997, edital do MEC, SESu (Secretaria de Ensino Superior) expôs parâmetros para as Instituições de Ensino Superior (IES) e comunidade interessada apresentarem propostas de novas diretrizes curriculares, para definirem as competências e habilidades necessárias para a formação do médico.

O primeiro Exame Nacional de Curso para Medicina foi realizado em 1999, pelo MEC. Finalmente, em 07 de novembro de 2001, foi homologada a Resolução do Conselho Nacional de Educação-Câmara de Educação Superior (CNE-CES) pelo MEC, instituindo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina. Atualmente, a formação dos médicos brasileiros está a cargo das EMs, que hoje atingem elevado número de unidades, entre públicas e privadas, e estão reunidas em torno da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

As reformas do ensino médico foram avaliadas no intuito de analisar o perfil do médico que se pretende formar. Alguns modelos foram propostos até chegar ao que está sendo preconizado atualmente, com seis anos de graduação para a formação básica, além da especialização, que pode durar de 3 a 6 anos a depender da área escolhida. A maioria dos cursos de medicina no Brasil está organizada de acordo com o preconizado pela Resolução nº 8, de 08 de outubro de 1969. A recente publicação das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação Médica ainda não foi posta em prática pela maioria das EMs (“O Ensino Médico no Brasil: origens e transformações” – www.gmbahia.ufba.br).

Entre os artigos da Resolução CNE/CES nº 04/2001, está um que nos interessa muito, que é o art. 4º: “A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais, no seu item II (Tomada de decisões): o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de procedimentos e de práticas.

Neste item, marcamos o que nos interessa. Uso apropriado, eficácia e custo-efetividade quer dizer: “Uso Racional de Medicamentos faz parte dos objetivos da disciplina de Farmacologia clínica e terapêutica”. É como se esta diretriz instituída

pelo CNS-CES enfatizasse a necessidade do ensino desta matéria dentro da Grade Curricular das EMs. Mas isto realmente não acontece. O médico recebe o diploma e na maioria das vezes parte para um aperfeiçoamento, mas mesmo assim não é suficientemente preparado para o difícil e nobre ofício de medicar. Sem os fundamentos básicos ensinados pela Farmacologia Clínica e terapêutica se aventura a prescrever, associando desnecessariamente uma série de drogas, pondo em prática a polifarmacoterapia.

Ao assim proceder coloca em risco o já bastante combalido organismo do seu paciente, criando outros distúrbios causados pela má prática médica conhecidos como doenças latrogênicas que pode terminar em um internamento hospitalar. E no hospital os colegas plantonistas também não vão entender o que está ocorrendo e vão prescrever mais medicamentos piorando mais ainda o quadro muito pouco conhecido de interação medicamentosa. E olhe que isto esta cada vez mais frequente. Quem acaba pagando a conta mesmo é o enfermo sem um diagnóstico preciso e muitas vezes com o final de sua vida e o atestado de óbito nunca atesta a real causa mortis: latrogenia.

A culpa é fundamentalmente do debilitado ensino médico proporcionado pelas EMs, sejam públicas ou privadas, afetando justa e injustamente o mais nobre ofício médico, que é o ato de prescrever medicamentos. E ainda querem criar novas vagas nas já existentes e criar mais escolas caça-níqueis. Isto sem falar nos mais ou menos médicos cubanos. Prescrever é o ato final de praticamente todas as consultas médicas. E é JUSTAMENTE AÍ ONDE SE REFLETE A GRANDE FALHA DO ENSINO MÉDICO.

PLANEJAMENTO JURÍDICO PREVINE RISCOS À SOCIEDADE DE MÉDICOS

JURIDICAL PROJECTION PREVENTS RISKS TO MEDICAL SOCIETY

*Giovanna Trad Cavalcanti**

Palavras-chave – *Contratos sociais, empresas, legislação, planejamento, riscos, ônus financeiro.*

Keywords – *Social contracts, companies, law, legislation, projection, planning, risks, financial onus*

Diante das vantagens auferidas na constituição de uma pessoa jurídica (fins tributários, expansão do exercício da medicina, imposição das operadoras de planos de saúde etc.) a maioria da classe médica hoje trabalha dentro dos formatos societários, materializados em clínicas, hospitais etc. Ocorre que (por ser a atividade médica dotada de especificidades), se não houver um planejamento diferenciado e consciencioso dos termos do contrato social, os problemas poderão ser maiores que as expectativas.

No apogeu do processo de constituição da sociedade, os sócios estão em plena harmonia e, por isso, não cogitam a possibilidade de dissidências futuras. Deste modo, a construção de cláusulas tendentes a resolver eventuais pendências são relegadas. Daí surgem as controvérsias, que, em sua maioria, deságuam no Poder Judiciário.

Afora as omissões contratuais, temos visto com frequência, relevantes equívocos na elaboração das cláusulas sociais, com implicações danosas e onerosas à sociedade.

*Advogada especializada em Direito da Saúde, membro da Comissão de Saúde do Conselho Federal da OAB.

A inadequação de um enquadramento jurídico societário e a redação confusa de seu objeto social podem ser fontes de desavenças jurídicas futuras. Explica-se: Ao constituir sociedade com profissionais de categoria distinta, ou mesmo com um primo, pai, esposa etc. (que não tenha formação médica), o médico jamais imagina que estes comemorativos trarão ônus fiscais à pessoa jurídica. Isso porque as sociedades uniprofissionais possuem regime jurídico diferenciado (e bastante benéfico) referente ao recolhimento do ISSQN (Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza), com abrangência em quase todos os municípios do Brasil. Ou seja, *in casu*, à obtenção do enquadramento excepcional apenas encontra trânsito quando a sociedade é alicerçada exclusivamente por sócios médicos.

Mas, apesar de a Ordem Jurídica dispor explicitamente sobre isso, inúmeros contratos sociais (talvez, por ausência de planejamento) pecam na formatação do tipo societário e na descrição do objeto social, inviabilizando, deste modo, o recolhimento do ISSQN na forma mais econômica.

A escolha impensada do modelo societário poderá também atingir o patrimônio dos sócios nos casos de condenação da pessoa jurídica por má prática médica.

Por fim, suscito outras questões intrincadas, que demandam esclarecimentos no contrato social, quais sejam: I) Os parâmetros de venda das quotas sociais; II) A situação jurídica do sócio prestador de serviços após a quebra do vínculo social; III) Substituição dos sócio administrador; IV) Fixação de diretivas específicas na apuração de haveres; V) Delimitação de conduta após falecimento do sócio: liquidação da respectiva participação societária ou entrada dos herdeiros ou legatário na sociedade?

Enfim, se fôssemos elencar o cabedal de conflitos hábeis a surgir no andar de uma sociedade, despenderíamos um amontoado de letras que não comportariam no formato de um artigo. Assim, neste momento, esta não é a nossa intenção. O nosso desafio é tão somente o de ressaltar os sobressaltos que podem advir do experimento societário. Por isso, insisto que o contrato social seja confeccionado para atender às singularidades do exercício da medicina, sendo prudente a atuação de um advogado, que adequará tais necessidades às regras do Direito Pátrio. O planejamento lícito, sem dúvida alguma, desonera os ombros da pessoa jurídica e de seus sócios, sob os aspectos financeiro e organizacional, prevenindo contendas de toda ordem.

VIGENTES PARÂMETROS PARA FUNCIONAMENTO DE POSTOS DE SAÚDE E CONSULTÓRIOS

PRESENT PARAMETERS TO FUNCTIONING OF HEALTH CENTERS AND OFFICES

Palavras-chave – *Serviços médicos, fiscalização, manual de vistoria, uniformização.*

Keywords – *Medical services, surveillance, inspection, survey manual, uniformization.*

A Resolução 2.056/13, que redefine as regras para fiscalização do exercício da medicina em território nacional, passou a vigor a partir de 13 de maio de 2014. Editada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em novembro de 2013, a norma cumpriu o prazo de 180 dias para que o Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil e seus roteiros de vistoria começassem a valer. A normativa está publicada em sua íntegra na Revista Arquivos n.º 120, de outubro/dezembro de 2013. A Resolução n.º 2073/2014, que dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM n.º 2.056/13, está publicada nesta edição da revista. A íntegra do Anexo II está disponível no Portal Médico (http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2014/2073_2014.pdf).

Até o início de maio, Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) de todo o país realizaram vistorias educativas com base nos novos parâmetros e também para treinar seus fiscais no uso das novas ferramentas. Contudo, desde a data da vigência da Resolução, as unidades de saúde fiscalizadas terão 15 dias (prorrogáveis por

igual período) para solucionar os problemas apontados.

Em caso de não cumprimento das orientações, o CRM poderá chegar a propor a interdição ética do estabelecimento e apresentar denúncias aos órgãos competentes, como Ministério Público e Tribunais de Contas. Nestes casos, o médico fica proibido de trabalhar no local até que sejam providenciadas as devidas condições de trabalho. Medidas desse porte são tomadas quando se percebe que os atendimentos nestes locais podem expor o paciente e os profissionais a situações de risco.

Outro ponto importante da Resolução 2.056/13 é que, ao alterar substancialmente o trabalho nos CRMs em suas atividades de fiscalização de serviços médico-assistenciais, ela uniformiza essa prática em todos os estados. “Será uma verdadeira transformação no modo de ensinar e exercer a medicina”, afirmou o diretor do Departamento de Fiscalização e 3º vice-presidente do CFM, Emmanuel Fortes.

Para poder colocar essa nova metodologia em prática, os 27 CRMs receberam do CFM kits, que cumprem as determinações do Manual de Vistoria e Fiscalização. No pacote, estão tablets, máquinas fotográficas, medidores a laser (para averiguar o tamanho dos ambientes), scanners digitais e impressoras portáteis. Também estão incluindo softwares para permitir que os formulários de visitas sejam preenchidos e enviados pela internet para os Departamentos de Fiscalização em alguns cliques.

Com a mudança, as vistorias passam a cumprir um *check list* padrão, gerando o envio de relatórios ao CFM, a parametrização e a análise estatística tanto regional quanto nacional. Outras normas que aperfeiçoam o sistema de fiscalização dos conselhos devem ser editadas nos próximos meses. Entre elas, estão as que estabelecem os parâmetros para funcionamento de serviços de urgência e emergência.

CONSULTÓRIOS MÉDICOS SERÃO DIVIDIDOS EM GRUPOS

A Resolução 2.056/13 fixa nova sistemática para as vistorias e traz um modelo para o preenchimento de prontuários e para a elaboração das anamneses (entrevistas dos médicos com os pacientes). O Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil estabelece a infraestrutura mínima a ser exigida dos consultórios e ambulatórios médicos, de acordo com sua atividade fim e/ou especialidade.

Os consultórios e ambulatórios foram divididos em quatro grupos, que vão desde os que oferecem serviços mais simples, sem anestesia local e sedação, até àqueles que realizam procedimentos invasivos, com riscos de anafilaxias (reações alérgicas

sistêmicas) ou paradas cardiorrespiratórias.

“Até a edição desta resolução, cada conselho estabelecia regras no vácuo deixado por uma normativa nacional, sendo que os grandes conselhos apresentavam estratégias mais eficientes nesse controle que os menores. Agora está tudo parametrizado, o que facilitará a averiguação”, constata o diretor de fiscalização do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul (Cremers), Antônio Celso Ayub, participante do grupo de trabalho responsável pela elaboração da Resolução 2.056/12.

EQUIPAMENTOS MÍNIMOS

Dos consultórios e serviços do Grupo 1, no qual são realizadas apenas consultas, serão exigidos, por exemplo, equipamentos básicos como tensiômetro, estetoscópio, termômetro, maca, lençóis, pia, cadeira para o médico e mais duas para o paciente e acompanhante, entre outras exigências. “Vamos exigir, além da infraestrutura física, todos os equipamentos para a propedêutica e a avaliação clínica, sem os quais o médico não vai poder atuar”, avisa Emmanuel Fortes.

Já para os do Grupo 2, onde se executam procedimentos sem anestesia local e sem sedação, como o consultório de um cardiologista que faz apenas eletrocardiogramas, serão exigidos, além do listado no consultório básico, os equipamentos necessários para os exames específicos.

Nos consultórios ou serviços com procedimentos invasivos ou que exponham os pacientes a risco de vida, do Grupo 3, que realizem, por exemplo, teste ergométrico ou procedimento com anestesia local ou sedações leves, os fiscais devem averiguar se existem os instrumentos que assegurem a aplicação de forma segura e, em havendo complicação, o médico tenha disponíveis equipamentos de socorro à vida.

Este médico também precisa ser preparado para realizar os primeiros procedimentos de suporte. Há, ainda, o Grupo 4, que envolve os locais de realização de endoscopia, os quais devem ter tudo o que é exigido do Grupo 3, mais o que for específico do procedimento. A resolução também exige a presença de médicos plantonistas em ambientes onde são mantidos pacientes em descanso ou em observação.

Comunidades terapêuticas médicas também ficam obrigadas a ter médicos plantonistas e equipamentos de suporte à vida. A mesma exigência é feita aos CAPs AD II e III e ao CAPs III, locais de atendimento psiquiátrico.

NOVA REDAÇÃO DO MANUAL DE VISTORIA E FISCALIZAÇÃO DA MEDICINA

NEW EDITORIAL OF MEDICAL SURVEILLANCE MANUAL

* CFM

Palavras-chave – *Fiscalização, serviços médicos, roteiros de vistoria, anamnese, prontuário médico.*

Keywords – *Surveillance, medical services, inspection, anamnesis, medical records.*

RESUMO

Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 2.056/13, que disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos. Trata também dos roteiros de anamnese a serem adotados em todo o Brasil, inclusive nos estabelecimentos de ensino médico, bem como os roteiros para perícias médicas e a organização do prontuário de pacientes assistidos em ambientes de trabalho dos médicos.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM), 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

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO que a Resolução CFM nº 2.056/13 entra em vigor na data de 12 de maio de 2014;

CONSIDERANDO que o trabalho de fiscalização está sendo construído com um novo aplicativo e software para tornar ágeis as fiscalizações e permitir que dados estatísticos possam ser aferidos a cada ano, com o fito de garantir que os serviços médicos de qualquer natureza estejam sempre dentro de um padrão que garanta segurança na assistência ao povo brasileiro;

CONSIDERANDO que este trabalho é absolutamente inovador e também permitirá, com agilidade, responder a demandas da fiscalização ou judiciais, bem como possibilitar revisões sistemáticas dos ambientes médicos;

CONSIDERANDO, ainda, que como todo trabalho humano deverá estar aberto a modificações a partir de sugestões oriundas dos Conselhos Regionais, quando de sua implantação;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 28 de março de 2014,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar a nova redação dos roteiros de vistoria constantes no Anexo II e Anexos dos Grupos 1, 2, 3 e 4 da Resolução CFM nº 2.056/13, publicada no D.O.U. de 12 novembro 2013, Seção I, p. 162.

Art. 2º Revogam-se todas as disposições em contrário.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de 12 de maio de 2014, quando passará a vigorar a Resolução CFM nº 2.056/13.

Brasília-DF, 28 de março de 2014.

ROBERTO LUIZ D'AVILA

Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-geral

RESOLUÇÃO CFM n.º 2.073/2014

Resolução aprovada na Sessão Plenária de 28/03/2014.

Publicada no DOU de 11/04/2014, Seção I, p. 154.

VEDADO TRABALHO EM HOSPITAIS DE MÉDICOS SEM INSCRIÇÃO NO CRM DA RESPECTIVA CIRCUNSCRIÇÃO

BANNED MEDICAL PRACTICE IN HOSPITALS WITHOUT INSCRIPTION
IN THE COUNCIL OF THE RELATED REGION

* CFM

Palavras-chave – *Registro, órgão fiscalizador, inscrição, responsabilidade, jurisdição.*

Keywords – Registration, inspection organ, inscription, responsibility, jurisdiction.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, alterado pelo Decreto nº 6.391, de 19 de julho de 2009, e pela Lei 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos, e o Decreto nº 8.126, de 22 de outubro de 2013, que dispõe sobre os médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos e médicos estrangeiros cursando pós-graduação no país, que vedam, por parte desses médicos, o exercício da Medicina fora das atividades do Projeto;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.342, de 16 de abril de 1991, que dispõe sobre as atribuições dos diretores técnicos e clínicos;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.627, de 6 de junho de 2003, que dispõe sobre as Comissões de Ética dos estabelecimentos de saúde; e

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO o Código de Ética Médica, que em seu art. 18 veda aos médicos desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los,

RESOLVE:

Art. 1º A prestação de serviços médicos em hospitais e demais instituições de saúde somente é permitida aos médicos que possuam inscrição definitiva ou regular perante o competente Conselho Regional de Medicina;

Parágrafo único. Aos diretores técnicos é vedado aceitar ou permitir o ingresso nos corpos clínicos de quaisquer hospitais, públicos ou privados, ainda que conveniados ao SUS – Sistema Único de Saúde, a internação de pacientes sob a responsabilidade de profissionais não inscritos nos Conselhos Regionais, nem mesmo nas urgências e emergências.

Art. 2º É responsabilidade dos diretores técnicos das instituições hospitalares zelar pelo cumprimento dessa determinação, que decorre da lei vigente.

Art. 3º Os diretores clínicos e os integrantes das Comissões de Ética das mesmas instituições devem denunciar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer fatos que impliquem descumprimento desta resolução.

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

Brasília, 27 de março de 2014.

ROBERTO LUIZ D'AVILA

Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.072/14

De acordo com o art. 17 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas

no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

Por força da inscrição perante o Conselho Regional de Medicina, o médico passa a ter seus serviços profissionais fiscalizados pelos Conselhos Regionais de Medicina, o que proporciona segurança para a população que necessita procurar assistência médica.

Somente aos médicos devidamente inscritos nos Conselhos de Medicina é aplicável o inciso VI do Capítulo II do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931/09), segundo o qual é direito dos médicos 'internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos, com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição.

Por sua vez, o diretor técnico é o principal responsável pelo funcionamento do estabelecimento de saúde, tendo, obrigatoriamente, sob sua responsabilidade, a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos hospitalares.

Cabe ao diretor técnico assegurar o cumprimento dos princípios éticos no estabelecimento de saúde, devendo zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor.

Dentre essas disposições legais e normativas cabe ao diretor técnico controlar que apenas os médicos regularmente inscritos nos Conselhos de Medicina prestem serviços médicos no estabelecimento de saúde sob sua responsabilidade, sob pena de responder perante o Conselho Regional de Medicina, sem prejuízo à apuração penal ou civil.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA

Conselheiro relator

RESOLUÇÃO CFM nº 2.072/2014

Resolução aprovada na sessão plenária de 27/03/2014.

Publicada no DOU de 08/04/2014, Seção I, p. 101.

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO NO EXERCÍCIO DA ATIVIDADE

IDENTIFICATION OF THE DOCTOR WHILE EXERCISING THE PROFESSION

* CFM

Palavras-chave – *Identificação, padronização, doutor, especialidade, crachá, carimbo.*

Keywords – *Identification, standartization, doctor, specialty, identification badge, stamp.*

RESUMO

Padroniza a identificação dos médicos (em placas, impressos, batas ou vestimentas e/ou crachás) nos estabelecimentos de assistência médica ou de hospitalização (serviços de saúde), públicos e privados, em todo o território nacional.

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

CONSIDERANDO que todos aqueles que necessitam de assistência à saúde precisam identificar o profissional a quem estão se dirigindo nos estabelecimentos de assistência médica, de hospitalização ou qualquer outro onde, de forma direta ou indireta, o médico protagoniza atos de sua competência;

CONSIDERANDO que a Lei nº 8.080/90 e demais instrumentos normativos do Sistema Único de Saúde respeitam o contido no artigo 5º da Constituição Federal em seu inciso XIII, que prevê a formação de profissões construídas por saberes distintos e consequentes responsabilidades civis, penais e administrativas;

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO que o art. 6º da Lei nº 12.842/13 determina que “A denominação de “médico” é privativa dos graduados em cursos superiores de Medicina, e o exercício da profissão, dos inscritos no Conselho Regional de Medicina com jurisdição na respectiva unidade da Federação”;

CONSIDERANDO, finalmente, o aprovado na sessão plenária de 30 de janeiro de 2014,

RESOLVE:

Art. 1º É dever do médico(a) em todo o território nacional, quando em serviço em seus locais de trabalho, se identificar como MÉDICO, em tipo maiúsculo, quando detentor apenas da graduação e, quando especialista registrado no Conselho Regional de Medicina, acrescer o nome de sua ESPECIALIDADE, também em tipo maiúsculo.

Art. 2º É facultado ao médico(a), em todo o território nacional, utilizar antecedendo seu nome a palavra DOUTOR(A) ou sua abreviatura, conforme o consagrado pelo direito consuetudinário.

Art. 3º Esta resolução aplica-se a todos os documentos médicos, placas de identificação, bolsos ou mangas em batas ou roupas que utilize como fardamento de trabalho, além de crachás e carimbos, ou qualquer outro dispositivo que seja utilizado para sua identificação profissional.

Art. 4º Esta resolução entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após a sua publicação.

Brasília, 30 de janeiro de 2014.

ROBERTO LUIZ D’AVILA

Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-geral

RESOLUÇÃO CFM nº. 2.069/2014

Resolução aprovada na Sessão Plenária de 30/01/2014.

Publicada no DOU de 29/04/2014, Seção I, p. 106.

ENSINO E SUPERVISÃO DOCENTE DA MEDICINA SÃO PRERROGATIVAS EXCLUSIVAS DE MÉDICOS

MEDICINE TEACHING AND SUPERVISION ARE EXCLUSIVE PREROGATIVES OF DOCTORS

*Celso Murad**

Palavras-chave – *Supervisão de internato, ensino, docência, delegar função, impedimentos, formação acadêmica.*

Keywords – *Postgraduate training surveillance, teaching, delegate tasks, restrictions, academic formation.*

DA CONSULTA

N. B., estudante de Medicina, 11º período, consulta este CFM sobre supervisão realizada por enfermeiros no estágio de Medicina de Família, disciplina da grade curricular do período citado.

DO PARECER

A garantia de efetiva atenção à prevenção, tratamento e recuperação do estado de saúde da sociedade, individual ou coletivamente, é obrigação do Estado, conforme preceito constitucional.

A formação profissional dos executores deste mister é pilar fundamental para a obtenção desses resultados. Na Medicina, médicos bem formados requerem uma docência com qualidade.

Este fato é reconhecido pela legislação brasileira, como entrevisto na recente promulgação, pelo Governo, da Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina onde nos itens III e IV do artigo 5º define como privativos de médicos, respectivamente, o ensino de disciplinas especificamente médicas e a coordenação dos cursos de graduação em Medicina, dos programas

*Conselheiro relator do CFM.

de residência médica e dos cursos de pós-graduação específicos para médicos.

Assim, considerando a questão em pauta, não encontramos respaldo sequer na Lei 7.498/86, que regulamenta a profissão da Enfermagem, na qual tal conduta (supervisão de trabalho médico) não é contemplada em nenhum texto do referido juízo.

Destarte, a delegação dos responsáveis pela docência médica, para supervisão de estudantes de Medicina por outras categorias profissionais, não só contraria os preceitos da legislação vigente como também colide com o artigo 2º do Código de Ética Médica, que veda delegar a outros profissionais a execução de atos exclusivos da Medicina.

Extremamente pertinentes são os ensinamentos do insigne colega dr. Nelson Grisard, constantes na obra *Ato médico - Aspectos éticos e legais*, p.31, editada em 2002: “O ato médico é o ato profissional tornado concreto, face ao ordenamento jurídico vigente, por quem está habilitado para exercer a medicina (...) está contemplado de forma genérica e indireta em vários diplomas legais de diversas hierarquias como a *Constituição Federal*, os *Códigos Civil e Penal*, o *Estatuto da Criança e do Adolescente*, o *Código do Consumidor*, além de outras leis”.

DA CONCLUSÃO

O ensino da Medicina é prerrogativa intransferível da profissão médica. Sua execução e proteção é obrigação daqueles que por ele se responsabilizam. Não pode ser delegado a quem não possui formação técnica, sob risco de infração legal e ética.

Seu desrespeito não pode ser acatado pelos que, muitas vezes, são involuntariamente submetidos a este procedimento.

É o parecer. SMJ.

Brasília-DF, 21 de fevereiro de 2014.

CELSO MURAD
Conselheiro relator

Parecer CFM n.º 5/2014

Processo-Consulta 4/14

Parecer Aprovada

Reunião Plenária de 21/02/2014.

RECUSA DE MÉDICO PERITO A REALIZAR PERÍCIA DE SERVIDOR QUE SE APRESENTA PORTANDO ARMA DE FOGO

EXPERT DOCTOR'S DENIAL TO MAKE EXAMINATION OF SERVER BEARER OF FIREARM

*Renato Moreira Fonseca**

Palavras-chave – *Perícia médica, autonomia, coação, condições de trabalho.*

Keywords – *Medical expertise, autonomy, compulsion, working conditions.*

RESUMO

O médico perito necessita de condições de trabalho adequadas para agir com isenção e autonomia. Portanto, pode recusar-se a realizar perícia em segurado que se apresente portando arma de fogo, evitando coação direta ou indireta sobre o resultado final de seu trabalho.

CONSULTA

O Conselho de Saúde e Segurança do Trabalho, órgão vinculado à Secretaria de Estado e Administração Pública do Governo do Distrito Federal, encaminha consulta a este Conselho nos seguintes termos: considerando que alguns servidores da Secretaria de Segurança Pública do GDF apresentam-se à Unidade de Perícia Médica da Seap, para fins de exame médico-legal, portando armas de fogo, solicitamos posicionamento acerca da legalidade do médico perito se recusar a atender esses servidores.

*Conselheiro parecerista do CFM

DO PARECER E CONCLUSÃO

O Código de Ética Médica (Resolução CFM no 1.931/2009) estabelece em seus princípios fundamentais que:

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

Ainda no CEM, o artigo 98 do capítulo XI – Auditoria e Perícia Médica –veda ao médico:

Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou como auditor, bem como ultrapassar os limites de suas atribuições e competência.

Como verificamos, o CEM preocupou-se em estabelecer que o médico não pode submeter-se a nenhuma situação que comprometa a qualidade técnica e ética de seu trabalho durante a execução do mister.

Faz-se importante destacar que o médico perito exerce a função de julgador ao atuar como consolidador do ideal de justiça por meio da aplicação de seus conhecimentos científicos. Ora, se em condições adequadas de trabalho é difícil atuar como julgador, bem mais difícil é julgar em condições laborais adversas.

Portanto, considero que examinar, deferindo ou indeferindo um atestado médico de segurado que se apresenta portando arma de fogo, trata-se de exposição a condição adversa e temerária ao exercício da Medicina, pois o periciando, na angústia do seu pedido ser indeferido, pode agir de forma a influenciar direta ou indiretamente o resultado final do ato pericial.

Nessa linha de entendimento, o CFM aprovou o Parecer no 9/06, sob a lavra do conselheiro Roberto Luiz d'Ávila, que trata da prevenção de interferências no ato médico pericial, com a seguinte ementa:

“O exame médico-pericial é um ato médico. Como tal, por envolver a interação médico e periciando, deve o médico perito agir com plena autonomia, decidindo pela presença ou não de pessoas estranhas ao atendimento efetuado, sendo obrigatórias a preservação da intimidade do paciente e a garantia do sigilo profissional, não podendo, em nenhuma hipótese, qualquer norma, quer seja administrativa, estatutária ou regimental, violar este princípio ético fundamental”. Diante do exposto, mediante os fundamentos elencados, entendo que quando o periciando apresenta-se portando arma de fogo ou de

qualquer outra natureza durante o exame médico-legal configura-se uma situação de motivo justo para que o médico perito se recuse a realizar o atendimento.

É o parecer. SMJ.

Brasília-DF, 21 de fevereiro de 2014.

RENATO MOREIRA FONSECA

Conselheiro relator

Parecer CFM n.º 3/2014

Processo-Consulta CFM n.º 18/12

Parecer Aprovado

Reunião Plenária de 21/04/2014.

AUTOPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS E FALTA DE CARIMBO NA RECEITA

SELF-PRESCRIPTION OF MEDICINES AND LACK OF STAMP ON MEDICAL PRESCRIPTION

*Pedro Eduardo Nader Ferreira**

Palavras-chave – *Autoprescrição, responsabilidade, receita, carimbo.*

Keywords – *Self-prescription, responsibility, recipe, stamp.*

RESUMO

A utilização de carimbo de médico em prescrição é opcional, pois não há obrigatoriedade legal ou ética. O que se exige é a assinatura com identificação clara do profissional e o seu respectivo CRM. Não há proibição expressa para eventuais autoprescrições de médicos, exceto no caso de entorpecentes e psicotrópicos.

CONSULTA

A consulente, farmacêutica do Ministério da Saúde, faz dois questionamentos:

1- O médico pode prescrever para ele mesmo?

2- Caso o médico queira fazer uma prescrição no balcão e esteja sem o carimbo, podemos aceitar a prescrição e digitalizar a carteira de identidade profissional junto ao CRM do mesmo?

*Conselheiro parecerista do CFM.

DA DISCUSSÃO

A Resolução CFM nº 1.931/09 (CEM) veda ao médico, em seu art. 11: Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos.

O Decreto-lei nº 20.931/32 estabelece em seu art. 21: Ao profissional que prescrever ou administrar entorpecentes para alimentação da toxicomania será casada pelo diretor geral do Departamento Nacional de Saúde Pública, no Distrito Federal, e nos Estados pelo respectivo diretor dos serviços sanitários, a faculdade de receitar essa medicação, pelo prazo de um a cinco anos, devendo ser o fato comunicado às autoridades policiais para a instauração do competente inquérito e processo criminal.

• **Processo-consulta nº CFM 969/2002:**

Não há no CEM proibição expressa para eventuais autoprescrições de médicos ou atendimento a descendentes e ascendentes diretos. O bom-senso deve nortear esses atos, de maneira a garantir a isenção do atendimento.

Qualquer tentativa de atendimento falso ou exagerado deve ser denunciada ao CRM.

• **Processo-consulta nº CFM 4.696/2002:**

Não deve o médico usuário de entorpecentes/psicotrópicos autoprescrever tais drogas.

• **Processo-consulta Cremec nº 573/2004:**

A utilização de carimbo de médico em receita é opcional, pois não há obrigatoriedade legal ou ética. O que se exige é a assinatura com identificação clara do profissional e o seu respectivo CRM.

• **Processo-consulta Cremerj nº 46/96:**

Orienta que em princípio qualquer ato médico deve ser acompanhado não só da assinatura como do registro do médico no CRM; que sempre que possível o uso do carimbo é aconselhável em todos os atos; que no caso de prescrição de medicamentos controlados faz-se indispensável ou o uso do carimbo ou o uso de

impressos em que conste a inscrição do médico no CRM; que na impossibilidade ocasional do uso do carimbo a assinatura pode ser acompanhada nas folhas de evolução, prescrição e de exames complementares do número do registro do médico no CRM.

• **Processo-consulta Cremesp nº 38.438/12:**

Desde que o médico seja identificável através de seu número de registro no CRM não há exigência, nem forma legal prescrita, para elaboração de carimbo.

Manual de orientações básicas para prescrição médica do CRM-PB/CFM:

A alínea “C” do artigo 35 da Lei 5.991/73 (Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências), determina que somente será aviada a receita que contiver a data e assinatura do profissional, endereço do consultório ou da residência e o número de inscrição no respectivo CRM.

Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998, considerando a convenção única sobre entorpecentes de 1961, a convenção sobre substâncias psicotrópicas de 1971, a convenção contra o tráfico ilícito de entorpecentes e substâncias psicotrópicas de 1988, entre outros decretos, leis e resoluções sobre a matéria: aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, alínea “H” do artigo 36: “assinatura do prescritor: quando os dados do profissional estiverem devidamente impressos no campo do emitente, este poderá apenas assinar a notificação de receita. No caso de o profissional pertencer a uma instituição ou estabelecimento hospitalar, deverá identificar a assinatura com carimbo, constando a inscrição no Conselho Regional, ou manualmente, de forma legível”; §2º artigo 40:

“Para o recebimento do talonário, o profissional ou o portador deverá estar munido do respectivo carimbo, que será apostado na presença da Autoridade Sanitária, em todas as folhas do talonário no campo “Identificação do Emitente”.

§2º do artigo 55:

“Em caso de emergência, poderá ser aviada ou dispensada a receita de medicamento a base de substâncias constantes das listas “C1” (outras substâncias sujeitas a controle especial) deste Regulamento Técnico e de suas atualizações, em papel não privativo do profissional ou da instituição, contendo obrigatoriamente: o diagnóstico ou CID, a justificativa do caráter emergencial do atendimento, data,

inscrição no Conselho Regional e assinatura devidamente identificada. O estabelecimento que aviar ou dispensar a referida receita deverá anotar a identificação do comprador e apresentá-la à Autoridade Sanitária do Estado, Município ou Distrito Federal, dentro de 72 (setenta e duas) horas, para visto". Entretanto, entendemos que não se aplica a colocação do código da Classificação Internacional de Doenças (CID), tendo em vista a farta jurisprudência com respeito à proteção do sigilo médico.

DA CONCLUSÃO

Como se pode observar, não há vedação expressa em nenhum dos pareceres, leis e documentos apontados com relação à prescrição para o próprio prescriptor, exceto no caso de autoprescrição de substâncias entorpecentes e psicotrópicos, conforme disposto no art. 21 do Decreto-lei nº 20.931/3.

Aceitar a carteira de identidade médica como forma de confirmar a legitimidade na identificação do médico é louvável e cumpre o papel fiscalizador orientado na norma da Anvisa.

O uso obrigatório do carimbo assinalado na Portaria nº 344/98 só se dá no § 2º do art. 40 para recebimento do talonário para prescrição de medicamentos e substâncias das listas A1 e A2 (entorpecentes) e A3 (psicotrópicos).

É o parecer. SMJ.

Brasília-DF, 31 de janeiro de 2014.

PEDRO EDUARDO NADER FERREIRA

Conselheiro relator

Parecer CFM n.º 1/2014.

Processo-Consulta CFM n.º 51/2013

Parecer Aprovado

Reunião Plenária de 31/01/2014.

USO DE CÉLULAS-TRONCO NA DERMATOLOGIA

STEM CELL USE IN DERMATOLOGY

*Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke**

Palavras-chave – *Células-tronco, terapia, dermatologia, regeneração, estética.*

Keywords – *Stem cells, therapy, dermatology, regeneration, esthetics.*

CONSULTA

Devido a diversos questionamentos sobre o uso de células-tronco como terapia, tanto para doenças dematólogicas, sistêmicas com repercussão sobre a pele e para fins estéticos, a vice-presidência deste Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Este parecer foi elaborado pelos membros da Câmara Técnica de Dermatologia deste CRM-PR, cujo teor acolho em sua integralidade.

As células-tronco adultas são responsáveis pela reposição das células dos tecidos ao longo de toda a vida, sendo encontradas em todos os órgãos e tecidos do corpo humano.

*Conselheira parecerista do CRM-PR.

As células da medula óssea, cordão umbilical e gordura foram as mais utilizadas e estudadas pela facilidade de obtenção e cultivo.

O foco no tecido celular subcutâneo ou gordura, deve-se à presença de adipócitos maduros, pré-adipócitos, fibroblastos, células endoteliais, monócitos/macrófagos residentes e linfócitos, que apresentam características de células pluripotentes.

As células-tronco derivadas do tecido adiposo apresentam um potencial de diferenciação semelhante ao das células-tronco derivadas da medula óssea, podendo originar células e tecidos de origem mesodérmica, como adipócitos, cartilagem, osso e músculo esquelético.

O tecido adiposo apresenta cerca de 1% de células-tronco e o seu cultivo tem por finalidade aumentar este percentual. Estas células podem ser fibroblastos ou qualquer outra célula. Para documentação e comprovação de resultados a célula deve ser submetida a marcadores específicos e atestadas no produto obtido.

As células com finalidade estética são habitualmente acondicionadas em veículo à base de ácido hialurônico, um preenchedor temporário clássico.

O material é obtido através de lipoaspiração realizada no próprio paciente e reinjetado na área receptora após ser manipulado e beneficiado em laboratórios autorizados.

Estudos têm sido realizados para recuperação de áreas queimadas de pele, de alopecias não cicatriciais, entre outros. No caso de doenças auto-imunes, com manifestações dermatológicas, os tratamentos têm como finalidade a supressão destas e a substituição das células doentes. Entretanto, estes poucos estudos apresentam viés de financiamento, envolvem um número pequeno de casos, baseiam-se na opinião de poucos especialistas e em relatos de casos sem grupo controle. Além disso, a maioria envolve experimentos em animais, se referem à viabilidade celular após a criopreservação e possuem pouco tempo de observação dos resultados obtidos.

Serviços e laboratórios, envolvidos na obtenção de células-tronco, ainda buscam a comprovação da eficácia e superioridade desta opção terapêutica em relação às já existentes, o que mostra seu caráter ainda experimental.

A utilização de terapêutica experimental é permitida quando aceita pelos órgãos competentes e com o consentimento do paciente ou de seu representante legal,

adequadamente esclarecidos da situação e das possíveis consequências; conforme rege o capítulo XII do Código de Ética Médica e a Resolução CFM n.º 1982/2012.

A propaganda de técnicas não consagradas é vedada de acordo com o capítulo XIII do Código de Ética Médica e pela Resolução CFM n.º 1974/2011.

Se questionado, cabe ao médico que indicar e utilizar, comprovar a segurança e a eficácia com base na medicina baseada em evidências.

Em 2010 o Conselho Federal de Medicina emitiu um comunicado sobre o uso de células-tronco para tratamentos estéticos nos consultórios condenando a sua prática indiscriminada.

CONCLUSÃO

O uso de células tronco para fins regenerativos e estéticos na dermatologia parece promissor, entretanto, à luz do conhecimento atual, ainda são necessários estudos adequadamente conduzidos que comprovem a sua eficácia e seu benefício.

É o parecer. SMJ.

Curitiba, 25 de março de 2014.

Cons^a EWALDA VON ROSEN SEELING STAHLKE

Conselheira parecerista

Parecer CRM-PR n.º 2462/2014

Processo-Consulta n.º 23/2014

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n.º 3467, de 31/03/2014 - CÂM I

O ATENDIMENTO AO PACIENTE PORTADOR DE HANSENÍASE

MEDICAL CARE TO THE LEPROSY BEARER PATIENT

*Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke**

Palavras-chave – *Hanseníase, notificação compulsória, saúde pública, incapacidades.*

Keywords – *Leprosy, Hansen's Disease, communicable diseases, compulsory notice, public health. disability.*

RESUMO

O paciente portador de Hanseníase tem direito ao atendimento médico em sua integralidade, incluindo prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, visto ser uma doença de notificação compulsória e de interesse da saúde pública, com a também importante participação dos demais profissionais da equipe de saúde. O profissional médico, assim como os demais membros da equipe, deve ter acesso à portaria normatizadora, ser devidamente treinado e ter condições adequadas de trabalho, de acordo com os diversos níveis de assistência médica.

CONSULTA

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

"Solicito esclarecimentos. Fiz dx. de hanseníase linfa positiva, sempre encaminhei para

*Conselheira parecerista do CRM-PR.

especialidade de dermatologia, mas enfermeira do Posto e da Regional de Saúde, orientou que agora é o medico da unidade que tem que fazer tudo, não mais o dermatologista. Gostaria saber a veracidade do tema..."

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A Hanseníase está entre as doenças negligenciadas, uma vez que a pessoa portadora deixa de reivindicar seus direitos, diagnóstico e tratamento, em função da eventual exposição e do estigma que ainda a permeia, embora este já bastante minorado devido ao trabalho desenvolvido pelas diversas esferas, pública e privada.

A Portaria Ministério da Saúde n.º 3125/2010 *normatiza as ações que devem ser executadas em toda a rede de atenção primária do Sistema Único de Saúde - SUS e que, em razão do potencial incapacitante da hanseníase, deve-se garantir atenção especializada em unidades de referência ambulatorial e hospitalar, sempre que necessário.* O atendimento na rede básica de saúde tem a finalidade de permitir acessibilidade a todos os pacientes, cabendo à atenção básica suspeitar, diagnosticar, tratar e acompanhar todos os casos de Hanseníase e seus comunicantes, mantendo estrita vigilância epidemiológica e promovendo ações educativas na prevenção da doença e suas sequelas. Entretanto, quando houver dúvida ou dificuldade para o diagnóstico ou ocorrer alguma intercorrência de difícil manejo, poderá o paciente ser encaminhado para a referência em nível secundário ou terciário dependendo da complexidade. Assim, pretende-se oferecer uma rede estruturada de serviços regionalizada e hierarquizada que estabeleça uma linha de cuidados integrais e integrados em ações de promoção, prevenção de incapacidade e reabilitação física para as pessoas afetadas pela hanseníase, com vistas à redução das consequências causadas pelo dano neural, minimizando, dessa forma, os problemas associados à doença.

Para reforçar as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde em relação à Hanseníase foi emitida a Resolução CFM nº 1780/2005, que no parágrafo 2º determina que *o atendimento a qualquer paciente, independente de sua doença, deverá ser efetuado de acordo com as normas de biossegurança recomendadas pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, razão pela qual não se pode alegar desconhecimento ou falta de condições técnicas para a recusa da prestação de assistência; e entende que cabe aos profissionais médicos a responsabilidade em relação à prevenção e controle da hanseníase no país, quer na atenção básica ou na média e alta complexidade da assistência médica. Essa prática, se priorizada no cuidado às pessoas atingidas por hanseníase,*

vai privilegiar uma interdisciplinaridade envolvendo todas as especialidades médicas, intensificando o caráter de integralidade.

A portaria MS nº 594/2010, considera que em função do caráter infeccioso e crônico da hanseníase, que pode cursar com episódios agudos, com alto poder incapacitante e que demanda acompanhamento de longo prazo com assistência clínica, cirúrgica, reabilitadora e de vigilância epidemiológica é, inicialmente, responsabilidade da *Atenção Primária, em especial das Equipes de Saúde da Família, a identificação e tratamento dos casos de Hanseníase*. O art.2º define como *Serviço de Atenção Integral em Hanseníase* *aquele que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos capacitados para a realização das ações mínimas* descritas a seguir:

▪ **Serviço de Atenção Integral em Hanseníase Tipo I**

- a) Ações educativas de promoção da saúde no âmbito dos serviços e da coletividade;
- b) Vigilância epidemiológica: identificação, acompanhamento dos casos, exame de contato e notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN;
- c) Diagnóstico de casos de hanseníase;
- d) Avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade;
- e) Exame dos contatos, orientação e apoio, mesmo que o paciente esteja sendo atendido em serviço do Tipo II e III;
- f) Tratamento com poliquimioterapia (PQT) padrão;
- g) Acompanhamento do paciente durante o tratamento da hanseníase e após a alta, mesmo que ele esteja sendo atendido em serviço do Tipo II ou III;
- h) Prevenção de incapacidades, com técnicas simples e auto cuidado apoiado pela equipe;
- i) Encaminhamento para outros profissionais ou serviços.

▪ **Serviço de Atenção Integral em Hanseníase Tipo II**

- a) Ações educativas de promoção da saúde no âmbito dos serviços;
- b) Vigilância epidemiológica: identificação, acompanhamento dos casos, exame de contato e notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN;
- c) Diagnóstico de casos de hanseníase, inclusive da forma neural pura; das reações hansênicas e adversas aos medicamentos; das recidivas; e de outras intercorrências e sequelas;
- d) Avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade;

- e) Coleta de raspado dérmico para baciloscopia;
- f) Tratamento com poliquimioterapia padrão e com esquemas substitutivos;
- g) Acompanhamento do paciente durante o tratamento da hanseníase e após a alta;
- h) Prevenção e tratamento de incapacidades e autocuidado apoiado pela equipe;
- i) Encaminhamento para outros profissionais ou serviços.

▪ **Serviço de Atenção Integral em Hanseníase Tipo III**

- a) Ações educativas de promoção da saúde no âmbito dos serviços;
- b) Vigilância epidemiológica: identificação, acompanhamento dos casos, exame de contato e notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN;
- c) Diagnóstico de casos de hanseníase, inclusive da forma neural pura; das reações hansênicas e adversas aos medicamentos; das recidivas; e de outras intercorrências e sequelas;
- d) Avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade;
- e) Baciloscopia;
- f) Tratamento com poliquimioterapia padrão e com esquemas substitutivos;
- g) Internação;
- h) Atendimento pré e pós-operatório;
- i) Procedimentos cirúrgicos;
- j) Exames complementares laboratoriais e de imagem;
- k) Prevenção e tratamento de incapacidades e autocuidado apoiado pela equipe;
- l) Encaminhamento para outros profissionais ou serviços.

S1º - As pessoas com sequelas de hanseníase devem ter acesso a órteses, palmilhas e calçados adaptados, sejam eles confeccionados ou dispensados pelos Serviços do tipo II ou III, ou por outros serviços da rede do Sistema Único de Saúde - SUS.

O Guia de Hanseníase orienta para o diagnóstico clínico através do exame físico que consiste em avaliação dermatoneurológica, buscando-se identificar sinais clínicos da doença; precedido por anamnese para coleta das informações sobre a história clínica, e epidemiológica, cujo roteiro inclui:

- Anamnese - obtenção da história clínica e epidemiológica;
- avaliação dermatológica - identificação de lesões de pele com alteração de sensibilidade;
- avaliação neurológica - identificação de neurites, incapacidades e deformidades;
- diagnóstico dos estados reacionais;

- diagnóstico diferencial;
- classificação do grau de incapacidade física.

CONCLUSÃO

Após estas considerações concluí-se que o atendimento ao paciente portador de Hanseníase, de acordo com as normativas, deve ser realizado pela equipe da Unidade Básica de Saúde, cabendo ao Gestor providenciar o acesso às informações e aos treinamentos, entretanto o paciente poderá quando necessário ser encaminhado para a referência em dermatologia ou hanseníase.

Quanto à avaliação simplificada das incapacidades físicas, a orientação, de acordo com o Manual de Hanseníase e a Resolução Ministério da Saúde n.º 3125/2010, deve ser realizada pelo médico assistente, contudo, caso exista fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional na rede, este deverá também fazer o acompanhamento e as orientações relativas à prevenção e ao tratamento das incapacidades, não havendo impedimento que participe do atendimento desde o cadastro do paciente, e embora não exista obrigatoriedade deste profissional na equipe, é recomendável a sua integração.

É o parecer. SMJ.

Curitiba, 17 de fevereiro de 2014

Cons.^a EWALDA VON ROSEN SEELING STAHLKE
Conselheira parecerista

Parecer CRM-PR n.º 2449/2013

Processo-Consulta n.º 33/2013

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n.º 3451, de 11/03/2014 - CÂM III

AUDITORIA HOSPITALAR: RELAÇÃO CONTRATUAL ENTRE HOSPITAIS E OPERADORAS DE SAÚDE

HOSPITAL AUDIT: CONTRACTUAL RELATIONSHIP BETWEEN
HOSPITALS AND HEALTHCARE PROVIDERS

*Donizetti Dimer Giamberardino Filho**

Palavras-chave – *Auditoria, contas hospitalares, honorários, autonomia, relação contratual, prescrição.*

Keywords – *Audit, hospital accounts, honorary, autonomy, contractual relationship, prescription.*

CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, médico-gerente de setor de contra-auditoria faz consulta com o seguinte teor:

“O Hospital XXX e demais hospitais tem enfrentado recentemente algumas divergências durante a auditoria médica no faturamento das contas. Tais atitudes não estão de acordo com as normas preconizadas pela Resolução 1.614/200 1 do CFM. Prezando pelo bem estar dos pacientes e respeito aos profissionais que integram nosso corpo clínico, solicito o esclarecimento de algumas questões que surgiram durante a realização de auditoria das contas hospitalares após a internação e realização dos procedimentos médicos:

- 1) Pode a operadora de saúde determinar, através de manuais ou diretrizes, a escolha da terapia por parte do médico assistente?*
- 2) Pode um manual ou diretriz substituir a propedêutica médica e decisão de escolha*

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

terapêutica na prática clínica?

3) Pode a operadora efetuar glosa de uma medicação se o médico assistente optar por outra droga que não consta nestes manuais, mas tem embasamento técnico para utilização?

4) Pode o médico auditor efetuar glosa de honorários ou medicamentos prescritos sem fazer contato direto com o médico assistente, identificando-se e expondo os motivos da glosa?

5) Pode a operadora transferir para o hospital a responsabilidade de gerenciar as condutas terapêuticas dos médicos uma vez que estes estão autorizados a prestar serviços para o plano de saúde?

6) Qual a conduta que o Hospital deve adotar nas situações em que foi administrado a medicação de acordo com a prescrição médica e foi efetuada glosa mediante alegação de que não atende o protocolo instituído pela operadora, mas sem a anuência dos profissionais envolvidos?

7) Pode haver glosa dos honorários dos médicos do corpo clínico que não seguirem as diretrizes ou protocolos por divergência de conduta clínica?"

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A intermediação de serviços de saúde assume na atualidade papel protagonista nos cenários dos sistemas de saúde seja por objetivos na qualidade da assistência seja por aspectos financeiros no controle de custos.

As questões abordadas pelo consulente dizem respeito a aspectos médicos, como também aspectos contratuais entre hospitais contratados e as operadoras de saúde contratantes.

De modo sucinto, nas internações hospitalares de paciente contratantes de operadoras de Saúde, podemos vislumbrar algumas modalidades de relação contratual:

1) A relação médico paciente, alicerce da profissão médica, que tem como base os postulados do Código de Ética Médica e demais resoluções, este contrato, mesmo que tácito, deve respeitar os valores da Bioética, da medicina, da dignidade humana e independe da modalidade de remuneração dos serviços prestados. Os princípios de fazer o bem (beneficência), não fazer mal (não maleficência)

e respeitar a autonomia do sujeito a ser cuidado, devem ocorrer sempre, não se admitindo exceções.

Neste sentido, o médico assistente deve realizar sua prescrição, seu projeto terapêutico, fundamentado nas hipóteses diagnósticas, utilizando os melhores recursos disponíveis ao seu alcance. Vale ressaltar a necessidade de cumprir a legislação sanitária referente aos medicamentos e materiais cujo uso está autorizado no país. No mesmo âmbito médico de condições e recursos disponíveis para o exercício da medicina, dentro das melhores práticas, existe a necessária presença do diretor técnico médico do estabelecimento de saúde, o qual deve prover as condições necessárias, assim como promover ações de gerenciamento de riscos e que os serviços médicos utilizem diretrizes reconhecidas cientificamente, parametrizadas por indicadores selecionados. Os protocolos, manuais ou diretrizes instituídos pelo estabelecimento hospitalar devem estar bem fundamentados, visando a melhor qualidade de assistência e segurança aos pacientes.

O médico auditor deve obviamente cumprir também o CEM e as demais resoluções.

2) A relação entre a Operadora de Saúde contratante e o hospital contratado.

Trata-se de um contrato administrativo entre duas partes: a operadora de Saúde que foi contratado pelo usuário e o Estabelecimento de saúde contratado como prestador de serviços médicos hospitalares.

Como todo contrato administrativo, o mesmo deve ter pactuações com equilíbrio entre as partes, cláusulas consensuais e previsão das modalidades de serviço disponíveis no contrato.

A recusa de pagamentos da operadora de saúde, de materiais ou serviços prestados deve estar prevista em contrato, estando explícito de quem é a responsabilidade pelos custos, seja do hospital, da Operadora de Saúde ou até do usuário. Da mesma forma, as autorizações prévias devem estar pactuadas, tendo-se atenção que do ponto de vista da ética médica, o paciente não deve ser prejudicado por acordo administrativo entre operadora de saúde e o hospital.

3) O contrato entre o usuário e a operadora de saúde. Esta relação contratual é mediada pela Agência nacional Saúde Suplementar (ANSS) quando o produto (plano de saúde) adquirido pelo usuário prevê uma rede de prestadores de serviço com capacidade instalada para prover as necessidades de seus usuários.

Estas modalidades de relação contratual estão presentes nas interações hospitalares, havendo com frequência conflitos entre interesses éticos (morais) e administrativos além de desequilíbrios nos contratos celebrados entre operadora de saúde que dominam o mercado e os prestadores de saúde, traduzindo a brutalidade da lógica do mercado da sociedade capitalista aplicada em atividades cuja base é social e atinge direitos fundamentais da pessoa, o seu direito à saúde.

Com estas breves considerações, passamos a responder as questões:

“1) Pode a operadora de saúde determinar, através de manuais ou diretrizes, a escolha da terapia por parte do médico assistente?”

A princípio, se presume que na ocasião da contratação de serviços prestados médico-hospitalares por uma operadora de saúde, está implícito que os serviços médicos serão contratados, em conjunto com os outros serviços hospitalares. Nesse sentido, entende-se que os manuais de diretrizes para terapia dos pacientes internados, são instituídos pelos serviços médicos específicos existentes no hospital, ou seja, pelo prestador de serviços, salvo tenha ocorrido pactuação entre operadora de saúde, corpo médico e hospital correspondente. Mas, não é aceitável que a operadora de saúde indique ou exija diretrizes que o corpo médico do hospital não adote, cabe ao diretor técnico e os chefes de serviço apresentarem seus manuais ou diretrizes devidamente fundamentados.

“2) Pode um manual ou diretriz substituir a propedêutica médica e decisão de escolha terapêutica na prática clínica?”

Os manuais ou diretrizes devem orientar o médico assistente, mas a decisão da prescrição terapêutica deve estar adequada as peculiaridades da situação, sendo do médico assistente a responsabilidade e decisão de prescrição individuais.

“3) Pode a operadora efetuar glosa de uma medicação se o médico assistente optar por outra droga que não consta nestes manuais, mas tem embasamento técnico para utilização?”

O médico assistente deve utilizar os melhores recursos terapêuticos disponíveis a seu alcance e o não cumprimento de sua prescrição acarreta consequências de responsabilidade sobre danos. E quanto a questão da recusa do pagamento por medicação aplicada está no âmbito administrativos e no contrato deve estar

prevista a responsabilidade de custeio: hospital, operadora de saúde ou usuário.

“4) Pode o médico auditor efetuar glosa de honorários ou medicamentos prescritos sem fazer contato direto com o médico assistente, identificando-se e expondo os motivos da glosa?”

Conforme resolução do CFM ao médico auditor é vedado realizar glosas ou autorizar procedimentos.

“5) Pode a operadora transferir pra o hospital a responsabilidade de gerenciar as condutas terapêuticas dos médicos uma vez que estes estão autorizados a prestar serviços para o plano de saúde?”

O hospital, através de seu diretor técnico, têm a responsabilidade de gerenciar as condutas terapêuticas dos médicos, no tocante as diretrizes e manuais estabelecidos pelo corpo médico do mesmo hospital, não por terceiros, no caso as operadora de saúde.

Apesar do consulente não citar, vale dizer pelo porte que representa, a condição das cooperativas médicas operadoras de saúde e sua relação com o corpo médico doa instituição, ou seja, os médicos cooperados pertencem a rede própria da operadora de saúde cooperada e podem ao mesmo tempo, serem membros do corpo médico do hospital contratado.

Nesta situação entende-se que deve prevalecer as diretrizes e manuais do serviço hospitalar, pois o mesmo pode ter componentes médicos não cooperados.

“6) Qual a conduta que o Hospital deve adotar nas situações em que foi administrado a medicação de acordo com a prescrição médica e foi efetuada glosa mediante alegação de que não atende o protocolo instituído pela operadora, mas sem a anuência dos profissionais envolvidos?”

Nas situações onde a prescrição realizada foi aplicada e o paciente não teve prejuízo, a questão passa a ser administrativa.

A responsabilidade do custo financeiro da prescrição médica deve estar prevista em contrato, seja do hospital, da operadora ou do usuário, em não cumprimento, recorrer a justiça.

“7) Pode haver glosa dos honorários dos médicos do corpo clínico que não seguirem as diretrizes ou protocolos por divergência de conduta clínica?”

A recusa de pagamento por serviços médicos prestados, indicados com base

diagnóstica e terapia correspondente, deve ser formalmente encaminhada a este CRM-PR, para análise específica.

É o parecer. SMJ.

Curitiba, 27 de janeiro de 2014.

Cons.º DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO

Conselheiro parecerista

Parecer CRM n.º 2442/2014

Processo-Consulta n.º 157/2010

Parecer Aprovado

Reunião Plenária n.º 3425, de 27/01/2010 - CÂM III

EMISSÃO DE ATESTADO MÉDICO E VALIDADE PARA PRÁTICA DO DESPORTO FUTSAL

EMISSION OF MEDICAL CERTIFICATE AND ITS VALIDITY TO THE PRACTICE OF FUTSAL

*Viviana de Mello Guzzo Lemke**

Palavras-chave – *Atestado médico, validade, desporto, prevenção, competição.*

Keywords – *Medical certificate, validity, sport, prevention, competition.*

CONSULTA

Em e-mail encaminhado a este Conselho Regional de Medicina, consulente formula os seguintes questionamentos:

“Solicito a possibilidade de emissão de Parecer do CRM-PR, sobre a emissão de atestado médico e validade dos mesmos para a prática do desporto Futsal, esporte não-profissional.

1. Para a prática desse desporto, seja para as categorias menores, sub-07, sub-09, sub-11, até as categorias maiores, sub-20 e adulto, nos naipes masculino e feminino, se faz necessária a verificação da sanidade física ou higidez dos atletas por parte dos clubes onde os atletas estão vinculados?

2. A Federação Paranaense de Futebol de Salão pode solicitar ou exigir o atestado médico dos atletas que forem participar das competições promovidas e dirigidas por ela, tendo

*Conselheira parecerista do CRM-PR.

em vista a prevenção de acidentes, como por exemplo morte súbita durante a prática do desporto?

3. Em caso afirmativo do item 2, qual o prazo de validade de um atestado médico? Qual seria o prazo legal ou razoável para que antes de iniciada uma competição (campeonato) fosse solicitado o atestado médico e o mesmo encaminhado e acostado à documentação de cada atleta? Qual o prazo máximo de tolerância para o aceite de um atestado médico antes do início de uma competição (campeonato)?

4. Se tivermos um caso em que um clube participa com seus atletas de uma competição promovida e dirigida pela FPF com início em março e término em maio e outra competição iniciando-se em setembro e terminando em novembro do mesmo ano, pode-se aceitar um único atestado, emitido por exemplo, em janeiro ou fevereiro do mesmo ano?

Justificativa: Atualmente sou Superintendente da FPF e na montagem da regulamentação dos vários campeonatos de futsal a serem realizados em 2014, nas mais diversas categorias, tais como sub-07 a sub-13, além de sub-15, sub-17, sub-20 e adultos, verificamos que existe divergência de interpretação por parte de alguns clubes filiados em relação a emissão e prazo de validade de atestados médicos, com alguns inclusive se insurgindo contra a solicitação de atestado médico.

Para dirimir tais divergências, apelamos para o CRM-PR para nos auxiliar naquilo que puder e couber na questão e principalmente, antes do aspecto formal e legal, a prevenção na prática desportiva, pois no nosso entender a manifestação da sanidade e higidez física, seja de um menor ou um maior de idade, praticante de uma atividade física, é condição essencial à preservação da vida, nosso bem maior."

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O Futsal é uma modalidade esportiva que foi adaptada do futebol de campo para as quadras. De acordo com a classificação da 36ª Conferência de Bethesda é considerado um esporte "Dinâmico Intenso" e pelo Colégio Americano de Medicina do Esporte como uma atividade de "Intensidade Vigorosa ou Acentuada" o que justifica a preocupação do consultante sobre a necessidade de atestado médico para a prática desta atividade física.

Entidades reconhecidas internacionalmente como a Sociedade Europeia de Cardiologia (SEC), o Comitê Olímpico Internacional (COI) e a Sociedade Americana

de Cardiologia (SAC) divergem quanto à definição de exames diagnósticos de triagem para o estabelecimento de protocolos de investigação pré participação em atividades físicas em saúde pública, contudo tanto a Associação Americana de Cardiologia, como a Sociedade Europeia de Cardiologia e a Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte são concordantes em recomendar a Avaliação Pré Participação (APP) para todos os atletas profissionais e para aqueles esportistas não profissionais, mas que realizam atividades de alta intensidade, inclusive para as crianças.

Após grandes estudos científicos realizados, o Comitê Olímpico Italiano escreveu várias regras para a prática de esporte profissional naquele país, sendo que uma das suas exigências é que a Avaliação Pré Participação seja refeita anualmente para os adultos e a cada 2 anos para as crianças, desde que não exista mudanças do quadro clínico. A Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte recomenda que “O indivíduo acima de 35 anos que pretenda praticar exercícios de caráter competitivo deverá submeter-se periodicamente a uma avaliação médica especializada” não expondo claramente a sua opinião em relação às crianças.

Considerando a Resolução Conselho Federal de Medicina nº 1.658/2002, que normatiza a emissão de atestados médicos;

Considerando o Parecer-Consulta Cremerj nº 122/2003, que firma o entendimento de que o parecer de um especialista para a liberação para a prática de exercícios se justifica se a anamnese ou exame físico concorrem para tal;

Considerando o Parecer-consulta CRM-PR nº 2.209/2010, que responde sobre emissão de atestado médico para a prática de exercícios físicos emitido pelo pediatra,

Considerando o Parecer do CFM nº 22/2013 que relata a importância da avaliação médica antes da atividade física, seja ela competitiva ou recreativa, sendo que esta deve ser feita por um especialista nos casos de pacientes que pretendem fazer atividade competitiva ou daqueles aqueles com alterações clínicas diagnosticadas ou suspeitadas no exame efetuado pelo médico

Considerando o Código de Ética Médica, onde no capítulo de Princípios Fundamentais artigo 5º estabelece que: *“Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente”*.

CONCLUSÃO

Entendo que existe obrigatoriedade de avaliação pré-participação para todos os atletas, independente de idade ou gênero, sendo que o tipo da avaliação depende da decisão do médico e a este compete a elaboração do Atestado.

Quanto ao prazo de validade do atestado, tendo em vista que a emissão de um Atestado Médico deve refletir as informações fornecidas pelo paciente, os dados semiológicos do exame físico e a impressão diagnóstica da ocasião dessa avaliação, considero que não pode o médico estabelecer um prazo de validade para seu atestado por não deter capacidade de prever eventos futuros, sendo a periodicidade da "renovação do atestado" uma decisão resultante entre o bom senso da Instituição a qual o atleta está filiado e do próprio interessado, que poderá estar clara no estatuto/regimento que norteia a atividade da categoria, e não havendo alteração do quadro clínico este mesmo atestado pode ser apresentado para uma outra competição desde que estas estejam em períodos aproximados.

É o parecer. SMJ.

Curitiba, 17 de março de 2014.

Cons^a VIVIANA DE MELLO GUZZO LEMKE
Conselheira parecerista

Parecer CRM-PR nº 2.451/2014

Processo-Consulta nº 42/2013

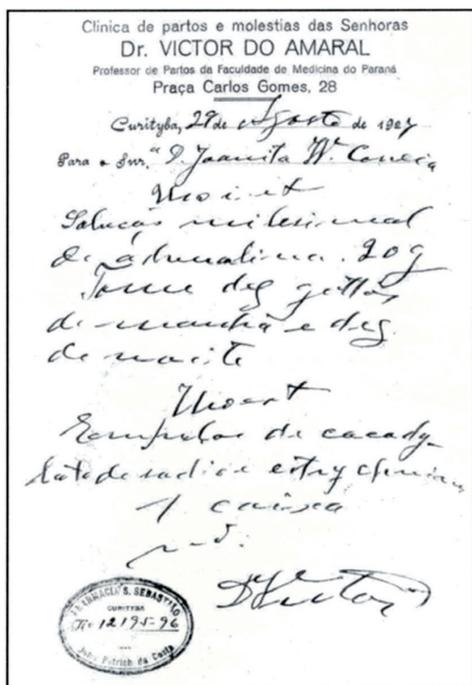
Parecer aprovado

Sessão Plenária n.º3453, de 17/03/2014 - CÂM IV.

RECEITA MÉDICA DE 1927

DOCTOR'S PRESCRIPTION IN 1927

Ehrenfried Othmar Wittig*



Receita: Doação do Prof.
Dr. Julio Moreira.

Dados: Receita com 18/12cm,
branca, com prescrição de uso
interno de "solução millesimal de
Adrenalina. Tome dez gottas de
manhã e dez de noite. Empolas
de cacodylato de sódio e
estrychnina 1 caixa".

Palavras-chave – História da Medicina, Museu de Medicina, Receita Médica de 1927, Dr. Victor Ferreira do Amaral e Silva.

Keywords – History of Medicine, Medicine Museum, Prescription Physician of 1927, Dr. Victor Ferreira do Amaral e Silva.

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

O Dr. Victor Ferreira do Amaral e Silva (Lapa, 9 de dezembro de 1862; Curitiba, 2 de fevereiro de 1953) foi o fundador da Universidade do Paraná e do curso de Medicina, sendo o primeiro reitor de 1912 a 1948. Foi um médico obstetra brilhante, um homem extraordinário, um idealista notável, cuja história merece ser conhecida e divulgada.

Foi redator-chefe e um dos fundadores do Diário do Paraná e da Gazeta Médica, além de fundador da Associação Médica do Paraná. Em 1913, fundou a primeira maternidade do estado, com o nome de Maternidade Paraná e em 1930 foi o responsável pela reforma e nova edificação deste estabelecimento, sendo renomeada para Maternidade Victor Ferreira do Amaral. Também foi diretor da Saúde Pública no governo de Caetano Munhoz da Rocha; escreveu diversos artigos médicos e obras que defendiam a questão de limites com Santa Catarina.

Sua formação tem origem no Rio de Janeiro, onde iniciou o curso de Humanidades. Na conclusão, recebeu diretamente das mãos de D. Pedro II o diploma e uma medalha de honra. Em 1884, defendeu tese na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde recebeu o diploma de Doutor em Medicina, com especialização em ginecologia e obstetrícia. Retornou a Curitiba para clinicar, tendo trabalhado na Santa Casa de Misericórdia por sete anos sem remuneração e em sua clínica atendia pobres e ricos, sem distinção.

Nesta edição apresentamos uma receita médica que, cremos, seja das mais antigas em original no Paraná, datada de 29 de agosto de 1927, com dizeres próprios da época, quando as prescrições eram todas manipuladas. Faz parte de conjunto de antigas receitas doado ao Museu pelo Prof. Dr. Julio Moreira, excelente historiador paranista, médico, dentista e professor da UFPR.

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 no site: www.amp.org.br

ISSN 2238 - 2070

ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

