



# ARQUIVOS

do Conselho Regional  
de Medicina do Paraná

v. 32 - n. 126 - Abr/Jun - 2015



**CRM-PR**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

## 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.

### EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

### JORNALISTA RESPONSÁVEL

Hernani Vieira (Sindijor 816)

### JORNALISTAS ASSISTENTES

Bruna Bertoli Diegoli

Amália Dornellas

### SECRETÁRIA

Cláudia Regina Muraro

### DIAGRAMAÇÃO

Victória Romano

### TRADUÇÃO

Lizandra Pezoti

### CAPA

Criação: Rodrigo Montanari Bento

### CIRCULAÇÃO

Edição Eletrônica

## 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*  
cq@crmpr.org.br

*Comissão de Atualização Cadastral de E-mails*  
correio@crmpr.org.br

*Assessoria de Imprensa*  
imprensa@crmpr.org.br  
comunicacao@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 - 01/06/2015 a 31/01/2017

Presidente:	Cons.	Luiz Ernesto Pujol
Vice-Presidente:	Cons.	Wilmar Mendonça Guimarães
Secretário Geral:	Cons.	Maurício Marcondes Ribas
1ª Secretária:	Cons <sup>a</sup> .	Keti Stylianos Patsis
2º Secretário:	Cons.	Alceu Fontana Pacheco Júnior
1º Tesoureiro:	Cons.	Clovis Marcelo Corso
2º Tesoureiro:	Cons.	Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Corregedor-Geral:	Cons.	Roberto Issamu Yosida
1º Corregedor:	Cons.	Álvaro Vieira Moura
2º Corregedor:	Cons.	Mauro Roberto Duarte Monteiro

## CONSELHEIROS

---

Adônis Nasr

Afrânio Benedito Silva Bernardes

Alceu Fontana Pacheco Júnior

Alexandre Gustavo Bley (*licenciado em 26/03/14*)

Álvaro Vieira Moura

Carlos Roberto Goytacaz Rocha

Cecília Neves de Vasconcelos Krebs

Clóvis Marcelo Corso

Cristina Aranda Machado

Donizetti Dimer Giamberardino Filho

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke

Fábio Luiz Ouriques

Fernando Cesar Abib

Gisele Cristine Schelle

Gláucia Maria Barbieri

Gustavo Justo Schulz (*licenciado em 30/04/14*)

Hélcio Bertolozzi Soares

Jan Walter Stegman

Jeziel Gilson Nikosky

José Carlos Amador

José Clemente Linhares

Julierme Lopes Melinger

Keti Stylianos Patsis

Lizete Rosa e Silva Benzoni

Lutero Marques de Oliveira

Marco Antônio do Socorro M. R. Bessa

Marília Cristina Milano Campos de Camargo

Maurício Marcondes Ribas

Mauro Roberto Duarte Monteiro

Nazah Cherif Mohamad Youssef

Paulo Cesar Militão da Silva

Regina Celi Passagnolo Sérgio Piazzetta

Roberto Issamu Yosida

Rodrigo Lucas de Castilhos Vieira

Tânia Maria Santos Pires Rodrigues

Teresa Cristina Gurgel do Amaral

Thadeu Brenny Filho

Viviana de Mello Guzzo Lemke

Wilmar Mendonça Guimarães

Zacarias Alves de Souza Filho

## **MEMBROS NATOS**

---

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

## **DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO (DEFEP)**

---

### **Gestor**

Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha

### **Médicos fiscais de Curitiba**

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

### **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](http://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](http://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](mailto: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](http://www.crmpr.org.br) Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em [biblioteca@crmpr.org.br](mailto: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, 2015;32(126):61-140

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

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

### CAMPO MOURÃO

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

### CASCADEL

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

### CURITIBA E LITORAL DO PARANÁ

Bruno Bertoli Esmanhoto (Diretor)  
José Antonio Ferreira Martins (Vice-Diretor)  
Marcelo Henrique de Almeida (Secretário)  
Arare Gonçalves Cordeiro Júnior  
Guilherme Mattioli Nicollelli  
Filipe Carlos Caron

### FOZ DO IGUAÇU

Marta Vaz Dias de Souza Boger (Diretora)  
Eduardo Hassan (Vice-Diretor)  
Jacilene de Souza Costa (Secretária)  
Alexandre Antonio De Camargo  
André Ricco  
Isidoro Antonio Villamayor Alvarez  
José Fernando Ferreira Alves  
Luiz Henrique Zaions  
Marco Aurélio Farinazzo  
Tomas Edson Andrade da Cunha

### FRANCISCO BELTRÃO

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

### GUARAPUAVA

Rita de Cássia Ribeiro Penha Arruda (Diretora)  
Anderson Vinicius Kugler Fadel (Vice-Diretor)  
Mariana Saciloto Cramer (Secretária)  
Antonio França de Araújo  
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)  
Fátima Mitsie Chibana Soares (Secretária)  
Antonio Caetano de Paula  
Fabio Ferreira Lehmann  
Ivan José Blume de Lima Domingues  
Ivan Pozzi  
Luiza Kazuko Moriya

Mário Machado Júnior  
Naja Nabut

### **MARINGÁ**

Marcio de Carvalho (Diretor)  
Vicente Massaji Kira (Vice-Diretor)  
Paulo Roberto Aranha Torres (Secretário)  
Ana Maria S. Machado de Moraes  
Katia Hitomi Nakamura  
Cesar Helbel  
Fabiola Menegoti Tasca  
Luiz Alberto Mello e Costa  
Manuel Duarte Gilberto  
Mariane Arns

### **PARANAÍ**

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

### **PATO BRANCO**

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

### **PONTA GROSSA**

Ladislao Obrzut Neto (Diretor)  
Tatiana Menezes Garcia Cordeiro (Vice-Diretora)  
André Scartezini Marques (Secretário)  
Adalberto Riccardo Baldanz  
Joelson José Gulin  
Luiz Jacintho Siqueira

Meirerson Reque  
Northon Arruda Hilgenberg  
Pedro Paulo Rankel  
Rubens Adão da Silva

### **RIO NEGRO**

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

### **SANTO ANTÔNIO DA PLATINA**

José Mário Lemes (Diretor)  
José Roberto Boselli Junior (Vice-Diretor)  
Sergio Bachtold (Secretário)  
Carlos Maria Luna Pastore  
Celso Aparecido Gomes de Oliveira  
Hélio Renato Lechinewski  
Patrícia Roberta de Vicente  
Sílvia Aparecida Ferreira Dias Gonçalves  
Sulaiman El Tauil  
Walter Kiyoshi Iamamoto

### **TOLEDO**

José Afrânio Davidoff Junior (Diretor)  
Ivan Garcia (Vice-Diretor)  
Gláucio Luciano Bressanim (Secretário)  
Eduardo Gomes  
José Maria Barreira Neto  
Milton Miguel Romeiro Berbicz  
Nilson Fabris  
Valdir Faé

### **UMUARAMA**

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

## SUMÁRIO

### ARTIGOS ESPECIAIS

A internet como interface na relação médico-paciente: aliada ou inimiga?

*Eduardo Morais de Castro*..... 72

O prontuário sob a ótica da defesa médica

*Rodrigo Machado Leal*..... 90

O Brasil tem a melhor e a pior Medicina do mundo

*Jorge Ilha Guimarães* ..... 93

### LEGISLAÇÃO

Vedada prática de seleção de riscos pelas operadoras na contratação de qualquer modalidade de plano privado de assistência à saúde

*CFM* ..... 95

### RESOLUÇÃO CFM

Aprovado uso compassivo do canabidiol

*CFM* ..... 97

Título de especialista para direção técnica. Atualização.

*CFM* ..... 100

Nova redação das normas orientadoras e reguladoras para especialidades médicas

*CFM* ..... 103

# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina do Paraná

---

## **PARECER CFM**

Responsabilidade na realização de exame de ressonância magnética  
*Aldemir Humberto Soares* ..... 111

Autonomia do médico assistente na decisão do tratamento mais adequado à  
saúde de seu paciente  
*Lúcio Flávio Gonzaga Silva* ..... 115

## **PARECERES CRM-PR**

Utilização de microagulhamento por profissionais não habilitados  
*Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke* ..... 124

Reprodução assistida: paciente com 56 anos, infertilidade primária e responsa-  
bilidade total do médico  
*Roberto Issamu Yosida* ..... 128

## **MEMÓRIA**

Deixo aqui os meus últimos desejos  
*Paulo de Tarso Monte Serrat* ..... 131

## **MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA**

Luisa Bueno Gomm. A casa, o bosque, a praça.  
*Ehrenfried Othmar Wittig* ..... 135

## A INTERNET COMO INTERFACE NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: ALIADA OU INIMIGA?

THE INTERNET AS INTERFACE IN MEDICAL-PATIENT RELATIONSHIP: ALLY OR ENEMY?

*Eduardo Morais de Castro\**

**Palavras-chave** – *Relação médico-paciente, internet, grupos de apoio, redes sociais, educação de pacientes.*

**Keywords** – *Doctor-patient relationship, internet, support groups, social networks, patient education.*

### RESUMO

A relação médico-paciente é pautada por valores éticos e morais há mais de dois milênios. A sociedade vivenciou grandes avanços no campo das ciências no último século, sendo a criação da internet um dos de maior impacto. Esta tecnologia multifuncional alterou a postura de pacientes com relação à sua saúde e aos seus médicos. Através de maior facilidade no acesso a informações, participação em grupos de apoio psicológico ou redes sociais, ou até visitando médicos em salas de bate-papo, a internet revolucionou a maneira como pacientes lidam com suas doenças. Apto a assimilar novas tecnologias ao longo dos séculos, cabe aos médicos aceitar este novo desafio e fazer desta bem estabelecida ferramenta, sua aliada, sem, contudo, esquecer os preceitos éticos pelos quais eles se guiam desde Hipócrates.

---

\* Médico formado pela Universidade Federal de Minas Gerais, com especialidade em Patologia, inscrito no CRM-PR 34.576 e CRM-SP 141.164. Com residência e atuação atual em Curitiba. Autor da monografia vencedora da 25ª Edição do Concurso de Monografia sobre Ética Médica, Bioética e Profissão Médica do Conselho Regional de Medicina do Paraná, de 2014, e que teve como tema "Aspectos éticos médicos e a internet". Usou o pseudônimo "Francisco Garcia". Email: medmoca@gmail.com

## ABSTRACT

The doctor-patient relationship has been guided by ethical and moral values for over two thousand years. Society has experienced large scientific advances in the last century, and the internet is one of great impact. Such multifunctional technology has changed the way patients deal with their health and also their doctors. Either through easy access to information, joining support groups and social networks or visiting doctors in chatrooms, internet has developed the way patients deal with their diseases. Always able to adjust to new technologies through the centuries, it is up to doctors to take this new challenge and make of this well established tool their ally. However they must not forget the ethical principals which they have been following since Hippocrates.

## INTRODUÇÃO

A relação entre os profissionais da área de saúde e seus pacientes é especializada e singular, pois apresenta aspectos afetivos, os quais conferem seu caráter humano. Por esta razão, é indispensável que os médicos se pautem por códigos de ética, presentes desde as premissas de Hipócrates, há mais de dois mil anos e, hoje, bem estabelecidos pelos Conselhos de Medicina.

As sociedades são organizações dinâmicas, em constante mudança. A evolução de seus valores, sejam morais, filosóficos, culturais ou políticos impacta na relação entre seus indivíduos, incluindo médicos e pacientes.

Uma ferramenta da era moderna, cada vez mais presente no cotidiano, que representa, além de outras funções, este papel de transformador da relação médico-paciente, é a internet. Desenvolvida, inicialmente, para fins políticos e militares, há cerca de meio século, sua importância tem crescimento vertiginoso nas mais diversas áreas de atuação dos homens.

No que diz respeito à saúde, a internet também foi revolucionária. A facilidade com que os pacientes podem realizar pesquisas e obter resultados instantâneos é impressionante. Além da aquisição de conhecimentos de saúde, a internet proporciona a capacidade de integrar médicos à distância, facilitando as interconsultas e discussão de casos. Propicia, ainda, a interação entre pacientes com comorbidades semelhantes, através de grupos de apoio e contribui para a interação entre as pessoas, sejam velhos amigos ou desconhecidos, por meio das tão populares redes sociais.

Esse trabalho objetiva uma análise destas funções desempenhadas pela internet no âmbito da saúde, e seu impacto e mudanças proporcionadas na relação clássica médico-paciente.

## **A EVOLUÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE À LUZ DA BIOÉTICA**

Em um passado não muito distante, as relações entre médicos e pacientes se davam de maneira unidirecional, na qual o médico assumia a postura de provedor de condutas e o paciente as recebia de maneira passiva. Esse modelo de assistência foi instituído a partir das premissas do juramento hipocrático e, por mais de dois milênios, permaneceu sem grandes alterações<sup>1</sup>. Neste paradigma, de caráter paternalista, o médico exercia sua autoridade pela detenção dos conhecimentos científicos: teóricos e práticos. Ele, e somente ele, sabia o que era melhor para o paciente, e deveria se pautar pelos pilares da ética hipocrática: a virtude e a prudência<sup>2</sup>. O papel dos pacientes era demonstrar respeito e confiança. Dessa forma, cabia a eles acatar os diagnósticos e tratamentos propostos ou, caso contrário, procurar a famigerada segunda opinião.

No século XX, contudo, houve uma mudança nesta relação<sup>1</sup>. No fim do século XIX, já se observava investimentos maciços em ciência médica, que rapidamente se tornou um empreendimento altamente vantajoso. Os avanços incluíam desde descobertas tecnológicas para os diagnósticos, até novas ferramentas terapêuticas. Exemplos dessas novas técnicas são a utilização dos raios X como propedêutica complementar, culminando com o surgimento da Radiologia, e, alguns anos depois, a descoberta da penicilina, que revolucionou o tratamento das doenças infecto-contagiosas. Aqueles tempos, prévios à construção de hospitais, quando os médicos atendiam seus pacientes em domicílio, já ficavam ultrapassados. A ferramenta diagnóstica disponível até então era a pesquisa da história familiar, que remontava, às vezes, dois ou três séculos de informações. Com o início da revolução tecnológica médica, os exames complementares passaram também a compor o arsenal de armas diagnósticas do médico. Além disso, após a Segunda Guerra Mundial, os experimentos clínicos que utilizam seres humanos entraram em voga. À medida que surgiam os novos conhecimentos e práticas, surgiam também novos conflitos éticos. Os dilemas éticos decorrem do fato de que os valores em uma sociedade não são estáticos – com o passar dos anos, as visões culturais, filosóficas, políticas e, até mesmo, religiosas se remodelam<sup>3</sup>. Assim, é necessário que a ética, incluindo a ética médica, se ajuste aos anseios da sociedade.

Na década de 1970, o bioquímico norte-americano Van Rensselaer Potter cunhou o termo *bioética*, com o intuito de “ênfatar os dois componentes mais importantes para se atingir uma nova sabedoria: o conhecimento biológico e os valores humanos”<sup>1,3</sup>. Segundo Pessini, a bioética pode ser compreendida como o estudo da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, examinada à luz de valores e princípios morais. No Brasil, algumas instituições como a SBB (Sociedade Brasileira de Bioética) e o CFM (Conselho Federal de Medicina) realizam iniciativas em prol dessa ciência<sup>4</sup>. Os médicos são filiados a organizações autorreguladoras, responsáveis por garantir qualidade técnica de seus profissionais – os conselhos. Além disso, estes conselhos compilam as regras de conduta dos médicos em códigos, que são periodicamente revistos e atualizados. Os códigos garantem padrões de prática à sociedade e estabelece deveres e virtudes profissionais, além de unir os profissionais em uma classe. Ainda, diversos países contam com fóruns de consultas, através dos quais médicos avaliam questões éticas no tocante a práticas clínicas e pesquisa. Nos Estados Unidos, eles existem desde a década de 1970<sup>5</sup>. O Código de Ética Médica deve representar um compromisso do médico em favor do indivíduo e da sociedade.

Com todas estas mudanças nos campos da tecnologia e das ciências humanas, a ética médica passou a ser influenciada pela teoria dos princípios ou principialismo. Introduzida por Beauchamp e Childress<sup>6</sup>, esta teoria estabelece que a bioética deve se pautar em quatro princípios básicos, a citar: a autonomia; a beneficência; a não maleficência e a equidade. O modelo regido pelo paternalismo foi substituído, pois, cada vez mais, as pessoas desejam saber o que e por que algo está sendo feito, no que tange sua saúde, e ter participação ativa na decisão de seus tratamentos – o consentimento informado. Assim, ganha poder o modelo que preza pela autonomia dos pacientes. Inicialmente, muitos médicos aderiam à prática do consentimento informado como forma de se proteger contra processos judiciais. Hoje, no entanto, é um ato que envolve obrigação ética e moral e caráter filosófico, uma vez que respeita o poder de decisão do indivíduo. Por outro lado, os pacientes ainda necessitam do cuidado afetivo dos médicos. Com o passar dos anos, na relação médico-paciente, a precisão técnica ganhou tamanha importância, que se sobrepôs à relação humana entre os dois indivíduos<sup>7</sup>. O papel do médico não se restringe aos conhecimentos que propiciem os diagnósticos e tratamentos corretos. O paciente que se encontra assolado por uma doença também espera ser reconfortado, consolado. Este é o fator primordial na produção de uma medicina

mais humana. Por vezes, a falta de empatia e abertura por parte do médico instiga o paciente a procurar outras fontes de informação e conforto<sup>1</sup>. E esse papel vem sendo, gradativamente, desempenhado pela internet. As razões pelas quais os pacientes acessam a internet são as mais diversas: melhor compreensão de suas doenças; avaliar a necessidade de procurarem atendimento médico; complemento ou confronto das informações recebidas no consultório; buscar uma segunda opinião; melhorar hábitos de vida ou, até mesmo, para consultas médicas online<sup>8</sup>.

O primordial é que a postura do médico se mantenha fiel aos princípios e códigos, ainda que as condições de trabalho se mostrem adversas – sucateamento da saúde pública ou encarecimento da saúde privada<sup>3</sup> – ou as novas ciências e tecnologias facilitem a abordagem e tratamento de seus pacientes.

### **A CRIAÇÃO DA INTERNET**

Naquele tempo, vivia-se uma guerra. Não dessas alimentadas por armas e bombas, mas uma “guerra fria”. De um lado, os Estados Unidos da América e, do outro, a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas. O confronto entre essas duas superpotências se deu, em linhas gerais, por divergências em ideais políticos e socioeconômicos. No entanto, a disputa não se limitou ao investimento em poderio bélico intimidador ou influência ideológica sobre outras nações. Avanços nos campos científico e acadêmico permitiram grandes conquistas tecnológicas, como a corrida espacial e surgimento do esboço da internet.

Foi no ano de 1969 que a primeira mensagem, simples e, ainda assim, fantástica, foi enviada de um computador para outro, separados pela distância de quinhentos quilômetros<sup>9</sup>. O sistema de rede responsável por essa transmissão de dados ficou conhecido como arpanet. Inicialmente, tinha o objetivo de servir ao Departamento de Defesa norte-americano<sup>10</sup>. Alguns anos depois, já no final da década de 1980, à medida que a rede evoluía e envolvia mais computadores, passou a ser denominada internet, e tornou-se disponível também no setor acadêmico, nos centros de pesquisa e nas instituições governamentais e privadas<sup>11</sup>.

No Brasil, começou a ser utilizada de modo mais difundido em meados da década de 1990<sup>11</sup>. Observa-se, a partir de então, um crescimento vertiginoso no número de usuários. De acordo com dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de 2012, 40,3%<sup>12</sup> dos domicílios brasileiros possuíam microcomputador com acesso à internet. Em comparação, a porcentagem de domicílios, em

pesquisa realizada uma década antes, era de 11,4%<sup>13</sup>. A internet é uma ferramenta complexa, multifacetada, que proporciona desde a comodidade de uma transação bancária feita em casa até a aquisição clandestina de informações de chefes de estado. Logo, a maneira como os indivíduos lidam com a saúde, sejam eles médicos ou pacientes, assim como sua relação profissional, também têm sido fortemente influenciadas pela internet.

## **O TRINÔMIO MÉDICO-PACIENTE-INTERNET**

### **“CONHECIMENTO É PODER”**

Mesmo antes da era internet, existiam formas de educar e proporcionar informação extra aos pacientes, fora do ambiente do consultório. Apesar de não ser uma prática rotineira na maioria dos países, era uma forma didática bem estabelecida nos Estados Unidos. Muitos médicos tinham por hábito fornecer material didático, na forma de folhetos ou vídeos em formato VHS (sigla em inglês para sistema doméstico de vídeo). Este tipo de material tinha a função de lembrar assuntos discutidos em consultório que, por ventura, não tivessem sido assimilados pelo paciente. Os assuntos incluíam cuidados pré e pós-operatórios, instruções para uso de medicamentos, cuidados gerais, como alimentação, entre outros. Esses métodos eram considerados passivos, uma vez que não existia interatividade entre o paciente e o material<sup>14</sup>.

No fim da década de 1990, estes métodos dão lugar aos softwares – programas de computador – que possuíam as mesmas funções. Uma diferença, no entanto, é a interatividade entre paciente e máquina. As informações são dadas à medida que o paciente avança no programa. Essa necessidade de o paciente ser mais pró-ativo lhe garante uma melhor aquisição e retenção do conhecimento. Como consequência, observa-se uma melhora na relação médico-paciente. Os pacientes chegam mais bem preparados ao consultório e fazem um maior número de perguntas, estas, porém, mais direcionadas e detalhadas. Além disso, o paciente se sente mais confiante, uma vez que o médico o considerou apto a adquirir e avaliar aquelas informações<sup>14</sup>. A relação que era então unidirecional passa a ter status de parceria.

Ao longo dos anos, com o surgimento e, mais ainda, com a popularização da internet, o acesso à informação tornou-se rápido e fácil. Para quem produz, custos com geração e atualização de material tornaram-se muito menores. No entanto, a internet pode ser uma caixa de pandora, quando não utilizada de maneira

criterosa<sup>15</sup>. A busca por informação sem orientação pode ser catastrófica. Uma simples pesquisa no Google<sup>®</sup> retorna, em menos de um segundo, milhões de websites que podem prover as informações desejadas para sanar aquela dúvida ou transmitir informações imprecisas e, até mesmo, incorretas.

No âmbito da saúde, esta ferramenta também foi revolucionária. O fenômeno “Dr. Google” adquire proporções cada vez maiores. Não é raro, nos dias de hoje, que os pacientes cheguem ao consultório médico, munidos de inúmeras folhas impressas, já com hipóteses diagnósticas formuladas e propostas de métodos diagnósticos e terapêuticos. Os perigos desta prática residem no fato de a internet não apresentar validação ou, até mesmo censura, sobre as informações publicadas<sup>15</sup>. Os autores são também revisores e editores que, muitas vezes, não possuem conhecimento técnico para ofertar aquelas informações. Novos sites dedicados a moléstias específicas, incluindo informações de como seus diagnósticos e tratamentos são realizados, surgem exponencialmente e estimulam o autodiagnóstico e autotratamento, situações que podem ser fatais para os pacientes.

Em uma pesquisa realizada em um hospital holandês, em um setor voltado para o tratamento da dor, constatou-se que 50% dos pacientes entrevistados (61 em 122) haviam feito algum tipo de busca por informações médicas, a maioria (47 em 61) por informações sobre dor. Além disso, mais da metade dos pacientes consideraram fáceis o acesso e o entendimento das informações buscadas. Aspectos sociais avaliados nessa pesquisa mostraram que a maioria destes pacientes era do sexo feminino e possuíam elevado nível socioeconômico<sup>16</sup>.

Alguns resultados contidos nesta pesquisa devem deixar os profissionais de saúde em alerta. O fato de pacientes serem pessoas leigas ao conhecimento médico faz com que uma informação que foi aparentemente de fácil compreensão, não necessariamente seja verdadeira, uma vez que o conhecimento técnico para esse julgamento inexistente. Ademais, trata-se de uma pesquisa realizada com pacientes com quadro de dor crônica. Quando acometido por uma doença, a resposta natural do ser humano envolve tanto fatores fisiológicos, quanto emocionais. Assim, não é raro que pacientes apresentem quadros de estresse, ansiedade ou depressão, e mostrem-se vulneráveis e fragilizados. Essas alterações podem afetar a sensatez e a razão necessárias para se avaliar uma informação. Daí a importância da familiarização dos médicos com a internet para melhor orientação de seus pacientes<sup>15</sup>.

Outro estudo, realizado em um centro de atenção primária em Madri, mostrou que

61% dos entrevistados haviam feito previamente pesquisas relacionadas com saúde na internet. A maioria dos pacientes era mais jovem e com nível socioeconômico elevado, porém observou-se uma variação na faixa etária de 14 a 75 anos de idade. Uma segunda informação importante, proporcionada por esta pesquisa, foi a de que três quartos dos pacientes que não haviam acessado a internet, o fariam, caso seus médicos lhes indicassem sites de confiança<sup>17</sup>.

Pesquisa semelhante foi realizada no Serviço de Emergência do Newark Beth Israel Medical Center, situado em Nova Jersey. Dos entrevistados, apesar de cerca da metade deles possuir um computador com acesso à internet em casa, apenas 24% haviam feito pesquisa por informações médicas. Desses pacientes, a maioria era afrodescendente e um terço estava desempregado, no momento da pesquisa. Tais informações socioeconômicas complementares às outras pesquisas evidenciam que o inverso também se aplica. Em uma amostra com níveis escolar e salarial mais baixos, o uso da internet para a aquisição de conhecimentos de saúde é menor<sup>18</sup>.

A busca por conhecimento é da natureza do ser humano. Vivem-se tempos em que a internet facilita e difunde o acesso à informação, o qual não deve ser impedido. Os médicos, profissionais detentores do conhecimento técnico, devem se engajar mais no aprimoramento de sites com conteúdo de saúde. Sua atuação na prevenção de publicação de informação incompleta, desatualizada ou, até mesmo falsa, é essencial<sup>15</sup>. Em uma pesquisa realizada em parceria por duas universidades canadenses, foram avaliados 43 sites que continham informações sobre o tratamento de câncer de próstata. Optou-se por avaliar sites que fossem facilmente encontrados na internet e que não tivessem relação com atividade comercial. Em sua maioria, sites de organizações filantrópicas, universidades e sociedades médicas. A pesquisa demarcou duas modalidades de tratamento hormonal, que são comumente indicadas a pacientes com câncer de próstata. A primeira foi abordada em 37% dos sites e a segunda em 33%. Além disso, observou-se que menos da metade dos sites (47%) apresentavam a data em que havia sido feita a última atualização de seu conteúdo<sup>8</sup>.

Além de pesquisar por informações para si mesmas, muitas pessoas acessam a internet na tentativa de entender melhor o quadro de terceiros – parentes ou amigos, na maioria das vezes. Uma pesquisa demonstrou que esta prática é comumente realizada por pessoas casadas ou que têm filhos, com boas condições de saúde. Além do mais, constatou-se que cuidadores de enfermos também se interessavam

por obter mais informações sobre as condições daqueles sob sua guarda<sup>19</sup>.

Mais uma vez, enfatiza-se a importância de médicos se atualizarem e se preocuparem com as informações disponíveis online. Os critérios de avaliação dos conteúdos dos sites ainda são escassos e sem padronização<sup>20</sup>. Espera-se que as páginas da internet apresentem informações mínimas como fontes bibliográficas ou links para outras páginas-fonte; datas da publicação do conteúdo e de sua última atualização; nomes e qualificações dos autores e, é claro, evidenciar a presença de patrocínio financeiro, caso haja<sup>21</sup>. Um dos problemas enfrentados pelos médicos na tentativa de se manterem reciclados quanto aos sites com informações sobre saúde é o tempo necessário para a execução desta atividade. Um tempo que, dadas às condições e ritmo de trabalho, nem sempre é disponível. Além do mais, o conteúdo online é extremamente dinâmico: sites são criados ou deixam de existir a todo o momento. Assim, uma alternativa seria ensinar aos próprios pacientes métodos de avaliação da qualidade das informações acessadas<sup>22</sup>. Como eles não possuem o conhecimento técnico para esta avaliação, a presença de selos de qualidade, fornecidos por instituições de credibilidade, seria de grande valia para o médico. No entanto, estes selos ainda existem em pequeno número, com divulgação restrita e são desconhecidos, muitas vezes, pelos próprios médicos. Um dos selos mais divulgados e conhecidos, presente em mais de cem países, é fornecido pela HON (sigla para The Health On the Net Foundation), uma organização não-governamental fundada em 1995<sup>23</sup>. Apesar disso, uma pesquisa avaliou a presença deste selo, garantindo a qualidade de informações online sobre três comorbidades de alta prevalência no Brasil: hipertensão arterial sistêmica (HAS), *diabetes mellitus* (DM) e infarto agudo do miocárdio (IAM). Foram examinados, para cada uma das três doenças, os primeiros vinte sites em língua portuguesa fornecidos em uma pesquisa no Google®. Os resultados mostraram que apenas 20% dos sites de HAS, 15% dos de DM e 10% dos de IAM possuíam o selo de qualidade da HON<sup>24</sup>.

O médico não deve temer esta nova e já estabelecida ferramenta, nem encará-la como sua concorrente. Deve considerar o esforço do paciente pelas informações trazidas e, com ele, discuti-las. No caso de dados desconhecidos, ele deve se informar e dar uma resposta ao paciente, ainda que em uma consulta subsequente<sup>25</sup>. Também, cabe ao médico selecionar sites confiáveis, com informações imparciais e atualizadas, e indicá-los a seus pacientes, ressaltando o seu caráter complementar. Essa atitude poupa o tempo do paciente com buscas que resultem em informações

erradas, e aumenta o apreço e respeito pelo médico, fortalecendo o vínculo entre eles. A informação obtida na internet deve ser vista como parte do tratamento e atualmente vem sendo chamada de “prescrição de internet”<sup>26</sup>. À medida que pacientes têm contato com resultados obtidos por pessoas submetidas previamente a tratamentos semelhantes, suas expectativas tornam-se mais realistas, no que diz respeito ao seu próprio resultado. O acesso à internet ainda pode ser limitado. Como demonstrado por um estudo, cerca de 50% dos pacientes que não utilizaram a internet, não tinham acesso a ela. Porém, esta é uma realidade que se encontra em crescente mudança. Além disso, as pesquisas mostram que a maioria dos pacientes que procura por informações médicas na internet adere a novos estilos de vida, tais como interrupção do tabagismo, prática regular de exercícios físicos e consumo de dieta balanceada<sup>27</sup>.

### **“O QUE O TRAZ A ESTE CHAT”?**

O passo seguinte para os pacientes que procuram informações sobre suas doenças na internet é se deparar com sites que oferecem consultas online ou por telefone. O paciente preenche uma ficha online, com algumas perguntas sobre seu passado e estado de saúde atual. Nesse caso, diferentemente de uma anamnese ao vivo, na qual as perguntas são direcionadas à medida que as respostas são dadas, a ficha online contém perguntas fixas, independente do perfil do paciente. Depois, o paciente responde outras perguntas enquanto conversa com seu médico, por telefone ou chat<sup>28</sup>. Essa consulta, segundo um dos sites, pode durar até quinze minutos<sup>29</sup>! Como se fosse um tempo enorme... O fato mais agravante é que, terminado o bate-papo, uma prescrição médica pode ser gerada. O paciente recebe suas medicações no conforto de seu lar, sem nunca ter sido auscultado, palpado, tocado ou sequer visto por um médico. As consultas online privam o médico de ter acesso a aspectos sutis, como movimentos das mãos, demonstrando nervosismo ou olhos marejados, demonstrando medo<sup>30</sup>. Estes pequenos sinais podem, muitas vezes, ser essenciais para a compreensão do quadro patológico de um paciente. Concordante com as pesquisas de perfil de usuários que procuram informações sobre saúde, uma pesquisa realizada na Suécia mostrou que três quartos dos pacientes de consultas médicas online eram mulheres<sup>31</sup>.

Zelando pelo bem estar do paciente e garantindo a boa prática médica, uma vez que o contato face a face resulta em reações emocionais e neurológicas essenciais para a cura, o Conselho Federal de Medicina se manifestou. Uma resolução do ano

de 2011 veda ao médico “oferecer consultoria a pacientes e familiares como substituição da consulta médica presencial” ou “consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa ou a distância”<sup>32</sup>.

### **“ME ADD NO FACEBOOK®”?**

Em tempos nos quais a ciência e a tecnologia apresentam papel quase vital no cotidiano das pessoas, a internet se tornou, para muitos, o local preferido para travar novas amizades e manter as antigas. Inicialmente, a internet era um mundo fantástico, onde os indivíduos, pelas mais diversas razões, criavam personagens e assumiam novas identidades. Um novo nome, uma nova imagem, grandes feitos realizados apenas na mente de quem os criava. O contexto de interação social virtual em quase nada refletia o real. Podia-se, de fato, questionar se a internet era uma ferramenta capaz de facilitar a conexão ou, ao contrário, uma maneira de tornar as pessoas ainda mais isoladas, na medida em que relações reais eram substituídas por ilusões e fantasias<sup>33</sup>. Esta situação, entretanto, foi amplamente mudada no momento em que as redes sociais foram criadas. Elas foram responsáveis pelo fenômeno de fusão das plataformas real e virtual, e por uma verdadeira “desanonimação” das pessoas<sup>33</sup>.

As redes sociais são sites de relacionamento com a capacidade de integrar usuários online através de contas (perfis) que podem conter diversas informações pessoais. O usuário tem a possibilidade de compartilhar em seus perfis: fotos, data de nascimento, profissão, endereço, telefone, dentre várias outras. Estas redes têm o objetivo de aproximar familiares e amigos distantes, além de informar e entreter. O Facebook® é certamente a mais popular das redes sociais. Foi criado no ano de 2004 e, dez anos depois, conta com mais de um bilhão e duzentos milhões de usuários ativos<sup>34</sup>. Dentre este número gigantesco de perfis virtuais, muitos deles são médicos e pacientes, que se encontram no mundo real: o consultório médico. Uma pesquisa realizada no Hospital da Universidade de Rouen, na França, mostrou que 73% (147 em 202) dos médicos residentes entrevistados tinham perfis no Facebook®. Além disso, mais de 90% deles divulgavam seus nomes reais, datas de nascimento e fotos. Com relação a aspectos profissionais, mais da metade informava o cargo e a universidade onde trabalhava. Apesar disso, 85% dos residentes não aceitariam convites de seus pacientes para se tornarem amigos no Facebook®, no intuito de evitar o colapso da relação médico-paciente ou proteger informações pessoais<sup>35</sup>. Esta pesquisa demonstrou que grande parte dos

médicos residentes, usuários de redes sociais, tem consciência dos prejuízos de se relacionar com pacientes no mundo virtual. No entanto, um estudo realizado com estudantes de Medicina e médicos residentes na Universidade da Flórida mostrou que somente 37,5% dos entrevistados optaram por tornar o acesso ao perfil do Facebook® restrito a amigos, apenas<sup>36</sup>. É ensinado ao estudante de Medicina, desde o seu primeiro contato com pacientes, que, durante a anamnese, ele deve ouvir mais e falar menos. O médico pode escolher divulgar alguma experiência própria ou informação pessoal, como sinal de empatia, ou no esforço de conseguir mais informações de um paciente com dificuldades de se expressar. Entretanto, a ampla autoexposição traz malefícios à relação médico-paciente. E é exatamente o que se passa no Facebook®: acesso quase irrestrito a diálogos pessoais, além das informações contidas nos perfis, como fotos, preferências culturais, convicções políticas e religiosas, ou até mesmo orientação sexual. Em um cenário no qual um médico tem acesso a uma informação através Facebook®, contrária ao que o paciente informou em consultório, um dilema ético se revela. Por outro lado, o acesso de um paciente a informações pessoais sobre seu médico, as quais vão de encontro a crenças ou valores deste paciente, pode gerar quebra de confiança ou questionamento da competência do médico e influenciar os resultados de um tratamento. Assim, ao ingressar em uma rede social, os médicos precisam tomar alguns cuidados, como não enviar convites de solicitação de amizade a seus pacientes e declinar estes convites quando recebê-los, de preferência explicando os motivos ao paciente. Devem, ainda, atentar para o excesso de divulgação de informações pessoais e fazer uso dos ajustes de privacidade em seus perfis, para que o acesso se restrinja a amigos<sup>36</sup>. Como toda tecnologia, o Facebook®, e também outras redes sociais, se mostraram cruciais em alguns eventos recentes. A citar, durante as eleições de 2008, um grupo de médicos criou o “Doctors for Obama”, para informar as necessidades da classe ao comitê do então candidato norte-americano à presidência Barack Obama. Este grupo, ainda hoje, tem voz ativa nas discussões que envolvem as políticas nacionais de saúde do governo<sup>37</sup>.

### **“UMA IMAGEM VALE MAIS QUE MIL PALAVRAS”**

Os médicos, por maior que seja sua devoção à medicina, são incapazes de manter um conhecimento atualizado em todas as áreas e especialidades. Especialmente, em um momento no qual os avanços tecnológicos são tão contínuos. Dessa forma, cada vez mais, torna-se comum que os médicos escolham uma área de atuação

e nela, aprofundem seus conhecimentos. A consequência natural desta prática é a necessidade de consultar colegas ou referenciar pacientes. Ferramentas importantes, através da internet, que facilitam essas ações são a telemedicina e, mais recentemente, os smartphones.

A telemedicina é uma ferramenta revolucionária, que se popularizou a partir da década de 1990. Pode ser utilizada com os objetivos de aperfeiçoar ou agilizar o atendimento de um paciente – a teleassistência, ou auxiliar na formação de futuros profissionais – a tele-educação. Através do envio de imagens – como fotos, ou traçados de um eletrocardiograma, ou de consultas online com especialistas, o diagnóstico correto em situações adversas tornou-se bem mais rápido e eficiente. Pacientes residentes em situações de isolamento geográfico, como em zonas rurais ou em ilhas distantes do continente, ou que trabalhem em uma plataforma de petróleo, por exemplo, se beneficiam deste sistema de consultas entre profissionais. Nas situações nas quais se fazem imperativos o diagnóstico e tratamento imediatos, a telemedicina, na modalidade de teleassistência, foi um marco. É importante ressaltar que estas interconsultas são sempre realizadas entre dois profissionais, diferentemente das consultas online descritas em tópico prévio, nas quais um médico avalia o paciente à distância. A tele-educação, instrumento complementar para a formação médica, pode se dar através de tele-conferências ou tutoriais à distância, desde que os alunos sejam respaldados localmente<sup>38,39</sup>.

As razões pelas quais médicos tiram fotos de pacientes são variadas. No caso de lesões, elas servem como forma de comparar sua evolução. Para as instituições acadêmicas, compõem material de ensino e pesquisa. No entanto, uma utilização bastante comum de fotos é em consultas entre colegas. Com a popularização dos smartphones, esta prática é corriqueira, atualmente. No entanto, existem cuidados que devem ser tomados quando se compartilha a imagem de um paciente. O principal deles é que o paciente deve ser informado e consentir com o envio de sua imagem. Este consentimento deveria ser feito por escrito, ainda que na prática ele seja verbal na maioria das vezes. Deve-se atentar para as normas de segurança na internet para preservar o paciente. Além disso, ele não pode ser identificado pela fotografia<sup>40</sup>.

Um exemplo prático é o da patologia cirúrgica, que lida basicamente com imagens. Diferentemente de outras áreas, a escassez desses profissionais dificulta uma consulta “entre vizinhos” e, muitas vezes, os materiais (blocos de parafina e lâminas

histológicas) devem ser enviados a especialistas que se encontram em outros países. Tal operação apresenta riscos e empecilhos, como extravio de material; leis federais que envolvem proteção contra risco biológico e custo elevado com transporte. Uma pesquisa revelou que de 36 casos cujas imagens digitalizadas foram enviadas para consulta online, 27 tiveram concordância diagnóstica<sup>41</sup>.

Assim, como a telemedicina e os *smartphones* possuem essa capacidade de encurtar distâncias, médicos são capazes de resolver questões importantes, de maneira ágil, encurtando também o sofrimento de seus pacientes. Cuidado, no entanto, é essencial para esta prática. O paciente tem direitos sobre sua imagem e a regulamentação do uso da tecnologia da informação, através de parâmetros éticos e legais, se faz necessária. Tais quais os prontuários eletrônicos, investimentos maciços em segurança da informação devem ser feitos no intuito de se preservar a confidencialidade e minimizar a interceptação e, até mesmo, a alteração de dados transferidos. O objetivo é que aquela mensagem, foto ou informação seja recebida e vista apenas por quem se espera.

### **“CONTA COMIGO”!**

Pacientes vítimas de doenças degenerativas ou crônicas, especialmente se incuráveis, assim como seus familiares, vivem sob altos níveis de angústia e ansiedade. A criação de sociedades e grupos de apoio resultou em melhor aceitação e manejo destes pacientes. Essas organizações atuam na realização de palestras e de encontros periódicos. Assim, as pessoas podem ter acesso a informações de qualidade e experiências semelhantes de outros, ambos facilitadores para a compreensão das mais diversas doenças. A interação ajuda no combate a depressão e reduz o isolamento, condições frequentemente associadas às comorbidades crônicas. No entanto, estas associações enfrentam diversas dificuldades. No caso de algumas doenças raras, torna-se difícil encontrar e reunir pacientes em uma mesma área geográfica. Além disso, os pacientes com doenças estigmatizantes e seus familiares podem se sentir constrangidos com a exposição durante os eventos. Este desconforto pode prejudicar o compartilhamento de experiências ou o esclarecimento de dúvidas. Para essas situações, os grupos de apoio online tiveram grandes resultados<sup>26</sup>.

Uma pesquisa realizada em parceria entre duas universidades, americana e alemã, demonstrou que 91,7% dos pais de adolescentes com distúrbios alimentares

aprovaram a discussão da condição de seus filhos em grupos de apoio criados na internet<sup>42</sup>. A Universidade de Nottingham realizou um estudo para avaliar o conteúdo da comunicação entre os participantes de um grupo criado para pacientes com doença de Huntington, uma doença genética, neurodegenerativa e sem cura. Foram analisadas as mensagens trocadas pelos usuários e observou-se que seu conteúdo era, geralmente, de apoio psicológico, na tentativa de melhorar a autoestima. Outras apresentavam caráter informativo, com orientações sobre a doença<sup>43</sup>. No caso de um grupo de familiares de pacientes portadores de esclerose lateral amiotrófica, também uma doença neurodegenerativa rara e sem cura, existe, além do apoio emocional, a troca de informações sobre tratamentos experimentais. Feenberg ressalta que esses grupos podem evoluir a ponto de ganhar voz política e maiores investimentos em pesquisas, semelhante ao ocorrido com pacientes com SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)<sup>44</sup>.

Assim, o surgimento dos grupos de apoio online possibilitou o encurtamento de distâncias e o encontro de pacientes com doenças raras. Além disso, caso seus usuários assim o queiram, o anonimato é preservado. Dessa forma, eles se sentem mais confortáveis para falar sobre experiências pessoais. Por outro lado, a falta de contato físico, essencial para algumas pessoas, não existe nos grupos online. Mais uma vez, a falta de regulação também é um problema nestes grupos. Muitos deles são criados e administrados pelos pacientes, que não contam com apoio técnico-científico de instituições. Sem o apoio e sem regulação, o risco de publicação de informação incorreta, no que diz respeito à progressão e manejo das doenças, é alto.

## CONCLUSÃO

Por um longo período, a relação entre médicos e pacientes se deu pela soberania do médico na detenção dos conhecimentos técnicos. Apesar de pautada em princípios éticos, o paciente demonstrava respeito e acatava as decisões propostas. Com o surgimento da internet e sua popularização, o acesso ao conhecimento tornou-se fácil e imediato. Os pacientes, cada vez mais, se preocupam em entender o que se passa e como agir, quando acometidos por uma doença. Assim, passaram a ter voz ativa na definição e escolha dos tratamentos, um direito garantido pelo Código de Ética Médica, através do princípio da autonomia. Porém, se as buscas realizadas na internet retornam resultados com informações pertinentes, cabe ao leitor julgar. No caso de informações médicas, nem sempre o leitor/paciente possui essa capacidade. O médico apresenta papel fundamental nesta orientação com relação ao conteúdo

online. Uma vez que o conhecimento não pode ser detido, ele deve ser direcionado. Ao longo da história da Medicina, tal qual foi com a invenção do estetoscópio e do microscópio ou da evolução do diagnóstico por imagem ou da robótica, a internet é mais uma ferramenta à qual o médico deve se adaptar e assimilar em prol do paciente. E, assim como todas as técnicas já desenvolvidas, a internet também é um acessório, um complemento, com a capacidade de auxiliar o médico em sua tomada de decisões, porém incapaz de substituí-lo. Falta a ela uma peça essencial para o cuidado e para a cura: o toque. Dessa forma, em vez de encará-la como uma concorrente, deve tirar proveito dela e torná-la uma aliada, pois trata-se de uma ferramenta excepcional, capaz de potencializar sua relação com o paciente.

## REFERÊNCIAS

1. DRANE, JAMES. **Bioética, medicina e tecnologia. Desafios éticos na fronteira do conhecimento humano.** São Paulo, 2005.
2. FRANÇA, GENIVAL VELOSO DE. **Comentários ao código de ética médica.** 6.ed. Rio de Janeiro, 2010.
3. PALACIOS, MARISA (org). **Ética, ciência e saúde: desafios da bioética.** Petrópolis, Vozes, 2002.
4. PESSINI, LEO (org). **Ética e bioética clínica no pluralismo e diversidade. Teorias, experiências e perspectivas.** São Paulo, Ideias e Letras, 2012.
5. LOUHIALA, P et al. **Physician´s Ethics Forum: a web based ethics consultation service.** J Med Ethics 2012;83-86
6. BEAUCHAMP, TL, CHILDRESS, JF. **Principles of Biomedical Ethics.** 4ed. New York: Oxford University Press, 1994.
7. WILL, Jonathan. **A Brief Historical and theoretical perspective on patient autonomy and patient decision making.** CHEST. 2011; 1491-1497.
8. IMHOKHAI, OBS et al. **How reliable are reputable sources for medical information on the internet? The case of hormonal therapy to treat prostate cancer.** Urologis Oncology. 2013; 1546-1552.
9. KEEFER, A et al. **How it all began: a brief history of the internet.** VINE.
10. CERF, Vinton. **The Day the internet age began.** Nature. 2009.
11. VICENT, Beatriz. **Internet guia para profissionais de saúde.** 2ed. São Paulo, Atheneu, 2004.

12. PNAD 2012, disponível em <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho\_e\_Rendimento/Pesquisa\_Nacional\_por\_Amostra\_de\_Domicilios\_anual/2012/Sintese\_Indicadores/sintese\_pnad2012.pdf> acesso: 01/08/2014.
13. PNAD 2003, disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/sintese\_pnad2003.pdf> acesso: 01/08/2014.
14. MURPHY, KR. **Computer based patient education**. Computers in otolaryngology. 1998; 309-317.
15. ULLRICH, P et al. **Patient Education on the internet**. SPINE. 2005; 182-188.
16. BOER, M et al. **Patient's use of the internet for pain related medical information**. Patient Education and Counseling. 2007; 86-97.
17. MARIN-TORRES, V et al. **Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente**. Aten Primaria. 2013; 46-53.
18. SALO, D et al. **Patient education and the internet: do patients want us to Provide them with medical web sites to learn more about their Medical problems?** The Journal of Emergency Medicine. 2004, 293-300.
19. RAJANI, S et al. **Internet health information seeking is a team Sport: analysis of the pew internet survey**. International Journal of Medical Informatics. 2013; 193-200.
20. RICHARDS, B et al. **The current and future role of the internet in patient education**. International Journal of Medical Informatics. 1998; 279-285.
21. O'GRADY, Laura. **Future directions for depicting credibility in health care web sites**. International Journal of Medical Informatics. 2006; 56-65.
22. BERNSTAM, EV et al. **Instruments to assess the quality of health information on the wide world web: what can our patients actually use?** International Journal of Medical Informatics. 2005; 13-19.
23. <http://www.hon.ch/HONcode/Pro/Visitor/visitor.html>> acesso: 01/08/2014.
24. DEL GIGLIO, Adriana et al. **Qualidade da informação da internet disponível para pacientes em páginas em português**. Rev Assoc Med Bras. 2012; 58, 645-649.
25. WALD, HS et al. **Untangling the web - the impact on internet use on health care and the physician-patient relationship**. Patient Education and Counseling. 2007; 218-224.
26. McMULLAN, Miriam. **Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient-health professional relationship**. Patient Education and Counseling. 2006; 24-28.
27. IVERSON, S et al. **Impact of Internet Use on Health-Related Behaviors and the**

- Patient-Physician Relationship: A Survey-Based Study and Review.** Disponível em < <http://www.jaoa.org/content/108/12/699.full.pdf>> acesso: 01/08/2014.
28. PARIS, J et al. **The change face of medicine: health care on the internet.** Journal of Perinatology. 2011; 34-39.
29. <http://www.netdoctor.co.uk>> acesso em 01/08/2014.
30. HARTZBAND, P et al. **Untangling the web - patients, doctors and the internet.** N Engl J Med. 2010, 1063-1066.
31. UMEFJORD, G et al. **Medical text-based consultations on the internet: a 4 year study.** International Journal of Medical Informatics. 2008; 114-121.
32. Resolução CFM nº 1.974/2011 disponível em <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2011/1974\\_2011.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2011/1974_2011.htm)> acesso: 01/08/2014.
33. TUFEKCI, Z. **The Social Internet: Frustrating, Enriching but not lonely.** Duke University Press. 2013.
34. <<http://newsroom.fb.com/company-info/>> acesso: 01/08/2014.
35. MOUBARACK, G et al. **Facebook activity of residents and fellows and its impact on the doctor-patient relationship.** J Med Ethics. 2011; 101-104.
36. GUSEH, JS et al. **Medical Professionalism in the age of online social networking.** J Med Ethics. 2009; 584-588.
37. Doctors for Obama, disponível em < <https://www.facebook.com/DoctorsForObama>> acesso em 01/08/2014.
38. CHAU Lung Wen. **Telemedicina e Tele-saúde: inovação e sustentabilidade.** Disponível em :< <http://www.telessaude.uerj.br/resource/goldbook/pdf/5.pdf>> acesso em 01/08/2014.
39. SOIREFMANN, M et al. **Telemedicina: uma revisão da literatura.** Rev HCPA. 2008; 116-119.
40. VAN DER RIJT, R et al. **Ethical considerations of clinical photography in an area of emerging technology and smartphones.** J Med Ethics 2014; 211-212.
41. VINCENZO, E et al. **Transcontinental Consults in Surgical Pathology via Internet.** Human Pathology. 1997; 13-16.
42. HOPF, R et al. **Internet based chat support groups for parents in family based treatment for adolescent eating problem disorder: a pilot study.** Eur Eat Disorders Rev. 2013; 215-223.
43. COULSON, NS et al. **Social Support in Cyberspace: a content analysis of communication within a Huntington's disease online group.** Patient education and counseling. 2008; 173-178.
44. FEENBERG, AL et al. **The Online Patient Meeting.** Journal of the Neurological Sciences. 1996; 129-131.

## O PRONTUÁRIO SOB A ÓTICA DA DEFESA MÉDICA

THE RECORD FROM THE PERSPECTIVE OF MEDICAL DEFENSE

*Rodrigo Machado Leal\**

**Palavras-chave** – *Prontuário médico, legalidade, medicina de defesa, consumidor.*

**Keywords** – *Medical records, legality, defense medicine, the consumer.*

Como bem sabemos, todo atendimento a um paciente sempre deve dar origem a um prontuário médico. Este documento deve ser considerado a espinha dorsal da linha temporal dentro da evolução de cada paciente. É, pois, documentação de suma importância, uma vez que serve a vários propósitos dentre os diversos atores do contexto assistencial.

Tanto para o paciente, como para o hospital, quanto para toda a equipe assistencial é documento vital porquanto os dados contidos promovem o adequado registro do atendimento, a facilitação do diagnóstico, a definição mais precisa de quais exames complementares serão necessários, possibilitando o tratamento mais rápido, eficiente e econômico. Viabiliza ainda a boa comunicação com a equipe multiprofissional, promovendo sua melhor integração e conseqüentemente a maior

---

\* Advogado, da assessoria jurídica do Simesc.  
contato@lhmdireitomedico.com.br

qualidade e segurança na prestação dos serviços. Também permite a retomada das informações sempre que houver necessidade de reinternação ou transferência para os setores de outras especialidades, ou mesmo outras instituições.

Embora o prontuário seja sempre do paciente, o seu dever de elaboração e guarda cabe ao médico e as instituições de saúde. De fato a resolução CFM nº 1.638/2002, prevê que a responsabilidade pela guarda do prontuário é solidariamente repartida entre todos os envolvidos no atendimento, desde o médico assistente até o diretor técnico da instituição. Neste norte, a entrega do prontuário somente pode ser feita diretamente ao paciente ou ao seu representante legal devidamente constituído, seja pela lei ou por alguma forma idônea de representação. Os conselhos de medicina e a autoridade judiciária podem requisitá-lo para fins processuais, mas mesmo assim a entrega deve ser feita diretamente ao médico perito nomeado no processo, tomando-se o cuidado de solicitar o sigilo das informações lá contidas.

É sob o aspecto processual/legal que verificamos a importância deste documento no contexto da defesa médica. Quer seja sob o âmbito judicial, administrativo, ou ainda ético, o prontuário médico passa a servir ao elevado propósito de defesa de todos os que compõem a equipe assistencial, bem como da instituição de saúde envolvida. Assim, a utilidade do prontuário vai muito além de manter registros sobre a evolução do paciente, pois, na medida em que é considerado um documento legal sob o qual ao mesmo tempo se registra e se respalda as condutas médicas, torna-se talvez o principal meio de prova da atividade médica, cujas informações ali apostadas gozam de *presunção legal de veracidade* na apuração dos fatos desencadeantes dos processos.

É bem verdade que esta presunção de veracidade é relativa, ou seja, pode ser desconstituída por outras provas, a exemplo das testemunhais e depoimentos pessoais das partes envolvidas e, ainda, outras que possam documentar os fatos, tais como gravações e filmagens. Daí a suma importância dos registros em prontuário serem feitos fidedignamente e em tempo o mais real possível, para que se evite então a contestação ou até mesmo a suspeita do julgador quanto aos dados lá encartados.

Neste contexto, passa a ter especial relevância a regra – alçada a obrigação ética, posto que inserida no atual código de ética médica –, que exige o emprego de letra legível quando o prontuário é confeccionado de forma manual. Se por um lado é atitude passível inclusive de reprimenda ética justamente por desvirtuar a sua função de promover a adequada comunicação entre os envolvidos na assistência

ao paciente, por outro lado torna este importante meio de prova imprestável para uso em tribunais.

Vale insistir, o que tem valor decisivo é o prontuário, no qual se podem colher as provas que negam a responsabilidade do médico sobre o fato. Assim, em casos de registros omitidos ou irregulares, o médico pode perder a possibilidade de comprovação de que seus atos foram adequados. Nessa hipótese as alegações do paciente – que em geral tem uma experiência única e marcante com o atendimento médico questionado – passam a ter maior validade judicial que a memória do médico, que atende centenas de casos por mês.

De fato, a importância que nossos tribunais judiciais e cortes éticas imprimem a este documento é tamanha que eventual anotação incorreta, falseada ou inexistente no prontuário quanto aos fatos relacionados com o paciente pode ser enquadrado como crime de falsidade ideológica, previsto no artigo 299 do Código Penal: “omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.”

Por fim, temos que a “medicina de defesa” reforça a importância do prontuário e de seu preenchimento minucioso e completo. Em tempos que o paciente passou a ser tratado judicialmente como consumidor, exigindo sempre mais do atendimento médico, aliado a constante pressão da demanda pelos serviços, vem exigindo da atividade médica extremos cuidados para evitar ações judiciais ou éticas, cuidados estes que se iniciam no correto manejo do prontuário médico.

## O BRASIL TEM A MELHOR E A PIOR MEDICINA DO MUNDO

BRAZIL HAS THE BEST AND THE WORST IN THE WORLD MEDICINE

*Jorge Ilha Guimarães\**

**Palavras-chave** – *Medicina, eticidade, investimentos, ranking da saúde.*

**Keywords** – *Medicine, ethics, investment, health ranking.*

É comum ouvirmos que o Brasil tem uma medicina de 1º mundo. Não é verdade! Temos a melhor e a pior medicina. Ocupamos a 70.ª posição no ranking mundial da saúde.

De acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde de 2014, o Brasil investe em saúde 474 dólares, por ano, por pessoa, enquanto os Estados Unidos gastam 3.967 dólares e a Argentina 852 dólares. O Brasil investe menos que a maioria dos países sulamericanos, 1/8 dos países de primeiro mundo e 1/10 dos países escandinavos. Saúde se faz com dinheiro e não com demagogia.

O Brasil implanta menos devices (próteses, órteses etc) que todos os países da América do Sul. Implantamos 190 marca-passos por milhão de habitantes. A Alemanha implanta 1.267, Portugal 762. Mas, se compararmos apenas com a América do Sul, a Argentina implanta 382, o Uruguai 578 e Cuba 159. Só ganhamos de

---

\* Ex-presidente da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Cuba que tem uma das piores medicinas do mundo.

Metade dos infartados brasileiros não é atendida porque não chega a um hospital, ou se chega o local não tem recursos para diagnóstico, ou se tem, não tem recursos para tratamento. Aqueles privilegiados que são atendidos em grandes centros ou em locais com recursos recebem um bom tratamento, mesmo pelo SUS.

Neste cenário de grandes dificuldades da saúde pública brasileira, de falta de verbas para a educação e de enorme insegurança, assistimos estupefatos a maior roubalheira jamais realizada em um país dito democrático.

Gente, é muito dinheiro roubado! Mais do que o PIB de inúmeros países, mais do que os ladrões conseguiriam gastar na sua existência.

Ora, vejam se o dinheiro do roubo, maior que o orçamento da saúde do Brasil, fosse aplicado em saúde, estaríamos poupando incontáveis vidas, estaríamos dando melhores condições de vida para milhões de brasileiros. Também poderíamos dar mais educação, mais segurança, mais autoestima ao nosso povo.

E nossos bandidos recebem penas leves, logo sendo soltos da cadeia, porque não houve homicídios, apenas roubo de dinheiro. Como não? E as vidas que não serão salvas?

E nossa presidente justifica dizendo que corrupção existe desde o descobrimento do Brasil. A maioria do povo brasileiro trabalha muito, é honesta, ética e deseja viver num país com um mínimo de moral.

**VEDADA PRÁTICA DE SELEÇÃO DE RISCOS PELAS OPERADORAS  
NA CONTRATAÇÃO DE QUALQUER MODALIDADE DE  
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

FORBIDDEN PRACTICE OF RISK SELECTION BY OPERATORS  
IN HIRING ANY TYPE OF PRIVATE HEALTH CAR

**Palavras-chave** – *Saúde suplementar, assistência, restrições, seleção de riscos.*

**Keywords** – *Supplemental health care, restrictions, risk selection.*

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

**DIRETORIA COLEGIADA**

**SÚMULA NORMATIVA ANS/DC Nº 27, DE 10 DE JUNHO DE 2015**

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jun. 2015. Seção I, p.26

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o artigo 3º e os incisos XXIV, XXIX, XXXVI e XXXVII, do artigo 4º, cumulados com o inciso II do artigo 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; em conformidade com o disposto no inciso III do artigo 6º e no inciso III do artigo 86, ambos da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009.

Considerando a existência de reclamações dos consumidores sobre comportamento de seleção de riscos por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

Considerando que o art. 14 da lei 9.656, de 3 de junho de 1998, veda que as operadoras de planos privados de assistência à saúde impeçam o ingresso de beneficiários em razão da idade ou por serem portadores de deficiência;

Considerando os mecanismos previstos em lei para mitigação de riscos por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde, permitindo-se, quando for o caso, apenas a aplicação de carência, cobertura parcial temporária - CPT e agravo; e

Considerando que é vedada a não concretização da proposta de contratação de plano de saúde em virtude de seleção de risco em qualquer tipo de contratação; resolve adotar o seguinte entendimento:

É vedada a prática de seleção de riscos pelas operadoras de plano de saúde na contratação de qualquer modalidade de plano privado de assistência à saúde.

Nas contratações de planos coletivo empresarial ou coletivo por adesão, a vedação se aplica tanto à totalidade do grupo quanto a um ou alguns de seus membros.

A vedação se aplica à contratação e exclusão de beneficiários.

MARTHA REGINA DE OLIVEIRA

Diretora-Presidente, Substituta

*Fonte de Publicação: Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jun. 2015. Seção I, p.26*

## **APROVADO USO COMPASSIVO DO CANABIDIOL**

APPROVED COMPASSIONATE USE OF CANNABIDIOL

CFM\*

**Palavras-chave** – *Canabidiol, uso medicinal, terapêutica, epilepsia, crianças, restrições.*

**Keywords** – *Cannabidiol, medicine, therapy, epilepsy, children, restrictions.*

### **RESUMO**

Aprova o uso compassivo do canabidiol para o tratamento de epilepsias da criança e do adolescente refratárias aos tratamentos convencionais.

### **RESOLUÇÃO**

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

**CONSIDERANDO** que, nos termos do inciso II dos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica, 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;

---

\* Conselho Federal de Medicina.

**CONSIDERANDO** que, na história da Medicina e da Farmácia, o uso empírico de extratos vegetais no tratamento de inúmeras doenças humanas evoluiu para o isolamento e a síntese de princípios ativos terapêuticos, e que estes, submetidos a ensaios clínicos cientificamente controlados, podem expressar o seu perfil de eficácia e tolerância;

**CONSIDERANDO** que a Cannabis sativa contém, dentre seus inúmeros componentes, ora designados canabinoides, o canabidiol (CBD) e que este pode ser isolado ou sintetizado por métodos laboratoriais seguros e confiáveis;

**CONSIDERANDO** que um reduzido número de estudos tem demonstrado ação terapêutica do canabidiol em crianças e adolescentes com epilepsia refratária aos tratamentos convencionais, embora até o momento sem resultados conclusivos quanto à sua segurança e eficácia sustentada, o que exige a continuidade de estudos;

**CONSIDERANDO** a ausência de critérios padronizados para o uso medicinal do canabidiol e a inexistência de critérios mínimos para o seu uso compassivo e, portanto, há necessidade de autorização do CFM para tal fim;

**CONSIDERANDO** a necessidade de controle tanto dos pacientes quanto dos médicos envolvidos com a terapêutica compassiva do uso do canabidiol;

**CONSIDERANDO** o artigo 7º da Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, que confere ao Conselho Federal de Medicina a competência para editar normas para definir o caráter experimental de procedimentos em medicina no Brasil, autorizando ou vedando a sua prática pelos médicos;

**CONSIDERANDO** a Resolução CFM nº 1.982, de 27 de fevereiro de 2012, que normatiza a aprovação de novos procedimentos e terapias no Brasil pelo CFM;

**CONSIDERANDO**, finalmente, o que ficou decidido na Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 30 de outubro de 2014,

## **RESOLVE:**

**Art. 1º** – Regular o uso compassivo do canabidiol como terapêutica médica, exclusiva para o tratamento de epilepsias na infância e adolescência refratárias às terapias convencionais;

**Art. 2º** – Restringir a prescrição compassiva do canabidiol às especialidades de neurologia e suas áreas de atuação, neurocirurgia e psiquiatria;

Parágrafo único. Os médicos prescritores do uso compassivo de canabidiol deverão ser previamente cadastrados no CRM/CFM especialmente para este fim (anexo I);

**Art. 3º** – Os pacientes submetidos ao tratamento compassivo com o canabidiol deverão ser cadastrados no Sistema CRM/CFM para o monitoramento da segurança e efeitos colaterais. (anexos II e III);

**§ 1º** – Os pacientes submetidos ao tratamento com o canabidiol deverão preencher os critérios de indicação e contraindicação para inclusão no uso compassivo e doses adequadas a serem utilizadas (anexo IV);

**§ 2º** – Os pacientes submetidos ao tratamento compassivo com o canabidiol, ou seus responsáveis legais, deverão ser esclarecidos sobre os riscos e benefícios potenciais do tratamento por Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (anexo V);

**Art. 4º** – É vedado ao médico a prescrição da *cannabis in natura* para uso medicinal, bem como quaisquer outros derivados que não o canabidiol;

**Parágrafo único.** O grau de pureza do canabidiol e sua forma de apresentação devem seguir as determinações da Anvisa.

**Art. 5º** – Esta resolução deverá ser revista no prazo de 2 (dois) anos a partir da data de sua publicação, quando deverá ser avaliada a literatura científica vigente à época;

**Art. 6º** – Esta resolução entra em vigor na data da sua publicação.

Brasília, 30 de outubro de 2014.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA, Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA, Secretário-Geral

Resolução CFM nº 2.113/2014

Resolução aprovada

Sessão Plenária de 30/10/2014

Publicada no D.O.U., 16 de dezembro de 2014, seção I, p. 183.

## TÍTULO DE ESPECIALISTA PARA DIREÇÃO TÉCNICA. ATUALIZAÇÃO.

TITLE SPECIALIST FOR TECHNICAL DIRECTION. UPDATE.

CFM\*

**Palavras-chave** – *Direção técnica, título de especialista, supervisão, serviços exclusivos.*

**Keywords** – *Technical direction, heading expert supervision, exclusive services.*

### RESUMO

Alterado o texto do art. 1º, parágrafos primeiro e segundo, da Resolução CFM nº 2.007/2013, para esclarecer que, nas instituições que prestam serviços médicos em uma única especialidade, o diretor técnico deverá ser possuidor do título de especialista registrado no CRM na área de atividade em que os serviços são prestados.

### RESOLUÇÃO

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

---

\* Conselho Federal de Medicina.

**CONSIDERANDO** especificamente o disposto no artigo 17 da Lei nº 3.268/57;  
**CONSIDERANDO** que o art. 21 do Código de Ética Médica veda ao médico deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente;

**CONSIDERANDO** o Parecer CFM nº 18/12, aprovado na sessão plenária do dia 15 de julho de 2012;

**CONSIDERANDO** que é dever do médico manter suas informações atualizadas perante os Conselhos de Medicina;

**CONSIDERANDO** os artigos 28 e 29 do Decreto nº 20.931/32;

**CONSIDERANDO** o decidido na sessão plenária do dia 21 de novembro de 2014,

#### **RESOLVE:**

**Art. 1º** – Alterar os §§ 1º e 2º, do artigo 1º, da Resolução CFM nº 2.007/2013 (publicada no Diário Oficial da União, de 8 de fevereiro de 2013, seção I, p. 200) que passam a vigorar com a seguinte redação:

**§1º** – Em instituições que prestam serviços médicos em uma única especialidade, o diretor técnico deverá ser possuidor do título de especialista registrado no CRM na respectiva área de atividade em que os serviços são prestados.

**§ 2º** – O supervisor, coordenador, chefe ou responsável pelos serviços assistenciais especializados de que fala o caput deste artigo somente pode assumir a responsabilidade técnica pelo serviço especializado se possuir título de especialista na especialidade oferecida pelo serviço médico, com o devido registro do título junto ao CRM.

**Art. 2º** – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 21 de novembro de 2014.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA, Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA, Secretário-geral

## EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RECOMENDAÇÃO CFM Nº 6/2014

Esta resolução tem o objetivo de complementar a Resolução CFM nº 2007/2013, que estabeleceu a exigência do título de especialista daquele que ocupar o cargo de diretor técnico, supervisor, coordenador, chefe ou responsável médico dos serviços assistenciais especializados, permitindo que nas localidades onde não estão disponíveis profissionais com título de especialistas possam assumir a responsabilidade técnica por mais de dois serviços especializados.

Brasília-DF, 21 de novembro de 2014

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA, Relator

Resolução CFM n.º 2.114/2014

Resolução aprovada

Sessão Plenária de 21/11/2014

Publicada no D.O.U. de 29 abril 2015, Seção I, p. 104.

## NOVA REDAÇÃO DAS NORMAS ORIENTADORAS E REGULADORAS PARA ESPECIALIDADES MÉDICAS

NEW EDITING OF GUIDELINES AND REGULATORY STANDARDS FOR MEDICAL SPECIALTIES

CFM\*

**Palavras-chave** – *Título de especialista, especialidades médicas, área de atuação, normas, titulações e certificações, nova redação.*

**Keywords** – *Specialist title, medical specialties, practice area, standards, titles and certification, new editing.*

### RESUMO

Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 2.068/2013, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

### RESOLUÇÃO

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

---

\* Conselho Federal de Medicina.

**CONSIDERANDO** o convênio celebrado em 11 de abril de 2002 entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), com vistas a estabelecer critérios para o reconhecimento e denominação de especialidades e áreas de atuação na Medicina, bem como a forma de concessão e registros de títulos de especialista;

**CONSIDERANDO** o disposto no art. 2º da Resolução CFM nº 1.634/2002, de 11 de abril de 2004, que prevê o reconhecimento de outras especialidades e áreas de atuação dispostas no Anexo II da referida resolução;

**CONSIDERANDO** a aprovação do novo relatório da Comissão Mista de Especialidades (CME), que modifica a relação de especialidades e áreas de atuação dispostas no Anexo II da Resolução nº 2.068/2013, (Publicada no D.O.U. de 03 de janeiro de 2014, Seção I, p. 76);

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido em reunião plenária de 23 de janeiro de 2015,

#### **RESOLVE:**

**Art. 1º** – Aprovar a nova redação das normas orientadoras e reguladoras e do Anexo II da Resolução CFM nº 2.068/2013 (publicada no D.O.U. de 03 de janeiro de 2014, Seção I, p. 76).

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

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

Brasília-DF, 23 de janeiro de 2015.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA, Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA, Secretário-geral

## **ANEXO II**

### **CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE O CFM, A AMB E A CNRM**

#### **RELATÓRIO DA COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES CFM/AMB/CNRM**

A Comissão Mista de Especialidades (CME), no uso das atribuições que lhe confere o convênio celebrado em 11 de abril de 2002 entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), visando estabelecer critérios para o reconhecimento e denominação de especialidades e áreas de atuação na Medicina, bem como a forma de concessão e registros de títulos de especialista, aprova o novo relatório que modifica o Anexo II da Resolução nº 2.068/2013 - do qual fazem parte os seguintes itens:

- 1) Normas orientadoras e reguladoras;
- 2) Relação das especialidades reconhecidas;
- 3) Relação das áreas de atuação reconhecidas;
- 4) Titulações e certificações de especialidades médicas; e
- 5) Certificados de áreas de atuação.

#### **1) NORMAS ORIENTADORAS E REGULADORAS**

- a) O Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) reconhecerão as mesmas especialidades e áreas de atuação;
- b) A CME não reconhecerá especialidade médica com tempo de formação inferior a dois anos e área de atuação com tempo de formação inferior a um ano;
- c) A CNRM somente autorizará programas de Residência Médica nas especialidades e áreas de atuação listadas nos itens 2 e 3 deste relatório;
- d) As áreas de atuação previstas pela CME e listadas no item 3 terão sua certificação sob responsabilidade da AMB e/ou CNRM;
- e) O tempo de formação de especialidade médica ou área de atuação, tanto para a CNRM como para a AMB, será o previsto neste relatório, respeitados os pré-requisitos necessários;
- f) Cabe à CNRM autorizar e disciplinar ano opcional com o mesmo nome dos

programas de Residência Médica, para complementação da formação, mediante solicitação da instituição e com a devida justificativa e comprovação da capacidade e necessidade de sua implantação;

g) A AMB emitirá apenas títulos e certificados que atendam às determinações da CME;

h) Em seus editais de concurso para título de especialista ou certificado de área de atuação, a AMB deverá observar o tempo mínimo de formação na especialidade ou área de atuação constante neste relatório;

i) A área de atuação que apresente interface com duas ou mais especialidades somente poderá ser criada após consenso entre as respectivas associações;

j) A extinção de qualquer área de atuação só poderá ser efetivada pela CME, após pedido fundamentado;

k) Os exames da AMB para certificação de áreas de atuação comuns a duas ou mais associações serão únicos e sob a responsabilidade da AMB;

l) Os conselhos regionais de medicina (CRMs) deverão registrar apenas títulos de especialidade e certificados de áreas de atuação reconhecidos pela CME;

m) Os registros, junto aos CRMs, obedecerão aos seguintes critérios:

1) Os documentos emitidos pela CNRM ou AMB, prévios à Resolução CFM nº 1.634/02 e anexos, deverão preservar, no registro, a denominação original;

2) Os documentos emitidos após a Resolução CFM nº 1.634/02 e anexos serão registrados de acordo com a denominação vigente no ato do registro. Se sofrerem alteração de especialidade para área de atuação, serão registrados por analogia;

n) Quando solicitada pelo médico, a AMB, por intermédio das associações de especialidade, deverá atualizar a anterior denominação dos títulos ou certificados para a nomenclatura vigente, cabendo aos CRMs promoverem idêntica alteração no registro existente;

o) As especialidades médicas e as áreas de atuação devem receber registros independentes nos CRMs;

p) O médico só poderá fazer divulgação e anúncio de até duas especialidades e duas áreas de atuação;

q) É proibida aos médicos a divulgação e anúncio de especialidades ou áreas de atuação que não tenham o reconhecimento da CME;

r) A AMB, no seu âmbito, deverá preservar o direito à certificação em área de

atuação para as associações que respondiam por especialidades transformadas em áreas de atuação: Administração em Saúde, Citopatologia, Endoscopia Digestiva, Hansenologia, Hepatologia, Nutrição Parenteral e Enteral e Neurofisiologia Clínica, enquanto as mesmas participarem de seu Conselho Científico.

s) Todas as demais áreas de atuação receberão certificação, no âmbito da AMB, via associações de especialidade;

t) As associações de especialidade ou de áreas de atuação reconhecidas ficam obrigadas a comprovar sua participação em centros de treinamento e formação, mediante relatório anual enviado à AMB;

u) A CNRM terá o prazo de dois anos para adaptação dos programas de Residência Médica em andamento, de acordo com as mudanças determinadas pela resolução que disciplina a matéria.

v) A AMB em seus editais de titulação, deverá prever a participação de médicos que não realizaram programas de especialização ou residência médica. Nestes casos, poderá exigir comprovação de atuação na área do dobro do tempo de formação, ficando vedada a cobrança de cumprimento de cursos ou treinamentos adicionais.

## **2) RELAÇÃO DAS ESPECIALIDADES RECONHECIDAS**

- |                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| 1. Acupuntura                      | 14. Cirurgia Torácica            |
| 2. Alergia e Imunologia            | 15. Cirurgia Vascular            |
| 3. Anestesiologia                  | 16. Clínica Médica               |
| 4. Angiologia                      | 17. Coloproctologia              |
| 5. Cancerologia                    | 18. Dermatologia                 |
| 6. Cardiologia                     | 19. Endocrinologia e Metabologia |
| 7. Cirurgia Cardiovascular         | 20. Endoscopia                   |
| 8. Cirurgia da Mão                 | 21. Gastroenterologia            |
| 9. Cirurgia de Cabeça e Pescoço    | 22. Genética Médica              |
| 10. Cirurgia do Aparelho Digestivo | 23. Geriatria                    |
| 11. Cirurgia Geral                 | 24. Ginecologia e Obstetrícia    |
| 12. Cirurgia Pediátrica            | 25. Hematologia e Hemoterapia    |
| 13. Cirurgia Plástica              | 26. Homeopatia                   |

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 27. Infectologia                     | 41. Nutrologia                              |
| 28. Mastologia                       | 42. Oftalmologia                            |
| 29. Medicina de Família e Comunidade | 43. Ortopedia e Traumatologia               |
| 30. Medicina do Trabalho             | 44. Otorrinolaringologia                    |
| 31. Medicina de Tráfego              | 45. Patologia                               |
| 32. Medicina Esportiva               | 46. Patologia Clínica/Medicina Laboratorial |
| 33. Medicina Física e Reabilitação   | 47. Pediatria                               |
| 34. Medicina Intensiva               | 48. Pneumologia                             |
| 35. Medicina Legal e Perícia Médica  | 49. Psiquiatria                             |
| 36. Medicina Nuclear                 | 50. Radiologia e Diagnóstico por Imagem     |
| 37. Medicina Preventiva e Social     | 51. Radioterapia                            |
| 38. Nefrologia                       | 52. Reumatologia                            |
| 39. Neurocirurgia                    | 53. Urologia                                |
| 40. Neurologia                       |   |

### **3) RELAÇÃO DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO RECONHECIDAS**

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| 1. Administração em Saúde                   | 11. Densitometria Óssea               |
| 2. Alergia e Imunologia Pediátrica          | 12. Dor                               |
| 3. Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular | 13. Ecocardiografia                   |
| 4. Atendimento ao Queimado                  | 14. Ecografia Vascular com Doppler    |
| 5. Cardiologia Pediátrica                   | 15. Eletrofisiologia Clínica Invasiva |
| 6. Cirurgia Bariátrica                      | 16. Endocrinologia Pediátrica         |
| 7. Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial            | 17. Endoscopia Digestiva              |
| 8. Cirurgia do Trauma                       | 18. Endoscopia Ginecológica           |
| 9. Cirurgia Videolaparoscópica              | 19. Endoscopia Respiratória           |
| 10. Citopatologia                           | 20. Ergometria                        |
|   | 21. Foniatria                         |

22. Gastroenterologia Pediátrica
23. Hansenologia
24. Hematologia e Hemoterapia Pediátrica
25. Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista
26. Hepatologia
27. Infectologia Hospitalar
28. Infectologia Pediátrica
29. Mamografia
30. Medicina de Urgência
31. Medicina do Adolescente
32. Medicina do Sono
33. Medicina Fetal
34. Medicina Intensiva Pediátrica
35. Medicina Paliativa
36. Medicina Tropical
37. Nefrologia Pediátrica
38. Neonatologia
39. Neurofisiologia Clínica
40. Neurologia Pediátrica
41. Neurorradiologia
42. Nutrição Parenteral e Enteral
43. Nutrição Parenteral e Enteral Pediátrica
44. Nutrologia Pediátrica
45. Pneumologia Pediátrica
46. Psicogeriatría
47. Psicoterapia
48. Psiquiatria da Infância e Adolescência
49. Psiquiatria Forense
50. Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia
51. Reprodução Assistida
52. Reumatologia Pediátrica
53. Sexologia
54. Toxicologia Médica
55. Transplante de Medula Óssea
56. Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia

### **ATENÇÃO:**

AS TITULAÇÕES E CERTIFICAÇÕES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS  
podem ser conferidas em:

[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2116\\_2015.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2116_2015.pdf)

### ANEXO III

Do funcionamento da Comissão Mista de Especialidades:

- 1) Os pedidos de criação ou extensão de especialidade ou área de atuação, externos à CME, instruídos com a devida justificativa e com apreciação prévia da diretoria da AMB.
- 2) As solicitações para a criação de área de atuação deverão ser obrigatoriamente acompanhadas dos pré-requisitos necessários.
- 3) A Comissão Mista de Especialidades não analisará pedido de criação de área de atuação com programa inferior a um ano e carga horária inferior a 2.880 horas.
- 4) A apreciação inicial poderá decidir por convocação das respectivas associações de especialidade para comparecimento em reunião da CME, para exposição oral e sustentação documental, se necessário.
- 5) A CME designará relator e revisor para a emissão de pareceres conclusivos a serem apreciados em reunião plenária da Comissão.
- 6) As propostas recusadas pela Comissão Mista de Especialidades só poderão ser reapresentadas para nova avaliação após cinco anos.
- 7) Só constarão do relatório anual da Comissão Mista de Especialidades as propostas que derem entrada até o último dia útil do mês de abril de cada ano.
- 8) A Comissão Mista de Especialidades emitirá, anualmente, um relatório aos convenentes, cujo prazo limite é o último dia útil do mês de setembro.
- 9) A Comissão Mista de Especialidades poderá, a seu critério, emitir recomendações e normativas sobre suas atividades.

Resolução CFM nº 2.116/2015

Resolução aprovada

Sessão Plenária de 23/01/2015

Publicada no D.O.U. de 04 de fevereiro de 2015, Seção I, p. 55.

## RESPONSABILIDADE NA REALIZAÇÃO DE EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

RESPONSIBILITY IN CARRYING OUT MAGNETIC RESONANCE IMAGING

*Aldemir Humberto Soares\**

**Palavras-chave** – *Ressonância magnética, responsabilidade, operação de equipamento, especialidade.*

**Keywords** – *MRI, responsibility, operation of equipment, specialty.*

### DA CONSULTA

O Sr. Newton de Souza Carneiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil Seção São Paulo (OAB/SP), encaminha consulta ao Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o funcionamento de serviço de imagem, em especial sobre a ressonância magnética.

Esclarece que seu pedido tem finalidade de sanar dúvidas a respeito da obrigatoriedade da presença de médico radiologista e anestesiolologista em sala de equipamento de ressonância magnética quando da realização de um exame.

Relata que pelos artigos 5º, inciso III, da Lei nº 6.684/79 e 6º, da Resolução nº 78/02, do Conselho Federal de Biomedicina, os biomédicos estão autorizados a realizar ressonância magnética somente "sob supervisão médica", mas esses textos não esclarecem qual especialista deve exercê-la.

Informa que uma breve pesquisa realizada indicou que a radiologia, ou diagnóstico por imagem, é a especialidade médica que estuda os órgãos e estruturas do corpo humano mediante, inclusive, ressonância magnética.

---

\*Conselheiro parecerista do CFM.

Entende, assim, que o médico radiologista é o único responsável pela realização de exames, análise e interpretação das imagens e assinatura dos laudos e/ou relatórios e que deve estar presente na sala onde esse exame se realiza. Salvo melhor juízo, também deve estar presente o anestesiológico.

Também constatou que a formação em radiologia exige, além do curso de Medicina, um curso de especialização em “Radiologia e Diagnóstico por Imagem” que deve ser reconhecido por este Conselho Federal de Medicina e que ensina, inclusive, técnicas de ressonância magnética e conter, ainda, programa de residência supervisionada.

Afirma ainda que a Resolução CFM nº 1.890/09, em decisão sobre Telerradiologia, reconhece o radiologista também como especialista para esse mister.

Solicita esclarecimento para as seguintes questões:

- a) Para a realização de exame de ressonância magnética, é obrigatória a presença de médico com especialidade em radiologia e diagnóstico por imagem para supervisionar in loco o trabalho no ambiente onde é feito o exame?
- b) Somente o especialista em radiologia e diagnóstico por imagem pode supervisionar esse trabalho ou médico de outra área e/ou especialidade também pode exercer essa supervisão?
- c) O manejo do equipamento de ressonância deve ser feito por um biomédico ou também pode ser feito por um técnico em radiologia?
- d) Antes do exame, aplica-se anestesia, sedativo ou contraste no paciente?
- e) Essas aplicações devem ser feitas obrigatoriamente por um médico anestesiológico. Esse profissional tem a obrigação de permanecer no ambiente do exame, ainda que não durante todo o procedimento?

### **DO PARECER**

A ressonância magnética é um método de diagnóstico médico ligado à especialidade de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. Ela utiliza um forte campo magnético e pulsos de ondas de radiofrequência para formação de imagens diagnósticas do corpo humano.

A ressonância magnética é uma modalidade de exames médicos contida na área de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, especialidade médica reconhecida pela Resolução CFM nº 2.116/15.

A formação do especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem, assim como de todas as especialidades, é realizada após conclusão do curso de Medicina. Neste caso específico, é necessário cumprir três anos de programa de residência médica reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação ou de programa de formação reconhecido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. Neste caso, o médico recebe titulação concedida pela Associação Médica Brasileira, após aprovação em exame de avaliação. A Resolução CFM nº 2.007/13 determina em seu artigo 1º que o médico com cargo de diretor técnico ou de supervisão, coordenação, chefia ou responsabilidade médica por serviço de radiologia e diagnóstico por imagem deve ser ocupado por portador de registro de especialista, inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM) de seu Estado nesta área.

A Lei Federal nº 12.842/13 estabelece em seu artigo 4º, inciso VII, que os laudos de exames de imagem são privativos de médicos.

## CONCLUSÃO

Diante do exposto, passo a responder em tese ao perguntado:

a) Para a realização de exame de ressonância magnética, é obrigatória a presença de médico com especialidade em radiologia e diagnóstico por imagem para supervisionar in loco o trabalho no ambiente onde é feito o exame?

**Resposta:** Os exames de ressonância magnética são realizados mediante protocolos específicos para a suspeita diagnóstica e/ou para cada segmento corporal a ser examinado. Durante a realização dos exames com indicação de uso de contraste endovenoso, deve existir um médico disponível no serviço, mesmo que na sala de laudo. Portanto, apenas naqueles exames por imagem sem introdução de contraste – sejam eles raios-x, tomografia computadorizada ou ressonância magnética – é dispensada a presença de médico no serviço.

b) Somente o especialista em radiologia e diagnóstico por imagem pode supervisionar esse trabalho ou médico de outra área e/ou especialidade também pode exercer essa supervisão?

**Resposta:** A direção, coordenação, supervisão ou chefia do serviço deve ser exercida por médico com título de especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem devidamente registrado no CRM. O acompanhamento durante a realização de exames com introdução de contraste venoso deve ser feito por médico.

c) O manejo do equipamento de ressonância deve ser feito por um biomédico ou também pode ser feito por um técnico em radiologia?

**Resposta:** O aparelho de ressonância magnética não emite radiação ionizante e a sua operação não está restrita a nenhuma profissão específica. Os exames podem ser executados por qualquer profissional da área de saúde com treinamento adequado, em especial biomédicos e técnicos de radiologia. Excluem-se das competências desses profissionais: a indicação do protocolo, a indicação de contrastes e medicamentos e a interpretação dos exames, os quais são privativos de médicos.

d) Antes do exame, aplica-se anestesia, sedativo ou contraste no paciente?

**Resposta:** Não, o exame segue protocolos específicos, determinados pela equipe médica do serviço. Contraste é utilizado quando indicado e na dose recomendada pelo médico radiologista. Anestesia é usada apenas em casos em que o paciente não consegue permanecer imóvel o tempo necessário para aquisição de cada sequência do exame.

e) Essas aplicações devem ser feitas obrigatoriamente por um médico anestesio-  
logista. Esse profissional tem a obrigação de permanecer no ambiente do exame,  
ainda que não durante todo o procedimento?

**Resposta:** A anestesia deve ser conduzida por médico anesthesiologista, conforme determina a Resolução CFM nº 1.802/06. Ele deve acompanhar o paciente desde a indução anestésica até a recuperação pós-anestésica. Já o contraste deve ser aplicado por profissional de saúde do serviço, sob orientação e supervisão de médico radiologista.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília-DF, 13 de março de 2015

ALDEMIR HUMBERTO SOARES

*Conselheiro relator*

Parecer CFM n.º 14/2015

Processo-Consulta de 2014

Parecer Aprovado

Reunião Plenária de 13/03/2015.

## AUTONOMIA DO MÉDICO ASSISTENTE NA DECISÃO DO TRATAMENTO MAIS ADEQUADO À SAÚDE DE SEU PACIENTE

AUTONOMY OF THE ASSISTANT MEDICAL TREATMENT IN  
DECISION MORE SUITABLE TO YOUR HEALTH PATIENT

*Lúcio Flávio Gonzaga Silva\**

**Palavras-chave** – *Autonomia, médico assistente, evidência científica, ética, oncologia.*

**Keywords** – *Autonomy, physician, scientific evidence, ethical, oncology.*

### DA CONSULTA

Senhor presidente, solicito parecer sobre o funcionamento da atual sistemática utilizada na atenção em oncologia pelos centros especializados, com remuneração por pacotes denominados APAC-Onco [Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia], especificamente no que diz respeito a eventuais prejuízos que essa sistemática esteja causando ao paciente oncológico com a negativa de acesso a medicamentos e procedimentos de alto custo.

### CONSIDERAÇÕES SOBRE O TEMA

O modelo de autorização APAC-Onco consta do manual publicado em Fevereiro de 2014, em sua 17ª Edição, pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), que trata das bases técnicas para Autorização de

---

\*Conselheiro parecerista do CFM.

Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia (APAC-Onco).

Ele surgiu a partir da ideia inaugurada no Sistema Único de Saúde (SUS) com a autorização para procedimentos dialíticos (APAC-TRS). Excetuando os procedimentos cirúrgicos, a quimioterapia e a radioterapia têm suas bases de autorização e pagamento contempladas nesse modelo APAC-Onco.

Nesse parecer, abordaremos exclusivamente o tratamento oncológico clínico, devido ao fato dos novos medicamentos serem quase todos de alto custo.

Na quimioterapia, embora o tratamento seja feito por ciclos, a tabela de procedimentos APAC-Onco do SUS se refere ao custo médio mensal de um esquema terapêutico e não ao custo de um ciclo, seja ele aplicado em que intervalo for. Ela é baseada em indicações terapêuticas e não em medicamentos quimioterapêuticos, sendo prerrogativas e responsabilidades exclusivas do médico assistente prescrever conforme as condutas adotadas no serviço credenciado em que atende, seja próprio ou institucional, e depois codificar e cobrar conforme a respectiva descrição dos procedimentos tabelados.

O SUS ressarcir por competências e não por ciclos: assim, o valor de cada procedimento quimioterápico só pode ser autorizado e ressarcido aos centros habilitados e credenciados uma única vez por mês, isto é, mensalmente.

Gera-se, aqui, a primeira causa de distorção de ressarcimento, uma vez que doenças iguais não necessariamente significam tratamentos iguais e respostas terapêuticas iguais. Na eventualidade de ciclos de tratamento dentro de um mesmo mês, existe potencial prejuízo financeiro para a unidade prestadora de serviço, já que o valor de remuneração é fechado dentro de um valor pré-estabelecido, não importando o número de ciclos de quimioterapia realizados.

Um problema de naturezas ética e social e de sustentabilidade dos serviços ocorre adicionalmente porque cabe exclusivamente ao corpo clínico da instituição credenciada e habilitada para assistir pacientes oncológicos a prerrogativa da prescrição e, do Centro, a aquisição e o fornecimento dos medicamentos. Essas instituições são ressarcidas conforme o código do procedimento registrado na APAC-Onco.

Isso tem tornado a prática oncológica plena de situações potencialmente arriscadas para os profissionais e, sobretudo, para os pacientes. Se, de um lado, os centros têm um desafio constante quanto à sua sustentabilidade e viabilidade,

por outro, os médicos se veem no meio de um embate ético desconfortante. Eles trabalham em um campo minado pelas limitações da tabela do SUS; os valores sufocantes da APAC-Onco acabam impondo-lhes situações em que os critérios técnicos são suplantados por critérios financeiros: os aspectos éticos e médicos são, a todo momento, postos em xeque.

Há algumas exceções contempladas em portarias da SAS/MS. Os fármacos Talidomida (mieloma múltiplo), Trastuzumabe [carcinoma de mama HER-2 (+)] e Mesilato de Imatinibe (GIST – tumor gastrointestinal do adulto, leucemia mieloide crônica e leucemia linfoblástica aguda) são comprados de forma centralizada diretamente pelo Ministério da Saúde e fornecidos aos centros credenciados e habilitados em oncologia.

Como exemplo de incompatibilidade entre o valor remunerado da tabela APAC-Onco e o valor comercial de mercado, um rol de fármacos utilizados na oncologia atualmente é posto como paradigma para análise:

**Ipilimumabe (Yervoy®)** – Usado para tratamento de melanoma

Valor de APAC-Onco: **R\$ 1.080,00 (por ciclo)**

Preço médio de mercado (Brasíndice): **R\$ 55.032,28** (1 frasco-ampola de 200mg/40mL. Dose calculada por superfície corpórea).

A dose preconizada para um adulto médio de 70kg é de 210mg, a cada 3 semanas, por 4 ciclos. Ou seja, cada ciclo consome no mínimo 3 frasco-ampolas, o que significa **R\$ 165.096,84** (por ciclo).

**Sunitinibe (Sutent®)** – Usado para tratamento de câncer renal avançado

Valor de APAC-Onco: **R\$ 571,50**

Preço médio de mercado: **R\$ 13.834,15** (caixa com 28 cápsulas de 50mg cada. Dose calculada por superfície corpórea).

O tratamento, em geral, é feito com doses diárias de 50mg, por 4 semanas seguidas e repetidas por tempo indefinido.

**Bevacizumabe (Avastin®)** – Usado para tratamento de câncer de intestino

Valor de APAC-Onco: **R\$ 2.224,00**

Preço médio de mercado: **R\$ 5.113,28** (1 frasco-ampola de 400mg. Dose calculada por superfície corpórea).

A dose recomendada para tratamento é de 10mg/kg. Um adulto pesando 70kg irá consumir 700mg a cada 14 ou 21 dias, ou seja, pelo menos 2 ampolas a cada 14 ou 21 dias, o que significa **R\$ 10.226,56/mês**.

**Cetuximab (Erbix<sup>®</sup>)** – Usado para tratamento de câncer de intestino

Valor de APAC-Onco: **R\$ 2.224,00**

Preço médio de mercado: **R\$ 4.163,26** (1 frasco-ampola de 100ml de 5mg/ml. Dose calculada por superfície corpórea).

Um adulto de 70kg tem, em média, 1,73m de altura. A dose de Erbitux é de 400mg/m<sup>2</sup> por semana, ou seja, 692mg por semana. Assim, em cada ciclo, se consome pelo menos 8 frascos, o que significa **R\$ 33.306,08**.

Observa-se, do exposto, o quanto se está longe de alcançar, na prática, uma sustentabilidade adequada, quanto aos medicamentos de alto custo, para os centros destinados ao tratamento clínico oncológico no Brasil, com riscos potenciais para os pacientes que realmente necessitem deles.

## **DOS REGRAMENTOS ÉTICOS E LEGAIS BRASILEIROS**

Alguns dispositivos do Código de Ética Médica vigente devem ser lembrados no corpo deste parecer, que analisa uma situação complexa e comum na prática atual da Medicina. Dos princípios fundamentais, o item I: a Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de qualquer natureza; e o item 2: 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.

Do capítulo II, o item II: É direito do médico indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

E, do capítulo V, da relação com pacientes e familiares, o artigo 32: é vedado ao médico deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

A Constituição da República Federativa do Brasil, em seu artigo 196, garante que a vida e a saúde são direitos fundamentais do ser humano e dever do Estado.

Artigo 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante

políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Da mesma Constituição cidadã, o Artigo 198 institui o Sistema Único de Saúde (SUS) e expõe suas diretrizes básicas e seus critérios (descentralização, prioridade preventiva e participação da comunidade).

Artigo 198: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III- participação da comunidade.

A Lei nº 8.080, publicada em 19 de setembro de 1990, que regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional, defende a universalidade e a integralidade da assistência (incluindo a farmacêutica), exigida esta para cada caso, em todos os níveis de complexidade.

## DA PRÁTICA DE OUTROS PAÍSES

Informações colhidas na tese de doutoramento da professora doutora Ana Carolina Izidório Davies, lada “L a d D à Saú d : reserva do possív l X í x al”:

O *National Institute for Health and Clinical Excelence* é o órgão do Sistema Público de Saúde inglês que aprova a lista de medicamentos a que os pacientes terão acesso obedecendo a uma lógica de custo-efetividade. Os fármacos de alto custo têm um limite de fornecimento anual em seu orçamento. O alcance da universalidade é um objetivo sempre buscado como princípio. Atendendo a este, o Estado inglês substitui medicamentos para certas moléstias objetivando a redução de custos e a ampliação da cobertura da assistência à coletividade.

Na Alemanha, a Lei de Estrutura da Saúde fixa um teto orçamentário para as prescrições médicas no serviço público. Há casos em que o paciente arca com parte dos custos do medicamento a ser prescrito. Aos médicos, a Lei prescreve

sansões caso eles desobedeçam os limites estabelecidos para os medicamentos de alto custo e/ou não observem o dever de informar ao paciente o preço do medicamento, quando este está acima desse limite.

Na França, o sistema público francês, considerado o melhor do mundo no ano de 2000, preconiza a liberdade de escolha, pelo paciente, de seu médico assistente. Ele determina que o profissional deve ser cadastrado e que o medicamento de alto custo deve constar de uma lista aprovada por um comitê oficial do Ministério da Saúde.

Da mesma forma, a COHTA (agência pública ligada ao Serviço de Saúde Catalão), na Espanha, e o *Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment*, no Canadá, preconizam que a atenção à saúde financiada pelo governo nos três níveis de assistência obedece a critérios focados em evidências e efetividade clínica e em critérios econômicos.

Sobre esse tópico, Ana Carolina Izidório Davies, citando Barata Mendes, conclui: apesar desses países possuírem recursos muito mais elevados que o Brasil para a área da saúde, permanece a preocupação com a avaliação tecnológica e a incorporação de novas técnicas e medicamentos no sistema, pois em todos os países há a clara noção que não existe bondade gratuita no setor público e a garantia de determinado benefício a uma pessoa poderá impedir o acesso da coletividade a outros.

## DOS DILEMAS ÉTICO E BIOÉTICO

É necessário citar a observação da excelentíssima Procuradora da República Nara Soares Dantas, exposta em documento encaminhado ao presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (Cremeb), que evidencia o dilema ético suscitado pela matéria em questão, de forma bastante clara:

“As pressões õ x da a ag da Administração Pública, produtores e fornecedores de insumos e prestadores do serviço de saúde do setor oncológico, são relativamente irrelevantes para este apuratório, uma vez que não se está discutindo a justeza ou não da remuneração dos procedimentos terapêuticos prestados no setor oncológico (...). Pelo contrário, importa para a atuação do Ministério Público Federal, no escopo de obter o efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na constituição,

em especial ao direito à saúde (...), que as repercussões da sistemática concretamente utilizada para o controle e remuneração dos serviços de saúde no setor oncológico não resulte na prática, na própria negação do acesso ao medicamento ou procedimentos necessários e devidos ao paciente- "

De fato, a saúde é um direito fundamental do ser humano garantido na Constituição Federativa do Brasil como dever de Estado. O dilema surge quando confrontados o dever da integralidade da assistência ao indivíduo e o dever da universalidade e equidade dessa assistência para todos.

Os princípios de integralidade, universalidade e equidade de um sistema de atenção à saúde, como o nosso SUS, devem coexistir permanentemente em equilíbrio. Na realidade dos recursos financeiros limitados, a priorização da integralidade da assistência a indivíduos pode, em algumas situações, colidir frontalmente com a obrigação de universalidade e equidade dessa assistência devida às populações.

Nesse contexto de dilemas ou conflitos éticos, em que estão inseridos os interesses do cidadão, há que se analisar separadamente o papel dos entes envolvidos: o Estado, os centros oncológicos credenciados e o médico assistente.

As políticas públicas do Sistema de Saúde, disponibilizadas pelo Estado, que atendam ao tratamento ordinário das moléstias parecem apontar para a eticidade. É a legitimação do que se intitula reserva do possível, quando a implementação de um mínimo vital necessário já foi efetivado.

O papa Pio XII, em discurso sobre temática similar em um Congresso de Anestesiologia em novembro de 1957, afirmou:

"Por um lado, a razão natural e a moral cristã ensinam que, em caso de doença grave, o doente e os que dele cuidam têm o direito e o dever de pôr em ato os cuidados necessários para conservar a saúde e a vida. Por outro lado, tal dever geralmente compreende a utilização de meios que, consideradas todas as circunstâncias, são ordinários, ou seja, não comportam um encargo extraordinário para o doente ou para os demais. Uma obrigação mais severa seria demasiado onerosa para a maioria das pessoas e tornaria difícil a çã d a a".

O que falta ao Estado brasileiro nesse campo da assistência oncológica é definir em legislação o que é o mínimo vital, o que é verdadeiramente o tratamento ordinário. Para cada entidade mórbida, deve-se estabelecer um mínimo vital

obrigatório, com base na relação custo/eficácia e de acordo com a medicina baseada em evidências, como o fazem os países que têm sistemas de saúde similares ao nosso, como os citados neste parecer. O modelo APAC-Onco não contempla isso, apenas define cobertura por competências, sem estabelecer que procedimentos ou medicamentos são cobertos, deixando essa responsabilidade para os centros habilitados e credenciados e para os médicos assistentes, o que não é justo.

Os centros oncológicos, por sua vez, procuram alcançar sua sustentabilidade em um equilíbrio orçamentário difícil, pressionados, por um lado, pela exiguidade da tabela APAC-Onco – exemplificada no corpo deste parecer – por outro, pela necessidade de assistir adequadamente seus pacientes. Soma-se a isso a crescente judicialização da prática médica, impondo-lhes demandas que ameaçam sua viabilidade.

Ao médico assistente sobra a angustiada decisão final, porquanto é ele que está na ponta da assistência: à sua frente, o doente e seus familiares. Pressionado por sua consciência e pelo Código de Ética Médica que o obriga a usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente, sua tendência é buscar nas evidências científicas mais atuais, o tratamento ideal para aquele paciente concreto. Isso envolve, muitas vezes, procedimentos e medicamentos de alto custo. Premido por contenciosos econômicos vê a todo momento seus critérios técnicos serem postos em xeque: um dilema ético de difícil solução.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A saúde é um direito essencial do ser humano. No Brasil, é assegurada por sua Carta Magna em seus aspectos universal, integral e igualitário para todos os brasileiros.

A limitação de recursos públicos é arguida como justificativa para a negação de medicamentos de alto custo para o tratamento de pacientes oncológicos, com base nos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, acolhidos pela teoria da reserva do possível, de origem alemã.

O Brasil não tem uma legislação clara definidora de condutas para esses casos, carreando para o médico assistente uma missão extremamente

constrangedora e angustiante.

No entanto, decisões recentes do Supremo Tribunal Federal e dos tribunais regionais brasileiros sobre o tema definem ser obrigação do Estado garantir o direito à saúde, inclusive quanto ao fornecimento de medicamentos.

## **RESPOSTA À CONSULENTE**

Não há um consenso quanto à melhor conduta: atender às necessidades integrais do doente concreto, com risco de comprometer a assistência universal e igualitária da coletividade, ou fazer o contrário.

Entretanto, esse parecer conclui – sob a ótica da técnica e da ética médicas e baseado na Lei nº 12.842, publicada em julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina – pelo entendimento de que deve ser assegurada a autonomia do médico quanto à decisão do tratamento mais adequado à saúde de seu paciente, devidamente fundamentada e respeitando a autonomia do paciente, razão pela qual questões outras – econômico-financeiras, sociais ou de qualquer outra natureza – devem ser consideradas de importância secundária.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília-DF, 13 de março de 2015

LÚCIO FLÁVIO GONZAGA SILVA

*Conselheiro relator*

Parecer CFM n.º 13/2015

Processo-Consulta de 2014

Parecer Aprovado

Reunião Plenária de 13/05/2015.

## UTILIZAÇÃO DE MICROAGULHAMENTO POR PROFISSIONAIS NÃO HABILITADOS

MICROAGULHAMENTO USE BY PROFESSIONALS NOT AUTHORIZED

*Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke\**

**Palavras-chave** – *Microagulhamento, micropuntura, técnica invasiva, habilitação, toxina botulínica.*

**Keywords** – *Microagulhamento, micropuntura, invasive technique, enabling, botulinum toxin.*

### DA CONSULTA

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

*“Gostaria de tirar uma dúvida. Hoje fui informado por uma paciente que uma esteticista da cidade estaria aplicando toxina botulínica. Teoricamente esse botox estaria sendo fornecido por um clínico geral de município do interior paranaense. Ela alega executar uma técnica chamada micropuntura, mas de fato, estaria aplicando a toxina. A impressão que me passou é que ao invés de cobrar R\$900,00 por uma aplicação a cada 6 meses, estaria aplicando, mensalmente, doses menores e cobrando R\$150,00 por aplicação. O difícil, ao meu ver, seria comprovar o caso, uma vez que o médico de Assaí aplica a toxina semanalmente nessa clínica. Então, mesmo que fosse feita uma averiguação, ela poderia alegar que ela aplica a toxina botulínica, mas ele sim”.*

---

\*Conselheira parecerista do CRM-PR.

## FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A consulta foi motivada devido ao uso desta técnica por profissionais não habilitados para tal, cuja formação acadêmica não lhes faculta esta atividade.

O microagulhamento, ou micropuntura como é mais conhecido fora do meio médico, é uma terapia de indução percutânea de colágeno, a técnica provoca perfurações puntiformes na pele previamente desinfetada, podendo atingir a epiderme e a derme, com consequente sangramento, eventualmente, abundante.

De acordo com a profundidade, pode ser necessária anestesia tópica, infiltrativa ou bloqueio de ramo de tronco nervoso.

O trauma, em tese, induz neovascularização e neocolagênese. Sua utilização inclui tratamento para redução de cicatrizes, em especial, as decorrentes de acne.

A quantidade e a periodicidade das sessões dependem de cada paciente, da condição da pele e das expectativas.

O resultado clínico é variável, contudo os pacientes referem uma melhora subjetiva.

Como todo procedimento invasivo, há risco potencial de infecção bacteriana secundária, disseminação de infecções virais cutâneas e sistêmicas, hiperchromias, intoxicações, alergias e resultados inestéticos; que podem ser agravados com o uso associado de substâncias, que devem ter procedência garantida. As contraindicações devem sempre ser consideradas.

Em consulta à web, este tipo de técnica é oferecida e executada, muitas vezes, por indivíduos, sem a devida qualificação profissional, e em locais, sem a devida licença sanitária, para realização de procedimentos invasivos ou com uso de anestésicos.

Complementarmente ao parecer emitido pela Câmara Técnica de Dermatologia do CRM-PR, transcrevo o Parecer CFM nº 05/2015, que trata da prática de procedimentos invasivos por profissionais não médicos.

*“Ab initio, de acordo com a temática apresentada, deve-se esclarecer que procedimentos invasivos são aqueles que provocam o rompimento das barreiras naturais ou penetram em cavidades do organismo, abrindo uma porta ou acesso para o meio interno.*

*Atualmente, há lei federal que regula a prática de tais procedimentos, qual seja a Lei nº 12.842/13, denominada de lei do ato médico, a qual estabelece que a prática de tal atividade é privativa de profissional médico. Nesse contexto, há que se ressaltar*

*que na lei do ato médico não existe diferença entre procedimentos invasivos ou minimamente invasivos. Nos termos da lei, o fato de ser minimamente invasivo não torna o ato legal ou menos invasivo. Assim sendo, o ato invasivo é um ato privativo do médico, sendo vedada a sua prática por profissionais de outras profissões que não tenham lei própria autorizadora. Assim, é possível concluir que somente o médico é o profissional habilitado, por lei, para a realização de “indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias”.*

*O problema é que na ausência de lei específica, criou-se uma cultura, incitada pelas demais profissões da área da saúde, de que na inexistência de lei específica, qualquer profissional poderia realizar os atos que a Lei nº 12.842/13 estabeleceu como sendo exclusivo da medicina. Salta aos olhos entendimentos flagrantemente imparciais e redondamente equivocados e tendenciosos no sentido de que procedimentos “minimamente” invasivos podem ser praticados por biomédicos, fisioterapeutas e, agora, os supostos “dermatocistas”. Insista-se que esse entendimento, além de antijurídico, é tendencioso e facilmente contraposto, com base no texto legal que aprovou o ato médico no Brasil. Outra conclusão que deve obrigatoriamente ser ressaltada é que o simples fato de algumas atividades não terem sido arroladas como privativas de médicos não autorizam, automaticamente, outros profissionais a realizá-las.*

*A Administração Pública deve obediência ao Princípio da Legalidade (Art. 37, CF/88) e, nessa ótica, somente é permitida a cada um dos profissionais integrante de profissões regulamentadas a realização de atos prévia e expressamente autorizados em lei, formal e materialmente aprovada pelo Poder do Legislativo Federal, não podendo uma simples norma administrativa (resolução) avançar nesse campo específico.*

*... A atuação das entidades que disponibilizam os cursos ... estão infringindo o disposto na Lei nº 12.842/2013, ao oferecerem programa de treinamento que contém tratamentos invasivos.*

*Além disso, os atos praticados pelas pessoas que se submetem a tais cursos, bem como por seus tutores que não forem médicos, poderão, em tese, ser considerados como exercício ilegal da medicina, eis que sua atuação, inexoravelmente, redundará na prática de indicação ou execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, conduta esta limitada aos profissionais médicos com regular registro perante os Conselhos de Medicina, conforme disposição legal.*

*Conforme previsto na Lei nº 12.842/13, em seu art. 4º, “são atividades privativas do médico: III - indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias’. Portanto, os tratamentos estéticos invasivos devem ser feitos por médicos e é essa a orientação do Conselho Federal de Medicina à sociedade”.*

## **CONCLUSÃO**

Em que pese os poucos estudos científicos sobre microagulhamento e os níveis de evidência e validade dos resultados pouco significativos dentro da prática clínica baseada em evidência, ainda assim, consideramos que o microagulhamento por ser um procedimento invasivo é de competência do médico, que é o profissional que melhor avalia a indicação, as contraindicações, os efeitos colaterais e maneja as eventuais complicações. Portanto, os tratamentos estéticos invasivos são de competência do médico, e é essa a orientação do CRM-PR, em conformidade com o parecer do CFM.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 04 de maio de 2015.

CONS.<sup>a</sup> EWALDA VON ROSEN SEELING STAHLKE

*Parecerista*

Processo-consulta CRM-PR n.º 56/2014

Parecer CRM-PR n.º 2492/2015

Parecer Aprovado

Reunião Plenária n.º 3811 de 04/05/2015.

## REPRODUÇÃO ASSISTIDA: PACIENTE COM 56 ANOS, INFERTILIDADE PRIMÁRIA E RESPONSABILIDADE TOTAL DO MÉDICO

ASSISTED REPRODUCTION: PATIENT 56, PRIMARY INFERTILITY  
AND FULL RESPONSIBILITY OF THE PHYSICIAN

*Roberto Issamu Yosida\**

**Palavras-chave** – *Reprodução assistida, infertilidade, doação de óvulos, gestação.*

**Keywords** – *Assisted reproduction, infertility, ovule donation, pregnancy.*

### CONSULTA

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

*“Venho por meio desta, fazer a solicitação de parecer do CRM-PR para realização de procedimento de Reprodução Humana Assistida em paciente maior de 50 anos”.*

*“A paciente XX, 56 anos, empresária, residente em XX-PR, casada há 13 anos com XXX, 51 anos, também residente em XX, procurou nosso estabelecimento vislumbrando a possibilidade de gerar um filho”.*

*“Foi orientado o tratamento de Reprodução Humana Assistida, uma vez que ela apresenta Infertilidade Primária, sendo que a paciente não possui filhos, nem o esposo”.*

---

\*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

*“A paciente passou por avaliação neurológica e avaliação geral cardiológica apresentando bom estado de saúde, conforme laudos apresentados”.*

*“XX, a paciente, tem 56 anos de idade e por tal motivo, solicitamos o parecer do CRM-PR, para autorizar o procedimento de Reprodução Humana Assistida, no presente caso”.*

*“Existe, por parte de todos os envolvidos, conhecimento da legislação (foram informados), e eles estão de acordo com a realização do procedimento”.*

*“Solicitamos parecer para a realização, obtendo os devidos consentimentos informados”.*

*“A paciente XX necessita de óvulos doados para conseguir a gestação, sendo utilizada a técnica de doação compartilhada, na qual um casal anônimo, sem vínculo de parentesco, está em tratamento, sendo que a mulher tem menos de 35 anos e possui uma quantidade de óvulos suficientes para repartir e fazer a fertilização In Vitro para ambas”.*

## **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

A Resolução CFM 2013/2013 é o marco regulatório da Reprodução Assistida no Brasil. Fixou novos parâmetros, conforme as demandas sociais e a modificação legal de conceitos da entidade familiar. Permitiu o uso de técnicas por homoafetivos e o descarte de embriões criopreservados com mais de 5 (cinco) anos, se esta for a vontade dos pacientes, e não apenas para pesquisas de células-tronco, conforme previsto na Lei de Biossegurança.

Note-se que a intenção da norma visa proteger as pessoas participantes do processo da reprodução assistida. As técnicas de reprodução assistida podem ser utilizadas, desde que exista probabilidade efetiva de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para a paciente ou para o possível descendente, e a idade máxima é de 50 anos.

Em suma, é o que rege os procedimentos na Reprodução Assistida, que permitem a adoção de regras e fixa limitações.

Cumprir informar que esta Resolução tem como objetivo harmonizar a utilização das técnicas com os princípios da ética médica, sempre com o respeito ao direito da objeção de consciência do médico.

## CONCLUSÃO

A solicitação do parecer visa a concessão de permissão para o uso de técnicas de Reprodução Assistida, em pessoas com idade superior à determinada pela Resolução.

No que se refere à idade do casal, observa-se que ela tem 56 anos e ele 51 anos, considerando que a Resolução estabelece o limite máximo de 50 anos.

Portanto, a regra é clara e estabelece o limite, visto que o objetivo da limitação é a proteção dos participantes, sob o aspecto médico.

A responsabilidade do médico é pessoal e total em procedimentos de Reprodução Assistida, independente da análise do Conselho Regional de Medicina do Paraná, pois ao médico cabe a avaliação das condições clínicas e das consequências, decorrentes dos procedimentos.

Tendo em vista o olhar da ética médica, e em consonância com a Resolução 2013/2013, recomendo a não realização do procedimento.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 9 de fevereiro de 2015.

Cons.º ROBERTO ISSAMU YOSIDA

*Conselheiro parecerista*

Processo Consulta n.º 57/2014

Parecer CRM-PR n.º 2487/2015

Parecer Aprovado

Reunião Plenária n.º 3722, de 09/02/2015.



*Dr. Paulo de Tarso Monte Serrat com a filha médica, Dra. Maria Cecília Monte Serrat Titton, na solenidade do Dia do Médico de 1999, em seu Jubileu de Ouro.*

## DEIXO AQUI OS MEUS ÚLTIMOS DESEJOS

I LEAVE HERE MY LAST WISHES

*Paulo de Tarso Monte Serrat\**

**Palavras-chave** – *Humanidade, memória, carta, vida, morte.*

**Keywords** – *Humanity, memory, letter, life, death.*

---

\* Médico psiquiatra (CRM-PR 1.000), falecido aos 91 anos em 15 de setembro de 2014, cinco anos depois da carta registrando seus últimos desejos. Um pouco da trajetória do ilustre médico pode ser conferido em: <http://www.crmpr.org.br/Medicina+enlutada+Dr+Paulo+de+Tarso+Monte+Serrat+psiquiatra+11+28827.shtml>

Curitiba, 17 de agosto de 2009.

Primeiro: Desejo que meu corpo seja cremado.

Segundo: No velório, juntamente com a caracterização dos meus “anjos afetivos” desejo homenagear 2 poetas populares que considero Profetas do Futuro da Humanidade: - Noel Rosa e “Gonzaguinha”.

Como o primeiro, também, “não quero choro, nem velas”. Quero uma fita verde e amarela, para testemunhar as emoções que sempre senti quando os vigorosos atletas brasileiros venciam as competições e desfraldavam a nossa gloriosa Bandeira, ou quando no início das reuniões do Rotary, os dedicados companheiros entoavam o hino à Bandeira nosso “lindo pendão da Esperança!”, reverenciando o querido símbolo que preside todas as reuniões rotárias.

Ao centro dessa faixa que pode ter 1 metro a 1 metro e meio de comprimento por 10 a 15 centímetros de largura, em caracteres azuis: - HUMANIDADE, para evidenciar o “Grande Ser” fruto da profunda fé religiosa que apoiou e orientou toda conduta de minha vida adulta. Na extrema esquerda verde, com caracteres brancos, minha homenagem ao Passado afetivo:- Benedita e Suzana. Na extrema direita verde, minha homenagem ao Futuro:-Lúcia, Laura,Ticha, Helô, Beia, Susi, Nilda, Diva, e Bel , também em caracteres brancos.

Em cima da palavra HUMANIDADE a figura feminina que simboliza o Presente e que me presenteou com o precioso Futuro que enriquece a extrema direita dessa faixa: - ISIS, também em caracteres brancos. Na extrema esquerda amarela, e, caracteres verdes a frase de Noel Rosa:- “... não quero choro nem vela...” e na extrema direita amarela, em caracteres verdes a frase do genial “ Gonzaguinha”:- “ ... a vida devia ser bem melhor e Será!”

Justificativa de porque “não quero choro”: Os que me conhecem mais profundamente sabem que encaro a morte com muita naturalidade e estou convencido que a morte da vida extra-uterina é tranquila e agradável. Um considerável número de pessoas teme a morte por identificá-la com a angustiante “morte” da vida intrauterina. As expressões “entrar pelo cano”, simbolizando sofrimento, e “ver a luz no final do túnel”, simbolizando esperança, derivam da memória fetal, pois,

todas as entendem e, depois do nascimento, evidentemente, ninguém entra por nenhum cano!

Porque "... nem vela"? Minhas convicções religiosas caracterizam que após a morte não mergulhamos em trevas que exijam a luz da vela para clarear a caminhada espiritual, mas estaremos tranquilos na clara lembrança das pessoas que amamos e que continuam nos querendo bem, mesmo após nosso fenecer biológico.

Observação: quero na mão esquerda o Catecismo Positivista e na mão direita o livro "A arte de Amar", do Erich Fromm. Devem ser retirados somente na hora da cremação.

A faixa sobre o corpo durante o velório deverá depois da cremação, envolver a pequena urna com os restos mortais e ser depositada no túmulo da família.

Foi muito bom viver com vocês, com nossa querida Família e com os alunos, clientes e prezados amigos de nossa amada Pátria! Que a Humanidade continue iluminando seus corações!

***"Uma carta e desejos muito conscientes deste grande colega, que soube sempre dignificar a pessoa e o médico."***

EHRENFRIED O. WITTIG



*Casa dos Gomm na versão original. No detalhe,  
já remanejada para outra parte do terreno.*



**LUIA BUENO GOMM**  
**A CASA, O BOSQUE, A PRAÇA.**

LUIA BUENO GOMM  
THE HOME, GROVE, SQUARE.

*Ehrenfried Othmar Wittig\**

**Palavras-chave** – *Família Gomm, Casa do Batel, liderança, aviadora, condecoração.*

**Keywords** – *Family Gomm, House of Batel, leadership, aviation, condecoration.*

Falar sobre a família Gomm em Curitiba nos abriga a tecer considerações sobre a Sra. Luisa Bueno Gomm, especialmente. A família Gomm, entre outras circunstâncias, foi conhecida e admirada pela “Casa do Batel”, construída em 1913 com vasto bosque e, mais recentemente, marcada pela praça em frente de onde residiam os seus integrantes.

Luisa Bueno Gomm era uma mulher poliglota, falando seis idiomas, fluentemente. Foi sempre muito destacada pelas suas várias atividades sociais e pela atuação do seu pai, o diplomata inglês Lucillo Bueno.

---

\* Diretor do Museu de História da Medicina da Associação Médica do Paraná.



*Retrato dos filhos de Míster Gomm. Aparece Cosme, herói na Segunda Guerra como comandante de bombardeios sobre a Alemanha e piloto da RAF que foi morto em combate. Ainda as duas irmãs, Consuelo e Patrícia, o mais velho Harry Blass e os mais novos Winston e Percival. Em foto dos anos trinta (Acervo Cid Destefani).*

Henry Blas Gomm, um industrial da madeira e mate e cônsul inglês, casou com Isabel Withers, tendo seis filhos; deles, Harry Blass Gomm, casado com Luisa Bueno Gomm (1911-1986).

Henry (1867-1929) e Isabel (1885-1977) construíram a famosa casa do bairro e depois Avenida do Batel - de madeira nobre, rodeada por um espetacular bosque com restos da mata Atlântica, em terreno adquirido entre 1906 e 1913. Foi nessa casa que a família celebrou, em tempo real, no início dos anos 50, a coroação da Rainha Elizabeth II.

Como dizia o seu neto Maurício Gomm Santos, "Luisa sempre foi uma mulher a frente de seu tempo" e que dizia que "o importante desta vida é fazer algo pela vida em vida".

Luisa Gomm foi a primeira mulher a tirar o brevê de aeronáutica no Paraná. Sagrou-se a primeira campeã de golfe no Estado. Praticava tênis, esgrima e equitação. Após ser aviadora, freqüentava a fazenda da família em Piraí do Sul.

Como aviadora, empenhou-se em construção dos campos de pouso em diversos locais e estados. Também idealizou a organização de postos de assistência sanitária, para proporcionar auxílio médico às populações rurais, modelo copiado em vários estados, pois a população apresentava dificuldades e limitações de transporte.

Ainda como aviadora, em 1949 ela foi escolhida para conduzir o avião italiano "Angelo Del Bimbi", que atravessou o Atlântico com fins humanitários.

Em 1967, o governo italiano condecorou-a com a “Ordem de Mérito Civil”, no grau de cavaleiro.

Como “General Manager of the Art for World Friendship of Brasil”, promoveu intercâmbio de arte com crianças brasileiras. Durante o I Congresso Florestal Brasileiro, teve aprovada a sua tese “Da necessidade de medidas práticas na Política Florestal”.

Durante a II Guerra Mundial, participou da 1.ª Turma de Samaritanas da Escola de Enfermagem Isabel Withers Gomm, em Curitiba, e com sua destacada atuação

reconhecida ao receber a “Medalha de Prata da Roja Espanhola” e a “Medalha de Mérito da Cruz Vermelha do Paraná”.

Em 1964, foi incluída entre as mulheres líderes do Brasil, convidada pelo governo dos EUA para visitar o país. Naquele ano, o então governador Ney Braga convidou-a para o cargo de Chefe do Cerimonial do Palácio Iguçu.

A residência da família Gomm era uma bela mansão construída em estilo norte-americano. Em 6 de abril de 1987, o Conselho Estadual do patrimônio Histórico e Artístico aprovou o tombamento da casa de madeira, bosque, jardins e propriedade para preservação para o futuro da beleza do conjunto. Contudo, como sempre, as regras do patrimônio público têm fragilidades e preço. Este fato permitiu a venda e a compra do conjunto, promovendo a transferência da casa para parte posterior do terreno. Na parte anterior foi construído mais um shopping, no lugar de um belo museu. Nesse casarão o Prof. Dr. João Manuel Cardoso Martins tinha seu consultório antes da venda.





# 26°

## CONCURSO DE MONOGRAFIAS

### sobre Ética Médica, Bioética e Profissão Médica

T E M A 2015

## O PARTO

### Como harmonizar ciência e ética?

**Inscrições até 10 de agosto de 2015**
**IMPORTANTE**

As monografias participantes devem ser inéditas, podendo ter mais de um autor. O conteúdo deve seguir as normas da ABNT e conter entre 35 mil e 55 mil caracteres com espaços, sendo que pode apresentar, a título de exemplo, material ilustrativo.

**QUEM PODE PARTICIPAR**

O Concurso de Monografias do CRM-PR é aberto a todos os cidadãos brasileiros, independentemente de formação ou profissão. As normas para identificação do autor estão contidas no regulamento.

**INSCRIÇÕES**

O prazo final para entrega dos trabalhos é 18h do dia 10 de agosto de 2015, tendo validade o material protocolado na sede ou Delegacia Regional do CRM-PR ou postado via Correios até esta data e horário.

**DIREITOS AUTORAIS**

Os participantes ficam cientes da cessão de direitos autorais para que o CRM-PR possa divulgar as monografias nos meios de que dispõe, como forma de contribuição à ciência, à Medicina e à sociedade, sendo vedado ao promotor do concurso fazer uso dos trabalhos visando lucro.

**DIVULGAÇÃO DO RESULTADO**

A decisão da Comissão Julgadora será apresentada no final de setembro, sendo que a premiação ocorrerá durante os festejos do Dia do Médico, em outubro.

**PREMIAÇÃO**

A monografia classificada em primeiro lugar receberá o prêmio de **R\$ 7.500,00\***, cabendo ao segundo lugar, se escolhido, premiação no valor de **R\$ 3.000,00\***, além de certificado pela contribuição à atividade médica. Poderá, ainda, ser concedida "Menção Honrosa" a outros trabalhos, conforme decisão da Comissão Julgadora\*\*.

\* O CRM-PR informa que incidirá descontos de impostos previstos em Lei (IRRF e INSS) sobre os valores pagos aos premiados.

\*\* A Comissão Julgadora poderá, a seu exclusivo critério, deliberar pela não premiação de qualquer das monografias apresentadas se considerar que não atendem aos méritos desejados ou, ainda, atribuir "Menção Honrosa" a outras monografias que julgar merecedoras. Das decisões da Comissão Julgadora não caberão recursos.

Confira o regulamento do Concurso (Resolução CRM-PR 186/2012) no site do CRM-PR.

[www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br) | (41) 3240-4000 | Dúvidas podem ser encaminhadas ao e-mail [comunicacao@crmpr.org.br](mailto:comunicacao@crmpr.org.br)



XI CONGRESSO BRASILEIRO DE

# BIOÉTICA

Bioética e Desigualdades

III CONGRESSO BRASILEIRO DE BIOÉTICA CLÍNICA

III CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE ENSINO DA ÉTICA

[www.congressobrasileirobioetica.com](http://www.congressobrasileirobioetica.com)

16 a 18/09/2015 | CURITIBA | CAMPUS DA PUCPR | BLOCO AMARELO

15/09 - PRÉ-CONGRESSO

**Você já enviou seu trabalho?**

**Não perca a oportunidade com os novos prazos!**

**NOVA DATA LIMITE PARA ENVIO DOS TRABALHOS: 15/08**

**NOVA DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DA AVALIAÇÃO: 30/08**

Para informações complementares, por favor, contate:

[congressobioetica@unicacuritiba.com.br](mailto:congressobioetica@unicacuritiba.com.br)

ISSN 2238 - 2070

# ARQUIVOS

do Conselho Regional  
de Medicina do Paraná

---

