

ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

2014; 31(123):160-207



CRM-PR

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

**ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE
MEDICINA DO PARANÁ**

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

CIRCULAÇÃO

Edição Eletrônica

CAPA

Criação: Rodrigo Montanari Bento

DIAGRAMAÇÃO

Marivone Silveira de Souza

TRADUÇÃO

Cristiane Medeiros Vianna

ENDEREÇOS**CRM-PR**

Secretaria Rua Victório Viezzer, 84
Vista Alegre – 80810-340
Curitiba – Paraná – Brasil

E-mail

Protocolo/Geral
protocolo@crmpr.org.br

Secretaria
secretaria@crmpr.org.br

Setor Financeiro
financeiro@crmpr.org.br

Diretoria
diretoria@crmpr.org.br

Departamento Jurídico
dejur@crmpr.org.br

Departamento de Fiscalização
defep@crmpr.org.br

Departamento de Recursos Humanos
rh@crmpr.org.br

*Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos
e Comissão de Qualificação Profissional*
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

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

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

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(123):160-207

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

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)
Norton Arruda Hilgenberg (Secretário)
Adalberto Riccardo Baldanzi
André Scartezini Marques
Joelson José Gulin
Luiz Jacintho Siqueira
Meierson 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
Silvia Aparecida Ferreira Dias Gonçalves
Sulaiman El Tauil
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
Valdir 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
Oswaldo Martins de Queiroz Filho
Silvio Roberto Correa

SUMÁRIO

ARTIGOS ESPECIAIS

Anencefalia e o STF sob a ótica da bioética: Uma revisão de literatura
*Thiago Castelo Branco Silva, Raiana Karyne de Sousa Silva,
Thalita Vitória Castelo Branco Nunes Silva, Cíntia Maria de Mello Mendes...* 160

Doenças raras
Natan Monsore..... 173

Pagamento inesquecível
Carlos Alberto Moro..... 174

RESOLUÇÃO CFM

Resolução CFM nº 2.070/2014
Definir o fluxo dos documentos aos conselhos de medicina e suas
normativas 176

RESOLUÇÕES CRM-PR

Resolução CRM-PR nº 194/2014
Taxas de pagamentos por diárias, verba indenizatória, auxílio de
representação e outras estabelecidas pelo CFM..... 181

Resolução CRM-PR nº 41/1992
O que fazer com o arquivo ou fichário médico quando desativado
por qualquer motivo..... 188

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina do Paraná

PARECERES CRM-PR

Parecer CRM-PR nº 2447/2014

Plano de saúde - laudo de médico cooperado para cirurgia

Roberto Issamu Yosida 190

Parecer CRM-PR nº 2450/2014

Utilização de anti-inflamatórios

Viviana de Mello Guzzo Lemke 193

Parecer CRM-PR nº 2457/2014

Atestado médico para atividades física esportivas

Luiz Ernesto Pujol 197

Parecer CRM-PR nº 02/2013

Reabilitação neurológica/Pediasuit/Theratogs

Ehrenfried Othmar Wittig 200

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Professor Dr. José Schweidson

Ehrenfried Othmar Wittig 205

ANENCEFALIA E O STF SOB A ÓTICA DA BIOÉTICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

ANENCEPHALY AND THE STF FROM THE PERSPECTIVE
OF BIOETHICS: A REVIEW OF LITERATURE

Thiago Castelo Branco Nunes Silva¹

Raiana Karyne de Sousa Silva¹

Thalita Vitória Castelo Branco Nunes Silva²

Cíntia Maria de Mello Mendes³

Palavras-chave – *Aborto, anencefalia, direito, bioética.*

Keywords – *Abortion, anencephaly, law, bioethics.*

RESUMO

O presente trabalho condensa reflexões e conceitos diante da questão da anencefalia, analisando se o procedimento de antecipação terapêutica do parto pode ou não ser entendida como válida tendo como base a legislação brasileira. A anencefalia é uma malformação congênita originada de uma má formação do tubo neural, em que o feto não apresenta os hemisférios cerebrais. Fatores ambientais, nutricionais e genéticos são considerados preponderantes para o aparecimento desta anormalidade. Este estudo objetiva analisar e agrupar conhecimentos da bibliografia consultada acerca da legislação brasileira e argumentos favoráveis e não à prática do aborto. Esse tema tem sido alvo de debates exacerbados em diversos setores

¹ Acadêmicos do 7º período de Medicina da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí-NOVAFAPÍ.

² Acadêmica do 10º período de Direito do Instituto Camillo Filho - ICF.

³ Docente Mestre da disciplina Farmacologia Médica da Faculdade NOVAFAPÍ.

[†] CFM e CRM-PI.

da sociedade, visto que envolve inúmeras questões, com enfoque na realização do aborto e direitos femininos, em virtude da possibilidade de proporcionar à mulher a decisão de levar essa gravidez ou não a termo. Uma pesquisa realizada em Teresina aponta que a maiorias das mulheres são a favor do direito de decidir sobre o seu próprio corpo e 70% daquelas que se declaram católicas são a favor do direito de escolha no caso da gestação de fetos anencéfalos. O Poder Judiciário e a sociedade ainda têm muitos desafios a superar acerca da decisão sumária neste quesito, sendo necessária assim, a busca do conhecimento em diversas áreas e conferir a esse tema um enfoque multidisciplinar, próprio da Bioética, para fundamentar suas decisões quanto à vida e ao direito da mãe gestante, além de proporcionar um maior entendimento da população em relação à anencefalia.

ABSTRACT

This work condenses concepts and reflections regarding anencephaly, analyzing whether or not the therapeutic procedure of the anticipation of the childbirth can be understood as valid based on Brazilian law. Anencephaly is a congenital malformation caused by a malformation of the neural tube, in which the fetus has no brain hemispheres. Environmental, nutritional and genetic factors are considered preponderant for the appearance of this abnormality. This study aims to analyze and collect knowledge of the literature on de Brazilian law and arguments for and against the practice of abortion. This topic has been the subject of several debates in many sectors of society, since it involves numerous issues, focusing on abortion practice and women's rights, because of the possibility of giving the woman the decision to carry the pregnancy to term or not. A survey conducted in Teresina indicates that most women are in favor of the right to decide over their own body and 70% of those who declare themselves Catholics are for the right to choose in case of anencephalic fetus pregnancy. The Judiciary and society still have many challenges to overcome on the summary judgment in this regard, thus there is the need to search knowledge in several areas and give this theme a multidisciplinary approach, characteristic of Bioethics, to base their decisions concerning life and pregnant women right and to provide the population a better understanding on anencephaly.

INTRODUÇÃO

No âmbito jurídico, o aborto é conceituado como a suspensão da gravidez no período que compreende a concepção até o fim da vida intra-uterina. Já no cenário

médico, é conceituado como a interrupção da gestante antes da 20ª semana ou quando o feto pesar menos de 500 gramas. O Código Penal Brasileiro, de 1940, legaliza o aborto em apenas duas situações: se a gravidez for resultante de estupro ou quando houver risco de morte para a gestante. Em qualquer outra situação, a prática do aborto é enquadrada no artigo 128 do Código Penal e considera a sua consumação um atentado contra a vida, no qual estabelece punição de um a três anos para a mulher que abortar e de um a dez anos para o médico ou qualquer pessoa que o realizar (MARTINS, 2005)

A anencefalia, grave defeito embrionário caracterizado pela ausência parcial do encéfalo e da calota craniana, tem sido alvo de acaloradas discussões em diversos setores da sociedade por sua capacidade de envolvimento multidisciplinar. Dentre as anomalias que acometem o sistema nervoso central, a anencefalia é o defeito mais grave e, também, o mais comum (MOORE, PERSAUD, 1998). Essa malformação congênita apresenta um modelo multifatorial de transmissão, a interação de diversos genes e a interação de fatores ambientais e nutricionais. Esta anormalidade pode ser diagnosticada no pré-natal da gestante, através do ultra-som, dosagem de alfa-fetoproteína no soro materno ou no líquido amniótico (BEST, 2002).

Desde 1992, promotores e juizes públicos autorizaram cerca de 3.000 casos de interrupção da gravidez de fetos anencéfalos no Brasil. O Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais emitiram, desde o final da década de 80, vários pareceres sobre o assunto, assinalando a necessidade de certeza diagnóstica através de duas ultrassonografias, avaliação psicológica da mãe, consentimento livre e esclarecido dos pais e autorização legal. Aqueles a favor da antecipação terapêutica do parto defendem principalmente, que o feto é inviável para a vida extra-uterina e obrigar a mulher levar uma gestação indesejada a termo é traumatizante, enquanto os que advogam contra o aborto acreditam que o feto anencéfalo é um ser vivo e como tal, merece proteção do Estado. Em 2004, o ministro Marco Aurélio do STF concedeu uma liminar reconhecendo o direito constitucional de gestantes que decidam realizar a antecipação terapêutica do parto em casos de fetos anencéfalos, a partir daí, debates se configuraram em torno dos preceitos bioéticos, morais, religiosos e jurídicos. Países como Estados Unidos, França e Alemanha permitem a realização do aborto, no qual os médicos realizam o diagnóstico e explicam a situação à família, cabendo a decisão final aos pais, que o fazem ponderando as consequências e relacionando suas crenças e direitos.

O aborto deve ser encarado como problema de saúde pública, principalmente por sua prática ser clandestina e faltar suporte médico adequado. De acordo com o Relatório da Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF), divulgado em maio de 2007, estima-se que 19 milhões de abortos clandestinos são realizados no mundo por ano, provocando a morte de 70 mil mulheres, além de deixar sequelas em milhares de outras.

METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado com base em depoimentos, documentários, reportagens e artigos científicos, tendo como fonte a base de dados do BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), SCIELO (Scientific Eletronic Library On-Line), DATASUS (base de dados do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), CONPEDI (Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito) e NIH (Institutes Health of National) da Bireme.

Os artigos tomados como referência foram publicados entre os anos de 2001 e 2010, sendo a pesquisa realizada entre os dias 6 de Agosto e 20 de Outubro do ano de 2011. Das dezenas de artigos encontrados, trinta (30) foram selecionados pelo critério de inclusão. A referida literatura foi escolhida com base nos seguintes critérios: artigos científicos sobre aborto voltados para os aspectos legais, morais e éticos, bem como possíveis fatores de influência para o desenvolvimento da anomalia, causas da malformação congênita e as discussões acerca da Bioética e direito à vida.

DISCUSSÃO

ANENCEFALIA: ASPECTOS MÉDICOS

Segundo o dicionário online Wikipédia, “[...]anencefalia consiste em malformação caracterizada pela ausência total ou parcial do encéfalo e da calota craniana, proveniente de defeito de fechamento do tubo neural durante a formação embrionária.” No caso específico da anencefalia, “[...] não há estruturas cerebrais (hemisfério e córtex), havendo apenas o tronco cerebral. Há ausências de todas as funções superiores do sistema nervoso central, responsável pela consciência, cognição, vida relacional, comunicação, afetividade e emotividade. Restam apenas funções vegetativas que controlam parcialmente a respiração, as funções vaso motoras e

funções dependentes da medula espinhal.” (Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, 2004, p. 85).

Anencefalia consiste na falha do fechamento do tubo neural e decorre da interrelação dos fatores genéticos, ambientais e sociais, durante o primeiro mês da embriogênese. O defeito na formação ocorre geralmente entre o 23º e a 26ª semana da gestação e as suas causas são difíceis de estabelecer, mas apontam para um aspecto multifatorial. A maior incidência da doença está relacionada principalmente com altos índices de poluição aos quais as gestantes estão submetidas e a diminuição do ácido fólico materno, por isso é necessário a implementação de políticas públicas voltadas para o estado nutricional durante o acompanhamento pré-natal das gestantes, principalmente aquelas menos favorecidas. As características físicas do conceito são típicas: ausência dos ossos frontal, parietal e occipital, globos oculares salientes, geralmente saltando da órbita, com tronco cerebral deformado e o cérebro restante totalmente exposto. A maioria desses fetos sobrevive no máximo 48 horas após o nascimento. Embora haja relatos de anencéfalos que sobreviveram alguns dias, o prognóstico para esse caso é a sobrevida de, no máximo, algumas horas após o parto, não havendo qualquer possibilidade de tratamento ou reversão do quadro, o que torna a morte inevitável e traumatizante para grande parte das mães. As gestações podem também causar certas patologias, como hipertensão e aumento da quantidade de líquido amniótico na gestante, assim, as mães cursam a gravidez com risco elevado.

De acordo com o comitê nacional de bioética da Itália (1996), são relatados percentagens de nascidos vivos entre 40-60%, enquanto depois do nascimento somente 8% sobrevive mais de uma semana e 1% entre 1º e 3º meses. Geralmente, o parto não inicia espontaneamente, e conseqüentemente, muitas mulheres pedem que o procedimento seja induzido ao final da gestação. Devido à falta da calota craniana, a bolsa demora a se romper, pois a pressão exercida sobre o colo uterino não é suficiente para dilatá-lo. Se for possível manter a bolsa ílesa, o parto será quase do mesmo modo como se a gestante fosse dar a luz a uma criança saudável e estudos científicos apontam que o rompimento induzido da bolsa reduz a patamares significativos a chance de sobrevida do bebê. A conservação do feto malformado no útero da mãe pode gerar danos à saúde da gestante e até o perigo de vida, em razão do alto índice de óbitos intra-uterinos desses fetos. Recorrer à antecipação do parto neste caso constitui uma indicação terapêutica médica, tendo em vista

que é o único recurso possível e eficaz para o tratamento da gestante, pois tentar reverter a inviabilidade do feto é inexecutável.

O fator psicológico tem uma importância de peso nesses casos. É preciso o acompanhamento multiprofissional para que se evitem, no futuro, consequências ainda mais graves para a saúde da mulher e sua relação tanto com a sociedade quanto com o restante do grupo familiar. A gestação de um feto anencéfalo se transforma em uma experiência torturante para a grande maioria das mães, pois essa malformação congênita é incompatível com a vida e a qualquer momento a criança pode vir a óbito. Muitas mulheres, não importando sua religião, desejam acabar com o sofrimento de uma gestação sem sentido, pois, após o diagnóstico da anencefalia no feto, a morte é questão de tempo. Muitas famílias pedem autorização judicial para a realização da antecipação terapêutica do parto e, em muitos casos, dado a morosidade da justiça, a decisão é enunciada após o parto, tendo o feto já falecido. Essa situação transforma os pais em meros espectadores, o que causa além da tristeza de gerar um ser que não sobreviveria ao parto, e acabar realizando-o sem a vontade da família, grandes transtornos psicológicos acometem essas gestantes, pois as mesmas se viam obrigadas a expor e negociar publicamente o seu sofrimento a fim de obter uma autorização legal para realização do procedimento terapêutico. Em alguns casos, padres ou outras pessoas da sociedade solicitavam na justiça o *Habeas Corpus* em favor da criança.

ABORTO E ANENCEFALIA NO BRASIL E NO PIAUÍ

O Brasil é o quarto país do mundo em prevalência de anencefalia, segundo dados recentes da OMS. Em cada dez mil gestações levadas a termo no país, cerca de nove são de fetos anencéfalos, uma taxa cinquenta vezes maior que a observada em países desenvolvidos como a França ou Áustria. A anencefalia ocorre com frequência semelhante entre os países, a diferença está no número de gestações levadas a termo pois deve-se ao fato de as interrupções de gestações serem claramente autorizadas em vários países, mas não no Brasil. Ou seja, a incidência de fetos anencéfalos está relacionada principalmente, com a falta de legislações adequadas acerca da antecipação terapêutica do parto e por fatores nutricionais. Uma razão para o maior ocorrência dessa malformação estaria relacionada à carência de vitaminas do complexo B. As populações da Bolívia, Equador e China têm maiores carência nutricionais e menos acesso aos exames pré-natais. Mas as taxas de partos com essa anomalia são menores porque a interrupção da gestação

é legalmente autorizada, com isso muitas mulheres optam por não prosseguir a gestação, e no Brasil não há clareza quanto à legalização dessa interrupção.

As estatísticas, adulteradas pela clandestinidade da prática, escondem números alarmantes: no Brasil são realizados mais de um milhão de abortos por ano e aproximadamente duzentas e cinquenta mil internações de mulheres para tratar sequelas de abortos clandestinos. A morte por aborto é a quarta causa de mortalidade materna no Brasil e as suas complicações se constituem a quinta causa de internação de mulheres nos serviços públicos. Estimativa feita pela Rede Feminista de Saúde revela que o Brasil gasta por ano cerca de 10 milhões de dólares no atendimento dessas complicações. (MARTINS, 2005).

Uma pesquisa realizada em Teresina com mulheres de classe média confirmou que a maioria é a favor do direito de decidir sobre o seu próprio corpo. O dado mais interessante é que 70% das mulheres que se declaram católicas são a favor do direito de escolha no caso da gestação de feto anencéfalos e 80% concordam que é uma tortura obrigar a mãe a levar a gestação até o final (www.pco.org.br). No Piauí, os números de abortos são grandes e atingem principalmente adolescentes entre 17 e 19 anos. Estatísticas de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) apontam que 20% das mulheres que cometem esse procedimento acabam tendo que se internar devido às péssimas condições em que abortaram.

ABORTO: QUESTÃO DE BIOÉTICA E DE DIREITOS HUMANOS

A bioética é um ramo da ética que tem como objetivo o estudo da fusão das velhas questões humanas com os temas que surgem com o avanço da genética e biotecnologia, tais como transgênicos, clonagem, aborto, células-tronco, dentre outros. Assim, conforme preceitua FROSINI:

“En la Encyclopadia of Bioethics de 1978: Estudio sistemático de la conducta humana em el área de la ciência de la vida y del de la salud, cuando esa conducta se examina a la luz de los valores y de los principios Morales”.

(FROSINI, 1997, p.75)

Sendo, portanto, o movimento que reflete os problemas morais, sociais e jurídicos advindos do desenrolar da civilização tecnológica contemporânea. Assim sendo, com as novas condições da vida humana advindas das transformações materiais

e morais do avanço da sociedade tecnológica, surge a chamada “terceira geração dos direitos humanos”, que se caracterizam por proclamarem um ambiente sadio e a qualidade de vida.

Um dos direitos reconhecidos por essa terceira geração é a afirmação da igualdade de direitos entre o homem e a mulher. Essa proclamação de igualdade jurídica absoluta entre os sexos deriva da evolução social do papel da mulher na sociedade industrial, quando ela desempenha as mesmas funções do homem. Ela implica na garantia de independência moral, que inclui as relações sexuais; desaparecimento da diferença de caráter penal entre o adultério do marido e da esposa; reconhecimento da autonomia da mulher nas relações conjugais; o reconhecimento da violência sexual no ambiente familiar; a negação do dever de informar ao marido acerca do aborto provocado.

Com isso, conclui-se que o aborto é uma questão de bioética e de direitos humanos, tendo em vista que, reflete um dos questionamentos que vieram com a terceira geração de direitos humanos, além de ser marco na luta pela efetividade dos direitos reprodutivos e sexuais, que são vastamente violados.

LEGISLAÇÃO QUE REGULAMENTA O TEMA DOS FETOS ANENCÉFALOS

O aborto pode ser conceituado, como a interrupção da gravidez, antes da viabilidade extra-uterina, resultando na morte do feto, considerado crime no Brasil, salvo nos casos em que haja risco de vida para a gestante ou quando feto foi gerado em decorrência de um estupro. O Código Penal prevê pena de 1 a 3 anos de prisão para a gestante, e de 1 a 4 anos para o médico ou qualquer outra pessoa que realize nela o procedimento de retirada do feto. Na área médica, o aborto é classificado em natural, acidental e provocado. Sob os aspectos legais, não é crime quando a interrupção for natural ou acidental, tendo em vista que são as formas naturais de morte de feto.

As maiores discussões advêm do aborto provocado, que é aquele que poderá ser provocado pela própria gestante ou por terceiro. Além dessas classificações, podemos afirmar que existe o chamado aborto eugênico “aquele que visa eliminar o feto que apresente anomalia grave e irreversível.” Insta salientar, que este tipo de aborto, não está previsto no nosso ordenamento jurídico, mas surgiu na jurisprudência pátria como argumento para autorizar a interrupção da gestação em casos de anomalias fetais.

ARGUMENTOS FAVORÁVEIS E CONTRA O ABORTO DE FETOS ANENCÉFALOS

Os que são favoráveis ao aborto de anencéfalos sustentam que um exame de ecografia detecta a anomalia com índice de erro praticamente nulo e que não existe possibilidade de tratamento ou reversão do problema. Assim, a antecipação do parto nessa hipótese constitui indicação terapêutica médica: a única possível e eficaz para o tratamento da gestante, já que para reverter à inviabilidade do feto não há solução. Impedir que uma gestante interrompa uma gravidez nessas condições é ferir direitos constitucionais básicos, tais como: o direito da dignidade da pessoa humana, já que este é previsto de forma genérica no artigo 5º, caput, da Constituição Federal de 1988, que abrange tanto o direito de não ser morto, como o de continuar vivo, quanto o direito de ter uma vida digna, além da liberdade e autonomia da vontade, que é assegurada pela Constituição Federal, haja vista que a decisão de interrupção terá que ser, da gestante e da família. A dor e o sofrimento psicológicos devem ser avaliados exclusivamente pela gestante e não por outro terceiro. Outro direito violado seria o de saúde, consagrado, no artigo 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, que assegura que esta é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas.

Os argumentos que se opõem ao aborto de fetos anencéfalos, encontram justificativas, sobretudo, na religião. Para a Igreja Católica, por exemplo, a vida começa no momento da fecundação do óvulo pelo espermatozóide e deve durar até seu declínio natural. A interrupção da gravidez de um feto sem cérebro constitui, portanto, um aborto.

ANENCEFALIA E O STF

Em junho de 2004, a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS) entrou com um pedido no Supremo Tribunal Federal para que a antecipação do parto de fetos anencéfalos (sem cérebro) não fosse considerada aborto, o que permitiria às gestantes em tal situação interromper a gravidez sem a necessidade de autorização judicial. O pedido foi acatado em julho através de uma liminar concedida pelo ministro Marco Aurélio Mello. Em outubro, no entanto, a liminar foi cassada em plenário pelo Supremo. Antes de decidir sobre a legitimidade constitucional da antecipação de parto de feto anencéfalo, o STF julgará a pertinência da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental perpetrada pela CNTS para tratar do assunto.

Sendo assim, é importante transcrever a ementa do STF, da decisão do ADPF 54 do DF, *in verbis*:

ADPF - ADEQUAÇÃO - INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ - FETO ANENCÉFALO - POLÍTICA JUDICIÁRIA - MACROPROCESSO. Tanto quanto possível, há de ser dada sequencia a processo objetivo, chegando-se, de imediato, a pronunciamento do Supremo Tribunal Federal. Em jogo valores consagrados na Lei Fundamental - como o são os da dignidade da pessoa humana, da saúde, da liberdade e autonomia da manifestação da vontade e da legalidade -, considerados a interrupção da gravidez de feto anencéfalo e os enfoques diversificados sobre a configuração do crime de aborto, adequada surge a arguição de descumprimento de preceito fundamental. ADPF - LIMINAR - ANENCEFALIA - INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ - GLOSA PENAL - PROCESSOS EM CURSO - SUSPENSÃO. Pendente de julgamento a arguição de descumprimento de preceito fundamental, processos criminais em curso, em face da interrupção da gravidez no caso da anencefalia, devem ficar suspensos até o crivo final do Supremo Tribunal Federal. ADPF - LIMINAR - ANENCEFALIA - INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ - GLOSA PENAL - AFASTAMENTO - MITIGAÇÃO. Na dicção da ilustrada maioria, entendimento em relação ao qual guardo reserva, não prevalece, em arguição de descumprimento de preceito fundamental, liminar no sentido de afastar a glosa penal relativamente àqueles que venham a participar da interrupção da gravidez no caso de anencefalia.

Pode-se conceituar, Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental como a ação que tem por objeto uma relevante controvérsia constitucional sobre a aplicabilidade de lei ou ato normativo federal, estadual, municipal ou distrital, incluídos os anteriores à Constituição Federal, violadores de preceito fundamental. Contudo, nem a Constituição, nem a lei infraconstitucional conceituaram o que seja preceito fundamental, cabendo essa tarefa à doutrina e à jurisprudência. Assim, como preceitua o doutrinador PEDRO LENZA:

Enquanto o STF não define o que entende por preceito fundamental, valemo-nos de algumas sugestões da doutrina. Para Bulos, “qualifica-se de fundamentais os grandes preceitos que informam o sistema constitucional, que estabelecem comandos basilares e imprescindíveis à defesa dos pilares da manifestação constituinte originária.” (LENZA, 2011, pag. 330).

Deste modo, segundo os meios de comunicação social, o STF deverá votar nos próximos meses, esse assunto que causa grandes polêmicas na população, já que incluem conflitos éticos, médicos e de direitos fundamentais básicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o avanço da ciência e da tecnologia, temos que realizar reflexões contínuas acerca de inúmeros assuntos que afetam a legalidade e a dignidade da vida humana, e sendo necessário, o estabelecimento de ponderações densas com análises dos reflexos bioéticos morais e legais para cada situação. A solução dos problemas sociais nem sempre estará nas normas do direito, pois o fato gera normas, e quem cria a norma é a sociedade, que por fim, é a causadora do fato.

Assim, é necessário que a mulher com gestação de um feto anencéfalo tenha, sobretudo apoio multiprofissional a fim de prepará-la para um final nem sempre de acordo com as expectativas iniciais. O médico, sobretudo, deve ter habilidade para explanar adequadamente o caso para a gestante, expor todos os conceitos acerca do caso e deixar que a família se pronuncie adequadamente, pois o fato de muitos terem pouco conhecimento em relação do feto com anencefalia, é que causa maior polêmica e dúvidas. Assuntos como aborto de fetos anencéfalos, terminalidade da vida e reprodução assistida englobam aspectos variados que envolvem questões de âmbito ético, religioso e político, como também psicológicos, socioeconômicos e, sobretudo, da saúde pública, pois a prática do aborto no Brasil é existente e não pode ser ignorada, exigindo ampla discussão pela sociedade brasileira. O tema da anencefalia deve ser esclarecido para a formatação de opiniões plausíveis, além de que a vontade, os valores morais e as crenças de cada um devem ser respeitados, levando-se em consideração os pareceres da Bioética (beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça).

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. J. B. et al. **Defeitos de fechamento do tubo neural e fatores associados em recém-nascidos vivos e natimortos.** In: *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro, v. 79, n. 2, p. 129-134, abr. 2003.

ALMEIDA, A. M. **Biética e biodireito.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2000. P. 139.

ALVES, J. E. S. et. al. **Aborto: o direito do nasciturno a vida.** Rio de Janeiro: Agir, 1982.

AZEVEDO, E. E. S. e. **O direito de vir a ser após o nascimento.** Porto Alegre: Edipucrs, 2000.

BARTH, W. L. **Aborto e anencefalia.** Disponível em <<http://www.cnbb.org.br/Artigo01.php>>. Acesso em set. 2011.

BARACHO, J. A. O. **Vida humana e ciência: complexidade do Estatuto Epistemológico da**

Bioética e do Biodireito. Normas Internacionais da Bioética. In: LEITE, Eduardo de Oliveira (Coord.) **Grandes temas da atualidade:** bioética e biodireito. Rio de Janeiro: Forense, 2004. P. 219.

FERNANDES, M. C. **Interrupção de gravidez de feto anencefálico: uma análise constitucional.** In: SARMENTO; PIOVESAN, op. cit., p.116

BECKER, M. A. **Anencefalia e a possibilidade de interrupção da gravidez.** *Revista da AMRIG*, Porto Alegre: Cremers, v.51, n. 3, p.220-221, jul./set. 2007.

BELO, W.R. **Aborto: considerações jurídicas e aspectos correlatos.** Belo Horizonte: Del Rey, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Código Civil. Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002, **Institui o Código Civil.** Diário Oficial da União, Brasília-DF, 11 jan. 2002. Seção 1, p. 1.

CAMPBELL, A. **Eutanásia e o princípio de justiça.** *Bioética.* v. 7, n. 1, p. 49-57, 1999.

CAPRON, A. M. **Law and bioethics.** In: Reich, Thomas (ed). *Encyclopedia of bioethics.* New York: Macmillan, v. 3, p. 1329-1335, 1995.

CASELLA, E. B.. **Morte encefálica e neonatos como doadores de órgãos.** *Pediatria.* São Paulo: Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. v. 25, n. 4, p. 184-90, 2003.

DINIZ, D. **Aborto e inviabilidade fetal: El debate brasileño.** In: *Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 634-639, mar./abr. 2005.

DINIZ, D. **Antecipação terapêutica de parto: uma releitura bioética do aborto por anomalia fetal do Brasil.** In: DINIZ, D.; RIBEIRO D. C. (Eds.). *Aborto por anomalia fetal.* Brasília: Letras Livres, 2003. P. 21-92.

DINIZ, D.; VÉLEZ, Ana Cristina González. **Aborto y razón pública: el desafío de la anencefalia em Brasil.** In: *Série ANIS.* n. 40, Brasília, Letras Livres, p. 1-9, jul. 2005.

ETHICS AND SOCIAL IMPACT COMMITTEE. **Anencephalic infants as sources of transplantable organs by Ethics and Social Impact Committee,** Transplant Policy Center. *Ann Arbor, MI. Hastings Center Report.* New York, v. 18, n. 5, p. 28-30, 1988.

FRANÇA, G. V. **Aborto eugênica: considerações ético-legais.** In: _____. *Direito médico.* 7. ed. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 2001.

FROSINI, V. **Derechos humanos y bioética.** Santa Fé de Bogotá: Temis, 1997.

GARNIER, M.; DELAMARE, V.. **Dicionário de termos técnicos de medicina.** Tradução de Benjamin Maierovitch. 20. ed. São Paulo: Andrei, 1984. P. 342.

LENZA, P. **Direito constitucional esquematizado**. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

LÔBO, C. É. A. **Gestantes de fetos anencéfalos: mulheres que lutam. Considerações preliminares**. In: Diálogo Jurídico. Faculdade Farias Brito, Fortaleza, ano V. n. 5. p. 129-152, set. 2006.

MATIELO, F. Z. **Aborto e o direito penal**. 3. ed. Porto Alegre: Sagra – DC Luzzatto, 1996.

MORI, M. **A moralidade do aborto: sacralidade da vida e novo papel da mulher**. Tradução de Fermin Roland Schramm. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997. p. 17-18.

NICOLESCU, B. **A prática da transdisciplinaridade**. In: NICOLESCU, Basarab et al. (org). Educação e transdisciplinaridade. Trad. Judite Vero et al. Brasília: Edições UNESCO, 2000. p. 139-152.

PENNA, M. L. F. **Anencefalia e morte cerebral**. Physis, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 95-106, jun. 2005.

PIERANGELI, J. H. **Anencefalia**. Revista IOB de Direito Penal e Processual Penal, Porto Alegre, v. 8, n. 47, p. 37-47, dez./jan. 2008.

PIOVESAN, F. **Direitos sexuais e reprodutivos: Aborto inseguro como violação dos direitos humanos**. In: SARMENTO, Daniel; PIOVESAN, Flávia. (Orgs.). **Nos limites da vida: aborto, clonagem e eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007. p. 68.

SANTOS, L. M. P.; PEREIRA, M. Z. **Efeito da fortificação com ácido fólico na redução dos defeitos do tubo neural**. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 17-24, jan. 2007. p. 17.

SCHÜNKE, M. **Atlas de anatomia: cabeça e neuroanatomia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. (Coleção Prometheus).

DOENÇAS RARAS

RARE DISEASES

*Natan Monsores**

Aproximadamente 15 milhões de brasileiros tem alguma das cerca de 8 mil síndromes catalogadas como raras em todo o mundo. Participe no dia 28/08, na comemoração do "Dia Internacional das Doenças Raras."

Embora sejam denominadas de doenças raras, elas tem uma prevalência cerca de cinco casos por grupo de 10 mil pessoas, durante sua vida.

Pelo quadro clínico que apresentam, idade de aparecimento, como sua infringência, e as inúmeras origens, tornam o diagnóstico conhecido em geral, após alguns anos do aparecimento.

Os médicos mais jovens, evidentemente, não conheceram como era, como se fazia e conseguia exercer a medicina há 50, 60 ou mais anos. Pessoas promoveram estes avanços.

Mesmo em Centros Especializados de referência, muitas vezes o quadro clínico se exterioriza com pouca manifestação, o que torna difícil aos médicos um diagnóstico precoce. A falta de laboratórios especializados é outro fator limitante. Lembramos, que muitas destas doenças não tem ainda cura, mas, podem ter tratamento, se iniciadas precocemente, mas, tem na sua obtenção (gratuita ou paga) uma grande dificuldade.

* Prof. do Depto. de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB).

PAGAMENTO INESQUECÍVEL

*Carlos Alberto Moro**

Houve um tempo em que brasileiros abandonaram seus pais, seus filhos, seus irmãos, suas esposas, para lutar em terras estranhas, por uma causa que muitos deles não conheciam, mas que sentiam ser justa, porque nela estava empenhada a pátria comum.

Compnham a Força Expedicionária Brasileira, de gloriosa e marcante atuação, nas terras do velho mundo, durante a segunda guerra mundial.

Não foram poucos os que lá sucumbiram e muitos foram os que de lá voltaram. Alguns, hígidos, física e mentalmente são, amargurados, porém, pelos horrores que presenciaram. Outros, com sequelas e ferimentos, tocados com as angústias vivenciadas e com a dor que só o tempo ameniza, de terem visto companheiros tomando e vidas sendo ceifadas pelo fogo apavorante das metralhas inimigas.

Dentre esses últimos, o Rosa, expedicionário artilheiro, que da Itália retornou com perturbação mental irreversível.

De todo inofensivo e respeitador sempre, chamava-me de "primo", a quem convidava sempre a ouvir a "Canção da Artilharia", comovendo-me todas as vezes em

* Advogado e Consultor Jurídico da Associação Médica do Paraná. Ex Secretário Estadual de Educação, ex Secretário Estadual do Trabalho, ex Vereador de Curitiba.

que ao depois de entoar - em posição de sentido - que "o mais alto valor de uma nação, vibra na alma do soldado e ruge na alma do canhão", derramava lágrimas de intensa e sentida emoção. Não cansava de enaltecer a bondade da moça com quem se casara em Jandaia do Sul e que no seu dizer "tiunha um pobreminha(!): era surda e muda", o que não impediu, por óbvio, que tivessem uma filha, graças aos céus, nascida sem nenhuma imperfeição.

Tive, um dia, a ocasião de lhe prestar um atendimento profissional, em cometimento bem sucedido. Passado algum tempo, o Rosa retornou ao meu escritório e após perfilar-se e usando sempre a gandola e o bibique que constituíram parte permanente de sua indumentária, fez-me continência e adiantou o motivo de sua visita. Disse-me que viera pagar pelo trabalho que em seu favor havia sido desenvolvido.

Explicou: "Você sabe que dinheiro eu não tenho, mas mesmo assim quero pagar."

E me pagou, com o que ele, em suas próprias palavras expressou, ser o que tinha de mais valor: a fotografia amassada de sua filhinha, então com quatro anos de idade.

Guardo do episódio, duas lembranças imorredouras.

A grandeza da alma do pobre expedicionário e a foto em que resplandecia o sorriso de uma criança que merece ser feliz.

O Rosa faleceu, vi no obituário da Gazeta do Povo.

Não sei de sua mulher e, tampouco, de sua filha.

Por certo, Deus delas há de ter cuidado.

E quanto a mim, trago na memória, com exaltação comovida, a lembrança de um pagamento realmente inesquecível!

DEFINIR O FLUXO DOS DOCUMENTOS AOS CONSELHOS DE MEDICINA E SUAS NORMATIVAS

SETTING THE DOCUMENTS FLOW TO COUNCILS
OF MEDICINE AND THEIR RULES

CFM*

Palavras-chave – *Classificação, processo consulta, parecer, atendimento, revogação da Resolução CFM nº 1892/2009.*

Keywords – *Classification, process of consulting, attending, revocation of CFM Resolution 1892/2009.*

RESUMO

Normatiza o fluxo das consultas aos Conselhos Federal e Regionais de Medicina. **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, e alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e **CONSIDERANDO** as competências atribuídas pelo art. 7º da Lei nº 12.842/13; **CONSIDERANDO** as atribuições de deliberação sobre as consultas submetidas aos Conselhos de Medicina; **CONSIDERANDO** que cabe aos Conselhos de Medicina zelar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina, por adequadas condições de trabalho, pela valorização do profissional médico e pelo bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente e de acordo com os preceitos do Código de Ética Médica; **CONSIDERANDO** a crescente demanda de consultas dirigidas aos Conselhos Federal e Regionais sobre os temas médicos

* Conselho Federal de Medicina.

mais variados; **CONSIDERANDO** a necessidade de dirimir as dúvidas que porventura o profissional médico venha a ter para o pleno exercício de sua profissão; **CONSIDERANDO** que a atuação dos Conselhos de Medicina abrange o trabalho individual e institucional público e privado, inclusive toda a hierarquia médica da instituição que preste, direta ou indiretamente, assistência à saúde; **CONSIDERANDO** a necessidade de normatizar o fluxo de consultas a serem protocoladas nos Conselhos Federal e Regionais de Medicina; **CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido pelo plenário em sessão realizada em 20 de fevereiro de 2014,

ABSTRACT

Regulates the flow of consultations to the Federal and Regional Councils of Medicine. The **Federal Medicine Council**, in exercise of the capacities conferred upon it by the 3.268 Law of September 30th, 1957, and regulated by the 44.045 Decree of July 19th, 1958, and changed by the 11.000 Law, of December 15th, 2004, and by the 6.821 Decree, of 14th April, 2009, and **CONSIDERING** the capacities conferred by the 7 Art. of the 12.842/13 Law; **CONSIDERING** the assignments of deliberation about the submitted consults to the Councils of Medicine; **CONSIDERING** that is responsibility of Medical Councils to ensure by all means in their competence, by the perfect and ethical performance of medicine, by appropriate conditions work, by the appreciation of the medical professional and by the good reputation of the profession and of those who exercise it lawfully and accordance with the rule of the Code of Medical Ethic; **CONSIDERING** the demand growing of inquiries addressed to the Federal and Regional Councils about various medical themes; **CONSIDERING** the need of solving the doubts that perhaps the medical professional could have to achieve the complete exercise of their profession; **CONSIDERING** that the performance of Medical Councils include the individual and institutional public and private work, including the entire medical hierarchy of the institution which provides, directly or indirectly some kind of care to health; **CONSIDERING** the need of regulation the flow of consults to be filed in Federal Medical and Regional Councils; **CONSIDERING**, finally, what was decided in the Plenary, on 20th of February, 2014,

RESOLVE:

Art. 1º Definir o fluxo dos documentos encaminhados aos Conselhos de Medicina, classificando-os da seguinte forma:

I. CONSULTA: É todo e qualquer questionamento enviado aos Conselhos Federal

e Regionais de Medicina referente às suas competências legais;

II. PROCESSO-CONSULTA: Origina-se da consulta, sendo a formalização do processo, cujos autos devem conter toda a documentação e pesquisa bibliográfica necessária para subsidiar o relator na emissão do seu parecer;

III. PARECER: É o relatório final do processo-consulta, obrigatoriamente aprovado em plenária do Conselho de Medicina.

Parágrafo único. A consulta poderá ser respondida diretamente pelos Conselhos Federal e Regionais de Medicina se houver legislação e/ou outros normativos éticos que esclareçam o questionamento. Assim, nem toda consulta originará um processo-consulta com parecer.

Art. 2º As consultas solicitadas aos Conselhos Federal e Regionais de Medicina deverão ser encaminhados à Secretaria, para fins de protocolo, sendo posteriormente encaminhadas ao conselheiro responsável pelo Setor de Processo-Consulta para triagem.

§ 1º As consultas somente serão atendidas se estiverem justificadas, contendo, obrigatoriamente, o nome completo do consulente, número do CRM, caso seja médico, CPF, caso a consulta seja através de correio eletrônico, endereço de correspondência e a instituição a que pertence, se for o caso, assim como, quando necessário, cópia da documentação comprobatória do que se alega.

§ 2º As consultas que não preencherem os pré-requisitos de admissibilidade serão arquivadas, devendo as informações serem transmitidas aos consulentes.

§ 3º As consultas, ao final do seu trâmite, deverão ser respondidas formalmente aos consulentes.

Art. 3º Os Conselhos de Medicina atenderão preferencialmente as solicitações de consultas oriundas dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, e de sociedades médicas, outras entidades, médicos e pessoas físicas em geral.

§ 1º As consultas efetivadas pelos Conselhos Regionais ao Conselho Federal de Medicina, quando envolverem matéria jurídica, obrigatoriamente deverão ser acompanhadas de prévia manifestação do Setor Jurídico daquele regional.

§ 2º Os Conselhos de Medicina somente responderão questionamentos dentro de suas competências legais.

§ 3º As consultas serão obrigatoriamente respondidas em caráter impessoal, de forma genérica e não individualizadas.

§ 4º Não serão respondidas consultas contendo referência ou alusão a questionamentos éticos baseados em casos concretos.

§ 5º Na hipótese do § 4º, o conselheiro responsável pelo Setor de Processo-Consulta, ao tomar ciência da possível infração ética contida na solicitação de consulta, a encaminhará à Corregedoria para as apurações necessárias.

§ 6º Nas consultas encaminhadas ao Conselho Federal de Medicina sobre matéria limitada ao interesse regional, o consulente será orientado a encaminhá-la ao Conselho Regional de Medicina de seu estado.

Art. 4º Instaurados os processos-consultas, estes deverão obrigatoriamente ser alimentados no sistema do Conselho específico para esse fim, sendo distribuídos, pelo conselheiro responsável pelo Setor de Processo-Consulta, a um conselheiro relator.

§ 1º Em caso de impossibilidade por parte do conselheiro relator designado, este deverá manifestar-se por escrito justificando o motivo que o impede exercer a relatoria do processo.

§ 2º A pesquisa de documentos sobre o assunto do processo consulta deverá ser realizada pela biblioteca dos Conselhos, ou setor equivalente.

§ 3º Em temas que necessitem de conhecimentos técnicos especializados, os conselheiros relatores, por intermédio do conselheiro responsável pelo Setor de Processo-Consulta, poderão contar com a contribuição de comissões ou câmaras técnicas dos Conselhos, de sociedades médicas, ou ainda da área acadêmica, para subsidiá-los na emissão do seu parecer.

§ 4º Em caso de necessidade, no CFM, conselheiros suplentes poderão ser requisitados para a elaboração de pareceres.

Art. 5º Os relatores designados terão até 30 (trinta) dias, a contar do recebimento, para devolver o processo consulta, com o seu relatório, podendo tal prazo ser prorrogado por igual período quando houver necessidade.

Art. 6º Todos os pareceres serão obrigatoriamente apresentados por um conselheiro e submetidos à aprovação da plenária do Conselho de Medicina.

Parágrafo único. Os Conselhos Regionais de Medicina poderão estabelecer, por delegação da plenária, câmara especial para apreciação inicial dos pareceres para posterior aprovação.

Art. 7º Na apresentação do parecer à plenária, poderá ser solicitado pedido de vista por um conselheiro, devendo ambos os pareceres, do relator e de vista, ser obrigatoriamente apresentados no prazo de 30 dias.

Parágrafo único. Salvo por motivo justificado, caso o pedido de vista não seja apresentado no prazo estipulado no caput deste artigo, este será desconsiderado, devendo ser apreciado o relatório do conselheiro relator de origem.

Art. 8º O parecer aprovado deverá ser:

- I. numerado de acordo com a ordem cronológica do exercício anual;
- II. submetido à revisão gramatical;
- III. assinado pelo conselheiro relator;
- IV. encaminhado ao consulente;
- V. publicado no Portal Médico;
- VI. encaminhado para as assessorias jurídica e de imprensa, para conhecimento;
- VII. anexado aos autos do processo-consulta;
- VIII. arquivado.

Parágrafo único. Os pareceres aprovados pelo Conselho Federal de Medicina deverão ser comunicados aos Conselhos Regionais de Medicina.

Art. 9º Os pareceres aprovados pelo Conselho Federal de Medicina, regulamentados pela presente resolução, passarão a nortear a posição sobre a matéria em todo o território nacional, inclusive em relação aos Conselhos Regionais de Medicina.

Art. 10 Esta resolução revoga a Resolução CFM nº 1.892/09, publicada no D.O.U., 13 de fevereiro de 2009, Seção I, p.168, e entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 20 de fevereiro de 2014.

ROBERTO LUIZ D'AVILA

Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-geral

RESOLUÇÃO CFM nº. 2.070/2014

Resolução aprovada na Sessão Plenária de 20/02/2014.

Publicada no D.O.U.

TAXAS DE PAGAMENTOS POR DIÁRIAS, VERBA INDENIZATÓRIA, AUXÍLIO DE REPRESENTAÇÃO E OUTRAS ESTABELECIDAS PELO CFM

FEES OF PAYMENTS FOR DAILY RATES, INDENIZATORY SUPPORT, REPRESENTATIVE ASSISTANCE AND OTHER ESTABLISHED BY CFM

CRM*

Palavras-chave – *Taxas, diárias, verba, indenizatória, auxílio, pagamento.*

Keywords – *Fees, daily rate, indenizatory support, assistance, payment.*

RESUMO

Normatiza os procedimentos para pagamento de Diária, Verba Indenizatória e Auxílio de Representação pelo Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM-PR) e revoga a Resolução CRM-PR n.º 190/2013. O Conselho Regional de Medicina do Paraná, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, publicada em 1.º de outubro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, publicado em 25 de julho de 1958, e pela Lei n.º 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e **CONSIDERANDO** o disposto no artigo 1º da Lei n.º 11.000, de 15 de dezembro de 2004, publicada em 16 de dezembro de 2004, que incluiu a alínea “I” ao artigo 5º da Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957; **CONSIDERANDO** que os Conselhos de Medicina são entidades criadas por lei, tendo atribuições de fiscalizar e normatizar o exercício da medicina, mantidas com recursos próprios e não receptoras de subvenções ou transferências advindas do Orçamento da União; **CONSIDERANDO** que os mandatos dos membros dos Conselhos de Medicina são meramente honoríficos, não fazendo jus a qualquer remuneração

* Conselho Regional de Medicina do Paraná.

por seu trabalho; **CONSIDERANDO** as disposições contidas no Decreto-Lei n.º 200, de 25 de fevereiro de 1967 e suas alterações; **CONSIDERANDO** a Resolução CFM n.º 2.008/2013, de 21 de fevereiro de 2013; **CONSIDERANDO** a Resolução CRM-PR n.º 144/2006; **CONSIDERANDO** a Resolução CRM-PR n.º 146/2006; **CONSIDERANDO** a Resolução CRM-PR n.º 181/2011; **CONSIDERANDO** a Resolução CRM-PR n.º 184/2011; **CONSIDERANDO** a Resolução CRM-PR n.º 190/2013; **CONSIDERANDO** o decidido em Assembléia Extraordinária, realizada em 24 de fevereiro de 2014. **CONSIDERANDO** a homologação das decisões da Assembléia Geral, em Sessão Plenária n.º 3440.^a, realizada em 24 de fevereiro de 2014,

ABSTRACT

Regulates the procedures for payment of daily rates, Indemnizatory Support, and Assistance of Representation by the Medicine Regional Council of Paraná (CRM-PR) and revokes the Resolution n. 190/2013 CRM-PR. The Medicine Regional Council of Paraná, in exercise of the competencies conferred upon it by the 3.268 Law of 30th September 1957, and published on October the 1st, 1957, regulated by the 44.045 Decree of 19th July 1958, published on July 25th, 1958 and by the 11.000 Law, of December 15th, 2004, and **CONSIDERING** the 1st Article of the 11.000 Law, of December 15th, 2004, published on December 16th, 2004, which included the letter "I" to the Article 5 of the 3.268 Law of September 30th, 1957; **CONSIDERING** that the Councils of Medicine are entities created by law, having duties of supervising and regulating the practice of medicine, that are maintained with own resources and do not receive any grants or transfers from the Union budget. **CONSIDERING** that the mandates of the Councils of Medicine members are merely honorary not being justified to receive any payment for job; **CONSIDERING** the provisions of the 200 Decree-Law of February 25th, 1967 and its changes; **CONSIDERING** the 2008/2013 Resolution CFM of February 21st, 2013; **CONSIDERING** the CRM Resolution n. 144/2006; **CONSIDERING** the CRM Resolution n.º 146/2006; **CONSIDERING** the CRM Resolution n.º 181/2011; **CONSIDERING** the CRM Resolution n.º 184/2011; **CONSIDERING** the CRM Resolution n.º 190/2013; **CONSIDERING** the agreement in the Extraordinary Session, on February 24th, 2014; **CONSIDERING** the approved decisions of the General Assembly in Plenary Session n. 3.440^a on 24th February, 2014,

RESOLVE:

Art. 1.º - O pagamento de Diária e todas as atividades indenizadas na forma de Verba Indenizatória ou Auxílio de Representação, bem como a emissão das passagens,

aéreas ou terrestres serão autorizados mediante solicitação do “Ato de Concessão” pelo requerente, conforme anexo “I” da presente Resolução, e autorizado pelo Presidente ou Tesoureiro do Conselho Regional de Medicina do Paraná. A indenização será comprovada na forma da emissão de “Recibo”, conforme anexo “II” desta Resolução.

Art. 2.º - Definições e limites para Diária, Verba Indenizatória e Auxílio de Representação:

I) Diária é a indenização devida aos Conselheiros Efetivos e Suplentes, Delegados, Representantes Regionais, Funcionários, Convidados e Colaboradores eventuais, para cobertura das despesas com locomoção (dentro dos limites das cidades de origem e destino), refeição e hospedagem, quando houver deslocamento da cidade de origem superior a 100 km.

II) Verba Indenizatória (VI) é a indenização pelo comparecimento dos Conselheiros Efetivos e Suplentes em Sessões Plenárias e Reuniões de Diretoria - e excepcionalmente no exercício de 2014, aos Membros Médicos da Comissão Eleitoral e aos Mesários Médicos, especialmente designados para as atividades da Eleição de Conselheiros Federais, Efetivos e Suplentes, do Conselho Federal de Medicina, gestão 2014/2019, limitadas a 03 (três) verbas indenizatórias por dia (sendo uma por período: matutino, vespertino e noturno), limitando-se a quantidade em 15 (quinze) verbas indenizatórias/mês, comprovadas as participações mediante livro/lista de presenças. (Nova redação - Resolução CRM/PR Nº195/2014)

III) Auxílio de Representação (AR) é a indenização para cobertura de despesas com locomoção e refeição na cidade de origem, não acumulável com a Diária, devida aos Conselheiros Efetivos e Suplentes, Delegados, Representantes Regionais e Membros designados das Comissões e Câmaras Técnicas, quando da realização das atividades, conforme elencado nos itens de “a” a “m” desta Alínea III, limitando-se a quantidade em 22 (vinte e dois) AR/mês, e tendo a seguinte equivalência das atividades:

a) **Sindicância:** equivalente a 2 (dois) AR - a indenização será efetivada mediante “Ato de Concessão” e Relatório, encaminhados pela Corregedoria;

b) **Instrução Processual de Processo Ético-Profissional:** equivalente a 4 (quatro) AR - a indenização será efetivada mediante “Ato de Concessão” e Relatório, encaminhados pela Corregedoria;

- c) **Processo Ético-Profissional - Relator:** equivalente a 2 (dois) AR - a indenização será efetivada mediante "Ato de Concessão" e Relatório, encaminhados pela Corregedoria;
- d) **Processo Ético-Profissional - Revisor:** equivalente a 2 (dois) AR - a indenização será efetivada mediante "Ato de Concessão" e Relatório, encaminhados pela Corregedoria;
- e) **Oitiva realizada por determinação da Corregedoria - "Carta Precatória":** equivalente a 1 (um) AR, sendo limitado a 1 (um) AR/dia - a indenização será efetivada mediante "Ato de Concessão" e Relatório da Corregedoria ou da Delegacia Regional do CRM-PR, este confirmado pela Corregedoria;
- f) **Parecer:** equivalente a 1 (um) AR - a indenização será efetivada mediante "Ato de Concessão" e Relatório, encaminhados pelo Departamento de Consultas;
- g) **Deslocamento ao CRM-PR para despacho de documentos inerentes aos cargos dos Diretores do CRM-PR:** equivalente a $\frac{1}{2}$ (meio) AR, sendo limitado a 1(um) AR/dia - a indenização será efetivada mediante verificação das assinaturas no "livro diário";
- h) **Deslocamento ao CRM-PR quando por absoluta necessidade de despacho de documentos inerentes às atividades desempenhadas pelos Diretores de Departamento, Coordenadores/Membros das Comissões e Conselheiros, sempre designados pela Presidência, através de Portaria específica:** equivalente a $\frac{1}{2}$ (meio) AR, sendo limitado a 1 (um) período por dia - a indenização será efetivada mediante verificação da assinatura no "livro diário";
- i) **Representação do CRM-PR ou Concessão de entrevistas, quando designado pela Presidência do CRM-PR:** equivalente a 1 (um) AR, sendo limitado a 1 (um) AR/ dia - a indenização será efetivada mediante "Ato de Concessão" e Relatório de participação do Conselheiro Efetivo ou Suplente, Delegado ou Representante Regional, no prazo de 5 (cinco) dias após a realização da atividade;
- j) **Participação em Encontros do CRM-PR, Solenidades de entrega de carteiras aos Médicos Recém Formados, Reuniões de Comissões e Câmaras do CRM-PR e Eventos/Reuniões eventuais:** equivalente a 1 (um) AR, sendo limitado a 1 (um) AR/dia - a indenização será efetivada mediante Relatório da Diretoria;
- k) **Deslocamento à Delegacia Regional do CRM-PR para despacho de documentos inerentes aos cargos de Diretor, Vice-Diretor e Secretário:** $\frac{1}{2}$ (meio) AR/dia sendo

limitado a 2 (dois) AR/mês – a indenização será efetivada mediante verificação das assinaturas e justificativas no “livro diário”;

l) **Participação em Reunião da Delegacia e Representação Regional, Solenidades de entrega de carteiras aos Médicos Recém Formados:** equivalente a 1 (um) AR, sendo limitado a 1 (um) AR/dia – a indenização será efetivada mediante Relatório da Delegacia ou Representação Regional, acompanhado da lista de presenças;

m) **Atividade de Fiscalização:** equivalente a 1 (um) AR, sendo limitado a 1 (um) AR/dia – a indenização será efetivada mediante “Ato de Concessão” e Relatório de participação do Conselheiro Efetivo ou Suplente, Delegado ou Representante Regional, no prazo de 5 (cinco) dias após a realização da atividade e encaminhado pelo Departamento de Fiscalização;

Parágrafo Único – Quando da concessão de Auxílio de Representação para Membros de Comissões e Câmaras Técnicas que não sejam Conselheiros ou Delegados, fica limitado a 01 (um) auxílio/mês, a indenização será efetivada mediante verificação da assinatura na lista de presenças de livro de Eventos;

Art. 3.º - Os Conselheiros Efetivos e Suplentes, Delegados e Representantes Regionais do CRM-PR farão jus à percepção de **DIÁRIA**, quando convocados para a execução de tarefas ou atividades que lhes são afetas, para deslocamento dentro do Estado do Paraná, no valor de R\$ 527,00 (quinhentos e vinte e sete reais); se o deslocamento ocorrer para fora do Estado, tendo como origem o Paraná, o valor será de R\$ 615,00 (seiscentos e quinze reais).

Parágrafo Primeiro – O pagamento das diárias será autorizado mediante solicitação do “Ato de Concessão”.

Parágrafo Segundo - Quando não houver pernoite, será pago 50% (cinquenta por cento) do valor da diária.

Parágrafo Terceiro – Para efeito de pagamento, será considerada a data de participação no evento ou de execução dos trabalhos, levando-se em conta o tempo necessário para o deslocamento de ida e retorno.

Art. 4.º - Os Funcionários, Convidados e Colaboradores Eventuais do CRM-PR farão jus à percepção de **DIÁRIA** no valor de R\$ 442,00 (quatrocentos e quarenta e dois reais), para deslocamento dentro do Estado do Paraná e de R\$ 489,00 (quinhentos e oitenta e nove reais), quando o deslocamento ocorrer para fora do Estado, tendo como origem o Paraná.

Parágrafo Primeiro – O pagamento das diárias será autorizado mediante solicitação do “Ato de Concessão”.

Parágrafo Segundo – Quando não houver pernoite, será pago 50% (cinquenta por cento) do valor da diária.

Parágrafo Terceiro – Para efeito de pagamento, será considerada a data de participação no evento ou de execução dos trabalhos, levando-se em conta o tempo necessário para o deslocamento de ida e retorno.

Art. 5.º - Quando o deslocamento for para o exterior, a autorização e o valor da Diária, será arbitrado pela Plenária do CRM-PR, não podendo ultrapassar os valores estipulados pela Resolução do Conselho Federal de Medicina vigente.

Art. 6.º - Quando o afastamento se iniciar nas sextas-feiras, bem como as que incluem sábados, domingos e feriados, e justificada a efetiva necessidade da execução de tarefas e/ou atividades nestes dias, as Diárias serão autorizadas pelo Presidente ou Tesoureiro do CRM-PR.

Art. 7.º - Fica estabelecida, no âmbito do sistema conselhal, **VERBA INDENIZATÓRIA** no valor de R\$ 326,00 (trezentos e vinte e seis reais) por Sessão Plenária e Reunião de Diretoria, limitando-se a quantidade em 15 (quinze) reuniões por mês, por Conselheiro Efetivo ou Suplente, conforme alínea “II”, do artigo 2.º da presente Resolução.

Art. 8.º - Fica estabelecido, no âmbito do sistema conselhal, **AUXÍLIO DE REPRESENTAÇÃO** no valor de R\$ 168,00 (cento e sessenta e oito reais) e a sua quantidade fica limitada em 22 (vinte e

dois) auxílios/mês, por Conselheiro Efetivo ou Suplente, Delegado ou Representante Regional, conforme alínea “III”, do artigo 2.º da presente Resolução.

Art. 9.º – A despesa com combustível e pedágio, por meio próprio será ressarcida mediante requerimento e autorização do Tesoureiro e obedecidos os seguintes critérios:

I) quando o convocado utilizar meio próprio de locomoção, entendendo-se como tal veículo automotor particular utilizado por sua conta e risco do condutor, não cabendo ao CRM-PR qualquer tipo de responsabilização ou ônus, em qualquer instância.

II) o ressarcimento de despesas com combustível observará o valor correspondente ao resultado da multiplicação do valor padronizado de ressarcimento de

transporte pela distância rodoviária, em quilômetros, existentes entre os municípios percorridos;

III) o valor padronizado de ressarcimento de transporte será o resultado da divisão do preço do litro do combustível pelo consumo de 07 (sete) quilômetros rodados por litro;

IV) o valor do litro do combustível será o preço médio estadual fornecido no site da Agência Nacional do Petróleo - ANP;

V) a distância entre os municípios será definida com base em informações prestadas pelo Departamento Nacional de Infraestrutura de Transporte (DNIT), do Departamento de Estradas de Rodagem (DER) ou similar;

VI) no caso da existência de pedágios, esses serão ressarcidos mediante apresentação dos tickets de pedágio e Ato de Concessão específico.

Art. 10. - O CRM-PR incluirá esta matéria na ordem do dia da Assembléia Geral dos Médicos, prevista no artigo 24, alínea "I", da Lei n.º 3.268/57, a fim de que estas despesas sejam objeto de controle interno.

Art. 11. - Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria do CRM-PR.

Art. 12. - Fica revogada a Resolução CRM-PR n.º 190/2013, de 25/02/2013, e as demais disposições em contrário.

Art. 13. - Esta Resolução entra em vigor a partir da data da sua publicação.

Curitiba, 24 de fevereiro de 2014.

MAURÍCIO MARCONDES RIBAS

Presidente

CLOVIS MARCELO CORSO

Tesoureiro

RESOLUÇÃO CRM-PR n.º. 194/2014

Resolução aprovada na Sessão Plenária de 24/02/2014.

Publicada no DIOE n.º 9159, 06/03/2014.

O QUE FAZER COM O ARQUIVO OU FICHÁRIO MÉDICO QUANDO DESATIVADO POR QUALQUER MOTIVO

WHAT TO DO WITH THE ARCHIVE OR MEDICAL FILE
WHEN IT IS INACTIVED FOR ANY REASON

CRM-PR*

Palavras-chave – *Arquivo, fichário, publicação, diretor técnico, diretor clínico, prazo.*

Keywords – *Archive, file, publication, technical, director, clinical director, period.*

RESUMO

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958; e **CONSIDERANDO** inexistir legislação pertinente ao destino a ser dado às fichas ou prontuários de clínicas ou consultórios particulares, quando inativados em função de óbito do profissional ou de sua aposentadoria; **CONSIDERANDO** o desinteresse dos responsáveis em manter a guarda desse material; **CONSIDERANDO** que as entidades de classe, Associações e Conselhos, não tem condições, atualmente, de manter esses documentos armazenados sob quaisquer das modalidades técnicas; **CONSIDERANDO**, que a ficha ou prontuário pertence ao paciente, sendo, portanto, vedada sua mercantilização; **CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido em Sessão Plenária, realizada aos 17 dias do mês de fevereiro de 1992,

* Conselho Regional de Medicina do Paraná.

ABSTRACT

The Federal Medical Council, in exercise of the capacities conferred upon it by the 3.268 Law of September 30th, 1957, and regulated by the 44.045 Decree of July 19th, 1958 and; **CONSIDERING** the inexistency of a relevant legislation in relation to the destination to be given to files of clinics or files of private clinics, when inactivated due to the professional death or his retirement; **CONSIDERING** the indifference of responsible people in maintaining the custody of such material; **CONSIDERING** that the Group Entities, Associations and Councils, actually, are unable to maintain the storage of documents under any technical arrangements; **CONSIDERING** that the file or archive belongs to the patient, and being avoid its negotiation; **CONSIDERING**, finally, what was decided in the Plenary Session, on 17th of February, 1992.

RESOLVE:

1º - O responsável pelo arquivo ou fichário médico, quando desativado sob qualquer motivo, poderá destruir as fichas ou prontuários, preferencialmente por incineração, obedecidos os seguintes critérios:

- a)** Publicar em jornal de grande circulação local, no mínimo em duas ocasiões, intervaladas por prazo não inferior a 10 (dez) dias, nota esclarecendo o motivo da desativação do arquivo, colocando à disposição dos clientes interessados as fichas ou prontuários;
- b)** A publicação deverá explicar local para a entrega do material, em horário não inferior a duas sessões de duas horas;
- c)** Esses documentos médicos somente serão entregues ao cliente ou responsável legalmente habilitado, mediante identificação contra recibo;
- d)** a destruição dos documentos deverá aguardar um prazo não inferior a 30 (trinta) dias após a última publicação.

Art. 2º - Não poderá haver ônus pela entrega dos documentos objeto desta Resolução.

Curitiba, 17 de fevereiro de 1992.

CONS. HÉLIO GERMINIANI
Presidente em Exercício

RESOLUÇÃO CRM-PR n.º 41/1992

Resolução aprovada na Sessão Plenária de 1992.

Publicada no DOU de 17/02/1992.

PLANO DE SAÚDE - LAUDO DE MÉDICO COOPERADO PARA CIRURGIA

HEALTH PLAN - COOPERATED CLINIC REPORT TO SURGERY

Roberto Issamu Yosida*

Palavras-chave – *Laudo cirúrgico, médico cooperado, obrigação, profissional credenciado, planos de saúde, Roberto Issamu Yosida.*

Keywords – *Surgical report, cooperated clinic, obligation, accredited professional, health plans, Robert Issamu Yosida.*

DA CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, o Sr. XXX, formula consulta com o seguinte teor:

“Qual a posição deste Conselho Profissional em relação a XXX em exigir dos profissionais MÉDICOS, que os mesmos exijam de seus pacientes, laudos para cirurgia somente de profissionais credenciados a ela (XXX) e que atendem somente em suas clínicas multidisciplinares?”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Idealmente não haveria "saúde", o paciente consultaria o médico de sua confiança e esse cobraria seus honorários de maneira justa. Levando em consideração as condições de cada indivíduo. Por isso, muitos médicos dedicam-se ao trabalho voluntário, sem nada receber a não ser a satisfação de ter atendido seu próximo. Regra de ouro a ser seguida, faça ao outro o que gostaria que fosse feito para si.

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

A realidade é diversa. Assim, contratos são firmados estabelecendo regras a serem cumpridas pelas partes. Se o objeto é lícito e ou ético e há livre concordância, é válido.

A livre escolha, é o direito do paciente escolher o médico de sua confiança ou o sistema de assistência médica de sua preferência, que funcione dentro dos princípios éticos e preceitos técnico-científicos. É o ideal preconizado pelo CFM.

Outro aspecto interessante é a “unimilitância”, que significa que o cooperado somente poderá atender através da cooperativa. Aspecto muito discutido na esfera judicial. E cuja tendência é a vedação de tal prática, por ferir a livre concorrência.

Resta claro que deve ser observado no contrato entre o paciente e a cooperativa, se há cláusula que discipline a matéria.

Todas as operadoras de planos de saúde, em qualquer de suas modalidades, possuem rede referenciada. Ou seja, possuem serviços contratados para atender seus beneficiários. Algumas situações de livre escolha e reembolso existem. A maioria com limitações de valores reembolsados. O que é razoável porque se não houver algum parâmetro, não haveria sustentabilidade.

As operadoras de planos de saúde são reguladas pela ANS. A fiscalização da regulação dos serviços e de sua cobertura é função da agência.

O CFM recomenda que as operadoras de planos de saúde respeitem a autonomia dos médicos e dos pacientes em relação à escolha de métodos diagnósticos e terapêuticos.

As operadoras não podem limitar exames com indicação médica, em função de questões administrativas. Assim, qualquer médico pode solicitar exames que tenham cobertura pelas operadoras de planos de saúde.

As infrações apuradas nos estabelecimentos hospitalares ou em empresas de assistência médica são de responsabilidade direta do diretor técnico ou de seu substituto eventual.

RESPOSTA:

O médico não pode exigir que paciente faça exame em determinado local. Eventualmente pode recomendar o local, conforme sua experiência/preferência. A escolha é do paciente.

Por sua vez, o paciente pode fazer o exame onde lhe convier. Bem como realizar cirurgias onde bem entender.

A Unimed pode celebrar contratos e estabelecer cláusulas dentro da legislação vigente. O contrato é entre o paciente e a Cooperativa. Qualquer dúvida poderá ser esclarecida junto à agência reguladora ANS.

O médico pode atender por qualquer modalidade que desejar. É profissional autônomo e tem liberdade de definir sua atuação.

As cirurgias podem ser realizadas em locais contratados pelo paciente. Ou outro local de sua preferência.

Laudos de exames realizados fora da rede da Cooperativa podem ser aceitos para indicar cirurgias.

Concluo com a recomendação de leitura atenta do contrato celebrado.

É o parecer, s.m.j.

Curitiba, 11 de fevereiro de 2014.

ROBERTO ISSAMU YOSIDA

Cons. Parecerista

Processo-Consulta n.º 07/2014

Parecer CRM-PR n.º 2447/2014

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n.º 3439, de 18/02/2014 - CÂM IV

UTILIZAÇÃO DE ANTI-INFLAMATÓRIOS

APPLICATION OF ANTI-INFLAMMATORY AGENTS

Viviana de Mello Guzzo Lemke*

Palavras-chave – Medicamentos, anti-inflamatórios, usuários.

Keywords – Medicines, anti-inflammatory agents, users.

CONSULTA

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

“Na qualidade de médico especialista em cardiologia e medicina intensiva pela Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina venho solicitar ao Conselho Regional de Medicina parecer para o que segue: paciente sofreu morte súbita possivelmente causada por arritmia cardíaca e vinha em uso de ARCOXIA – medicado por outro colega por cervicobraquialgia causada por hérnia discal cervical; é de conhecimento da classe médica que estes anti-inflamatórios são deletérios para o aparelho cardiocirculatório com riscos de trombose, infarto do miocárdio e arritmias diversas e que em diversos países foram retirados do mercado face aos efeitos deletérios que apresentam. Assim é que solicito parecer dos colegas deste conceituado conselho para que me esclareçam se realmente o que comento é digno de uma providência junto à ANVISA pedindo uma justificativa do porque

*Conselheira parecerista do CRM-PR.

esta medicação é adquirida nos nossos estabelecimentos farmacêuticos. Não é importante caso continue a sua venda que haja um esclarecimento à população e à classe médica dos riscos do seu uso através da mídia haja visto que muitos desconhecem e não fazem leitura da bula? Encaminho para melhor ilustração em outro email um artigo referente não só a Arcoxia mas também dos outros medicamentos da sua área de atuação farmacológica e espero que seja útil para o parecer do conselho. Atenciosamente. XXX. CRM XXX." ?

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Os inibidores seletivos da COX-2 (coxibes) vieram ao mercado com o objetivo de promover ação antiinflamatória e alívio de sintomas, assim como os AINEs tradicionais, porém com diminuição do risco de eventos gastrointestinais. No entanto, alguns estudos clínicos evidenciaram uma ocorrência elevada de eventos cardiovasculares e tromboembólicos em usuários crônicos da medicação.

A COX-1 é uma enzima responsável pela produção de Tromboxane-A₂, que causa agregação irreversível de plaquetas, vasoconstrição e proliferação de células musculares lisas, resultando em potencial efeito pró-trombótico. Por outro lado, a COX-2 resulta na formação de prostaciclina nas células endoteliais que tem ação vasodilatadora e inibidora da agregação plaquetária e da proliferação de células musculares lisas. Dessa maneira, esses sistemas enzimáticos mantêm um equilíbrio entre os processos hemorrágicos e a trombose. Os AINES tradicionais, por inibirem as duas isoformas de ciclooxigenases, podem não aumentar significativamente o risco cardiovascular. Por outro lado o uso de inibidores seletivos de COX-2, reduzindo a produção de prostaciclina vascular, poderiam afetar o equilíbrio entre o Tromboxane A₂ e prostacilinas, levando a um aumento de eventos trombóticos e cardiovasculares. Além disso, a inibição de COX-2 poderia facilitar a proliferação de células musculares lisas.

Essas alterações da fisiologia da cascata do ácido aracdônico teoricamente explicam um aumento na ocorrência de eventos cardiovasculares associados ao uso de Coxibes. Entre os Coxibes disponíveis está o etoricoxib (Arcóxia).

Apesar de grandes estudos clínicos apontar diferenças entre os coxibes e o risco cardiovascular poucos estudos foram conduzidos no sentido de avaliar especificamente o Etoricoxib. O estudo MEDAL (Multinational Etoricoxib and Diclofenac Arthritis Long-term) foi uma análise de três estudos separados comparando o etoricoxib com diclofenaco e demonstrou que o risco de eventos trombóticos cardiovasculares por etoricoxib foi similar ao do diclofenaco porém a interpretação desses resultados é problemática, já que se acredita que o diclofenaco também está associado com um aumento do risco cardiovascular.

O Arcoxia está aprovado na União Europeia para a artrite reumatóide e osteoartrite, mas foi rejeitado pela FDA – Food and Drug Administration (agência regulatória de controle de alimentos e medicamentos dos Estados Unidos).

Em abril de 2007 a ANVISA publicou uma nota à sociedade sobre o Arcoxia onde declara que está acompanhando rigorosamente os ensaios clínicos envolvendo os antiinflamatórios não-esteroidais (AINEs), em especial dos inibidores seletivos da COX-2, reconhecendo que alguns componentes dessa classe terapêutica, notadamente o rofecoxibe (Vioxx®), retirado do mercado em 2004, estão associados a um maior risco cardiovascular, quando usado cronicamente.

No mesmo documento a Anvisa recomenda aos prescritores e usuários os seguintes critérios de segurança relacionados com o medicamento Arcoxia®:

- Observar a restrição de uso descrita na bula. É contraindicado para pacientes com histórico de insuficiência cardíaca, ataque cardíaco, cirurgia de revascularização (p.ex. ponte de safena), dor no peito (angina) e outros riscos cardiovasculares.
- Esse medicamento deve ser somente utilizado sob prescrição de um médico ou de um cirurgião-dentista com avaliação prévia dos riscos cardiovasculares ou doença cardiovascular do usuário.
- Usuários com doença cardiovascular sob uso de Arcoxia® devem procurar o prescritor para uma reavaliação da terapêutica.
- Usuários de longo prazo do Arcoxia®, como, por exemplo, para o tratamento de osteoartrites ou artrite reumatóide, devem fazer um acompanhamento periódico da pressão arterial de forma preventiva quanto a problemas cardio e cerebrovasculares.
- Usuários que experimentarem falta de ar, dor no peito ou se inchaço no tornozelo aparecer ou piorar, devem interromper o tratamento e consultar um médico assim que possível para avaliação.

Complementando a nota anterior, no final do mesmo mês de 2007, a ANVISA esclarece que as avaliações e posicionamento de outras Agências reguladoras são sempre avaliadas e ponderadas, e, apesar de na maioria das vezes respaldar, não necessariamente determina o posicionamento que será adotado pela ANVISA.

Para ampliar o controle sobre a utilização desses medicamentos, a ANVISA retirou o medicamento Arcóxia 120mg do mercado e determinou que toda a classe de inibidores de Cox-2 só poderão ser vendidos com retenção da receita médica (receituário C1 - branco) pelo estabelecimento farmacêutico.

A ANVISA ainda orienta os profissionais de saúde que notifiquem a suspeita de reações adversas (e todas as suspeitas de reação adversa grave a qualquer medicamento ou aquela que não esteja descrita na bula). A notificação deve ser feita por meio de um sistema informatizado denominado Notivisa <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/cadastro.htm>.

Na própria bula do medicamento em questão existem orientações claras sobre os efeitos colaterais: *“Como os riscos cardiovasculares dos inibidores seletivos da COX-2 podem aumentar com a dose e duração da exposição, deve-se utilizar a menor dose efetiva diária pelo período de tempo mais curto possível. Os pacientes com fatores de risco significativos para eventos cardiovasculares (por exemplo, hipertensão, hiperlipidemia, diabetes mellitus, tabagismo) devem ser tratados com etoricoxibe apenas após criteriosa consideração.”*

Portanto, entendo a nobre preocupação do colega que formulou esta consulta, preocupação esta embasada no nosso Código de Ética Médica, que já no capítulo I, Princípios Fundamentais, declara que:

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

V - Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

Por isso concluo que parece prudente adotar uma atitude de cautela em relação aos representantes que permanecem no mercado, evitando seu uso como medicamento de primeira linha. A prescrição de coxibes deve ser reservada a pacientes com alto risco gastrointestinal, sendo contraindicado na doença coronariana e cerebrovascular estabelecida e reações adversas graves devem ser notificadas para “Notivisa”.

É o parecer, s.m.j.

VIVIANA DE MELLO GUZZO LEMKE

Curitiba, 17 de março de 2014.

Cons.^a Parecerista

Processo-Consulta n.º 35/2014

Parecer CRM-PR n.º 2450/2014

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n.º 3453, de 17/03/2014 - CÂM IV

ATESTADO MÉDICO PARA ATIVIDADE FÍSICA ESPORTIVA

MEDICAL CERTIFICATED TO SPORT PHYSICAL ACTIVITY

*Luiz Ernesto Pujol**

Palavras-chave – *Atestado médico, ato médico, atividades físicas, responsabilidade, esporte, Luiz Ernesto Pujol.*

Keywords – *Medical certificated, medical act, physical activities, liability, sport, Luiz Ernesto Pujol.*

CONSULTA

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

“Solicitação: Solicitamos parecer referente aos atestados médicos exigidos para a inscrição nas atividades físico-esportivas oferecidas pelo XXX PR, em vista de algumas situações divergentes encontradas com nossos clientes: A instituição pode deixar de aceitar um documento que apresente interpretação dúbia quanto ao permite ou não do médico para a participação do paciente em determinada modalidade?”

(Ex¹.: “___ encontra-se apto para a prática de exercícios físicos, do ponto de vista ginecológico” Ex².: “___ encontra-se em bom estado de saúde físico e mental”) Afim de evitar

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

transtornos, a instituição pode sugerir um texto padrão para aceitar ou não atestados de aptidão física?

(Texto sugerido: Atesto para os devidos fins que o Sr. (ª)_____ está apto(a) para a prática de atividades físicas e esportivas.)

Justificativa: O XXX - XXX Paraná - em suas áreas de atuação desenvolve atividades físico-esportivas e de lazer, com vistas à qualidade de vida tanto de seu público preferencial quanto da comunidade em geral. Visando promover ainda mais a saúde e o bem-estar e reconhecendo a pertinência da Lei Municipal de Curitiba nº 13.559/2010, que exige a apresentação de atestado médico de aptidão física pelas entidades que, como o XXX, promove eventos e atividades sistemáticas relacionados à prática esportiva, decretamos desde 2011 que a apresentação de atestado médico para práticas físico-esportivas no XXX seria obrigatória em todo Paraná. No ano passado, estendemos também esta exigência para nossos eventos de pedestrianismo - corridas de 5 e 10 km - sendo que realizamos um circuito de 20 provas em todo o Estado durante o ano. Somos a única instituição no estado a solicitar a apresentação do atestado médico indicando a aptidão física como requisito para a participação dos atletas em provas semelhantes. No entanto, como este ainda é um assunto novo para todos nós, encontramos algumas questões relativas a esta exigência, e esperamos contar com a colaboração desse Conselho para sanar tais dúvidas e alinhar algumas ações; nossa intenção é elaborar um documento de circulação interna, visando orientar nossas Unidades Executivas no processo de análise dos atestados médicos apresentados tanto para nossas atividades regulares quanto para os eventos esportivos."

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O atestado médico faz parte do ato médico e, especificamente no tocante à autorização para atividades físicas reverte-se de grande responsabilidade legal, principalmente quando o beneficiário se propõe a atividades esportivas competitivas ou que venham a requerer grandes esforços físicos. Mesmo em exercícios físicos não competitivos, como nas aulas escolares de Educação Física, Clubes Esportivos e em Academias de Exercícios Físicos, o atestado que autoriza essa atividade deve ser emitido por médico após minuciosa anamnese que analisará o histórico mórbido pessoal e familiar do beneficiário, exame físico completo e, se necessário à execução de exames complementares indispensáveis ou avaliação por médico especialista.

Situações em que o médico venha a detectar alterações físicas ou de antecedentes mórbidos pessoais ou familiares tais como alterações cardiovasculares, convulsões, síncope, hipertensão arterial, morte súbita na família, insuficiência respiratória quando de esforços, crises de hipoglicemia, gravidez de risco ou, outras manifestações anômalas no exame físico e que requeiram melhor elucidação, o encaminhamento a um especialista se faz obrigatória.

Nas ocasiões em que nada de anormal seja encontrado quando da avaliação médica criteriosa, o atestado autorizando a prática de exercício físico deve ser emitido com a anotação de que, **naquele momento**, o requerente encontra-se apto fisicamente às suas pretensões. Nos casos de atestados a crianças e adolescentes recomenda-se ainda que conste anotação de que a atividade física pretendida se faça sob **supervisão** capacitada e responsável.

Pelo exposto, depreende-se que atestados que se limitam a uma situação pontual (como no exemplo colocado “apta do ponto de vista ginecológico”) não contemplam o organismo como um todo e não devem ser aceitos por quem o requereu.

A disponibilização de um texto padrão para atestados de aptidão física, não dispensa a absoluta necessidade do médico examinador confeccionar e manter sob sua guarda o Prontuário com os dados de anamnese, exame físico, eventuais resultados de exames complementares que se mostraram cabíveis, orientações emitidas ou encaminhamento a especialistas.

É o parecer, s.m.j.

Curitiba, 27 de fevereiro de 2014.

LUIZ ERNESTO PUJOL

Cons. Parecerista

Processo-Consulta n.º 14/2014

Parecer CRM-PR n.º 2457/2014

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n.º 3447, de 10/03/2014 - CÂM II

REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA/PEDIASUIT/THERATOGS

NEUROLOGICAL REHABILITATION/PEDIASUIT/THERATOGS ORTHOSES

*Ehrenfried Othmar Wittig**

Palavras-chave – *Reabilitação neurológica, fisioterapia, Peditasuit.*

Keywords – *Neurological rehabilitation, physical therapy, Peditasuit method.*

CONSULTA

O Dr. Antonio Carlos Choma, Juiz de Direito da 23ª Vara Cível, formula consulta a este Conselho, nos seguintes termos:

"Pelo presente, em cumprimento à decisão proferida nos Autos nº 0062123-93.2012.8.16.0001 de AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER, movida pela Sr. XXX da empresa XXX em face de AMIL - ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL LTDA., em trâmite nesta 23ª Vara Cível, solicito a Vossa Senhoria as providências necessárias, no sentido de informar a este Juízo, no prazo de 30 (trinta) dias para cumprimento, se os tratamentos PEDIASUIT; THERATOGS possuem comprovação científica."

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Entre os inúmeros métodos de reabilitação física, especialmente, por lesões neurológicas, temos os desenvolvidos por Bobath, Doman-Delacato, Rood, Petô, Temple-Fay, Voyta, Phelps, Knott, etc. Cada um, com alguma variação, dentro das suas concepções neurofisiológicas, individualizados, associados ou interligados.

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

Todas as sequelas recentes ou tardias, decorrentes de lesões ou disfunções do sistema nervoso, especialmente o central, ou outros sistemas em qualquer de suas topografias ou etiologias, são passíveis e devem ser submetidas à reabilitação através de métodos e técnicas variáveis, em qualquer idade. Todas as terapêuticas atuantes nas sequelas, têm limitações reabilitadoras porque procuram recuperar, reabilitar disfunções e lesões.

O método de Reabilitação Neurológica "PediaSuit" é de concepção mais recente, diz-se desenvolvido inicialmente, pelos russos, para apoio e superação dos astronautas, por apresentarem pela permanência prolongada nos seus voos, sem atividades físicas, dificuldades motoras com atrofia, contraturas musculares, esqueléticas ou articulares. Foram criadas algumas vestimentas em aproximadamente 1970, que receberam gradativas modificações até a evolução atual no "PediaSuit". Os USA participaram das melhorias, modificações e evolução terapêutica desta parte técnica.

A parte da especialidade do método "PediaSuit" (também denominado de "THERATOOGS" ou "THERASUIT", de uso mais interessante em crianças entre 01 e 08 anos, tem como componente básico uma vestimenta terapêutica padronizada, um "macacão" composto especialmente para crianças, de uma blusa, colete, short, joelheira, calçado, touca protetora e ainda um conjunto de cordões elásticos de borracha, uma armação retangular, como uma gaiola metálica, quadriculada e quadrangular (spider). As crianças têm a vestimenta ajustada e adaptada com velcros. Os cordões elásticos, aproximadamente 4 de cada lado, sustentam o corpo do paciente, em posição ereta, de bipedestação. Cada fio é mantido preso na parte externa, na gaiola e, o outro, interno na vestimenta da porção corporal, o que permite ao paciente permanecer em bipedestação, manter-se e desenvolver a noção do corpo em pé e coordenação, como de formular a locomoção, assim como, o tratamento fisioterápico de outros movimentos globais ou parciais. A armação permite à criança e, ao fisioterapeuta, atuarem na sua porção central da armação, com sua vestimenta e elásticos interligados, como uma "órtese alongável", uma "órtese mole".

Cada método, pelas variações técnicas, pelas diferentes lesões causais, não permitem que seus resultados sejam comparáveis entre si, em virtude das diferentes etiologias, topografias e quadros clínicos em diferentes sequelas.

A real frequência das sessões terapêuticas, tem grande influência e importância no resultado, pelo que a aplicação diária ou semanal, proporcionam maior chance de um resultado mais satisfatório, o qual pode ser sempre variável em cada paciente e em cada caso. As dificuldades ou limitações das terapêuticas fisioterápicas ou outras, podem determinar reduções ou limitações dos benefícios.

A fisioterapia atua desenvolvendo e melhorando a força, amplitude, alongamento musculoesquelético, ação vestibular, equilíbrio, tônus, sensibilidade superficial e profunda (artroproprioceptiva ou proprioceptiva), funções dos órgãos dos sentidos, funções cognitivas etc. Através dos exercícios repetitivos, específicos, procura-se desenvolver novos caminhos para as vias anatomo-funcionais do sistema nervoso e de acordo com o objetivo, procurar desenvolver suplências funcionais dos neurônios, tentando também substituir as vias parcialmente comprometidas, melhorar as alterações decorrentes do desuso, da falta de estímulos, pouca ou reduzida atividade na vida diária.

Sabemos, que as estruturas celulares nervosas são muito complexas, sensíveis neurologicamente, com funções topográficas específicas e importantes, funcionalmente. As células nervosas são de rara e difícil reprodução, multiplicação ou regeneração, do que decorre ser fundamental evitar-se a lesão. A atuação terapêutica medicamentosa e, especialmente, a fisioterapia precoce, são muito relevantes no processo de reabilitação.

O método "PediaSuit" no Paraná ainda está incipiente, embora o Hospital Pequeno Príncipe disponha de um modelo em uso com um fisioterapeuta especializado atuante, como em outras técnicas.

Fisioterapeutas aplicam este método e outros por recomendação médica, nas sequelas dos AVC, Paralisia Cerebral, Paraplegias, Hemiplegias, Artropatias, Miopatias, Hipoxia, Traumas, Deficiências mentais etc., ampliando novas indicações. Cada um dos vários métodos apresenta variações do material técnico, acessórios, tendo um custo econômico maior ou menor (como bola, roupa, sapato, tatame, armações, canulas, orteses, próteses com vários objetivos facilitadores ou apoiadores as disfunções.

Mesmo sendo um método útil nas disfunções, o "PediaSuit", tem boa indicação nas lesões e disfunções neurológicas, mas não devemos relegar a importância que continuam tendo os outros métodos já citados e disponíveis no nosso meio.

Os métodos, no geral, utilizam partes, se mesclam, combinam, misturam com associações entre si, de acordo com o interesse específico da disfunção. Os princípios de atuação das técnicas reabilitadoras, da fisioterapia e neurofisiologia, se associam, mesmo tendo variações. A função do corpo humano é sempre igual, variando nas disfunções e lesões.

Cada método utiliza mecanismos ou meios que complementam a cinesioterapia, principalmente no alongamento das retrações, osteoarticulares, desenvolvimento da forma e coordenação com acessórios de uso ou treino, de botas, elásticos, roldanas,

cordas, roupas especiais, armações, etc. A equoterapia têm sido há anos, usada como complementação à fisioterapia por longos períodos.

Quanto mais sessões e variações são programadas e executadas, melhor, em regra os resultados, que devem ter apoio, principalmente, de familiares e técnicos.

Especificamente a Pediasuit, Theratogs ou Therasuit, são meios, como outros, capazes de produzir benefícios aos pacientes limitados neurologicamente, articularmente ou musculosamente. A associação de elementos (acessórios) em cada método é um procedimento adequado, desejável e comum na prática a bastante tempo.

É fundamental que a família seja esclarecida adequadamente sobre os possíveis benefícios e prognóstico da aplicação de qualquer método. Também, que os familiares participem da terapia, além da que seja realizada pelo fisioterapeuta. Ao paciente e família deve ser adequadamente explicado o que lhe será oferecido, a finalidade e o prognóstico, redução do custo, da monotonia da repetição diária. As vezes férias são necessárias.

A atuação reabilitadora deve sempre ser aplicada por uma equipe multidisciplinar. (Neurologista, Ortopedista, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Pediatra e Psicólogo), de acordo com as disfunções.

Nenhum método é curativo, tem um grau de resolução variável, especialmente, com a intensidade e localização da lesão e, basicamente, sempre a longo prazo. Não existem métodos mágicos ou milagrosos.

É o parecer. s.m.j.

Curitiba, 20 de maio de 2013.

EHRENFRIED OTHMAR WITTIG

Cons. Parecerista

Parecer CRM-PR n.º 02/2013

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n.º 3266, de 20/05/2013 - CÂM II



SAIA DO ESCURO

LEIA

ARQUIVOS DO CONSELHO
REGIONAL DE MEDICINA
DO PARANÁ

**PROFESSOR DR. JOSÉ SCHWEIDSON
UM GRANDE DOADOR**

PROFESSOR AND DOCTOR JOSÉ SCHWEIDSON
A GREAT DONOR

*Ehrenfried Othmar Wittig**

Palavras-chave – *José Schweidson, dermatologia, doação de livros, museu, coleção, livreria.*

Keywords – *José Schweidson, dermatology, books donation, museum, collection, bookstore.*

Recentemente, o “Museu de História da Medicina” da AMP, recebeu do Prof. Dr. José Schweidson, uma grande, preciosa e importante colaboração. Com a **DOAÇÃO DE SUA COLEÇÃO PARTICULAR DE APROXIMADAMENTE 1200 LIVROS**, vários objetos e outras peças, sendo 80% da especialidade de Dermatologia, na qual foi excelente professor, recebeu recentemente.

Com muita lucidez, o professor nos seus brilhantes 64 anos de medicina, atende ainda em seu consultório.

Nas fotografias 1, 2, 3, colocamos parte do expressivo acervo, já fazendo, agora, parte do nosso Museu de História da Medicina. Muito obrigado professor.

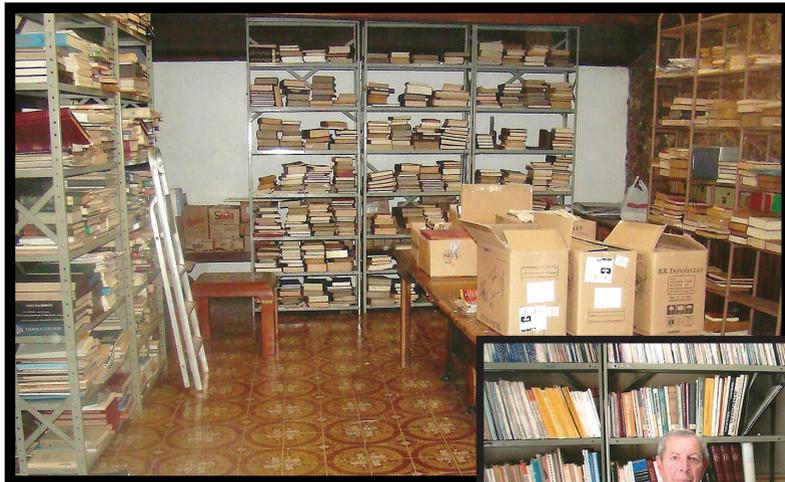
Esperamos que este nobre exemplo, lembre aos colegas médicos, familiares e apreciadores da história para que, participem colaborando para engrandecer o nosso já belo acervo.

Destacamos entre as suas muitas titulações, as seguintes atividades:

- Diploma de médico formado pela Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Paraná, expedido em 18/12/1950 e registrado no Ministério da Educação e Saúde em 1951;
- Aspirante a Oficial da Área de Infância no período de 1943-1944;

* Diretor do “Museu de História da Medicina” da Associação Médica do Paraná. Prof. Adjunto (apos.) de Neurologia do Curso de Medicina do Hospital de Clínicas, da Universidade Federal do Paraná.

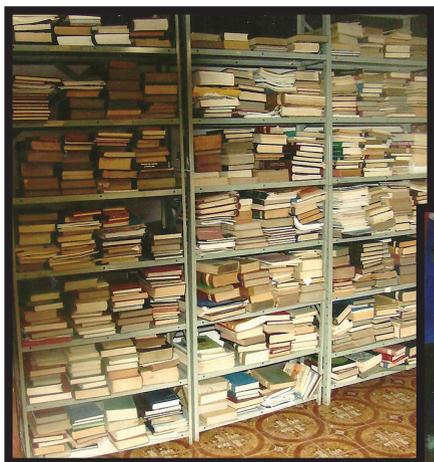
- Interno da Cadeira de Clínica Pediátrica da U.F.PR, em 1951;
- Assistente da Clínica Dermatológica da UFPR de 1951 a 1967;
- Professor Adjunto da Clínica Dermatológica, por promoção na FM da UFPR em 1967;
- Médico, por concurso da Clínica Dermatológica do Ex-IAPC, 1956;
- Médico, por concurso de títulos, no Departamento de Saúde do Serviço Público em Curitiba, 1956;
- Médico Adjunto, do Hospital da Irmandade da Saúde Casa de Misericórdia, Curitiba;
- Professor Titular por concurso, da disciplina de Dermatologia, da Fundação Estadual da Universidade de Londrina, 1970-1971;
- Sub-chefe do Departamento de Medicina e Cirurgia da Fundação Estadual da Universidade de Londrina, 1971;
- Representante do Departamento da Clínica Médica, do Colegiado do curso, 1974;
- Sócio fundador do Departamento de Dermatologia e Sifilografia, da AMP;
- Sócio da Associação Médica Brasileira;
- Membro registrado no CRM-PR sob nº 217, 1969;
- Sócio do Colégio Ibero-Latino-Americano de Dermatologia;
- Membro da Sociedade de Biologia e Medicina Nuclear, 1975;
- Membro titular do Colégio Brasileiro de Radiologia;
- Participante e ministrante em dezenas de cursos, palestras, conferências no mestrado, graduação e em outras especialidades não médicas;
- Dezenas de trabalhos publicados no Brasil e exterior, individuais e em colaboração;
- Participante em inúmeras jornadas, reuniões, encontros;
- Proficua produção científica e cultural;
- Dignidade Universitária com homenagem da turma de médicos de 1958, da FM UFPR.



Parte da doação de livros.



Prof. Dr. José Schweidson em seu consultório de Dermatologia.



Parte do acervo de livros. Doação de 1200 unidades



Pintura doada ao Prof. José por colega médico pintor e redoadada ao Museu.

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

ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

