



ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

v. 32 - n. 127 - Jul/Set - 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*
cqp@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 ^a .	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	José Clemente Linhares
Afrânio Benedito Silva Bernardes	Julierme Lopes Melinger
Alceu Fontana Pacheco Júnior	Keti Stylianos Patsis
Alexandre Gustavo Bley (<i>licenciado em 26/03/14</i>)	Lizete Rosa e Silva Benzoni
Álvaro Vieira Moura	Lutero Marques de Oliveira
Carlos Roberto Goytacaz Rocha	Marco Antônio do Socorro M. R. Bessa
Cecília Neves de Vasconcelos Krebs	Marília Cristina Milano Campos de Camargo
Clóvis Marcelo Corso	Maurício Marcondes Ribas
Cristina Aranda Machado	Mauro Roberto Duarte Monteiro
Donizetti Dimer Giamberardino Filho	Nazah Cherif Mohamad Youssef
Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke	Paulo Cesar Militão da Silva
Fábio Luiz Ouriques	Regina Celi Passagnolo Sérgio Piazzetta
Fernando Cesar Abib	Roberto Issamu Yosida
Gisele Cristine Schelle	Rodrigo Lucas de Castilhos Vieira
Gláucia Maria Barbieri	Tânia Maria Santos Pires Rodrigues
Gustavo Justo Schulz (<i>licenciado em 30/04/14</i>)	Teresa Cristina Gurgel do Amaral
Hélcio Bertolozzi Soares	Thadeu Brenny Filho
Jan Walter Stegman	Viviana de Mello Guzzo Lemke
Jeziel Gilson Nikosky	Wilmar Mendonça Guimarães
José Carlos Amador	Zacarias Alves de Souza Filho

MEMBROS NATOS

Duilton de Paola
Farid Sabbag
Luiz Carlos Sobânia
Luiz Sallim Emed
Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Hélcio 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

REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

O texto publicado assinado nos "Arquivos", só poderá ser reproduzido ou transcrito, em parte ou no todo, com a permissão escrita da revista e autor e citação da fonte original.

RESPONSABILIDADE

Os conceitos expressos nos artigos publicados e assinados são de responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente o pensamento ou orientação do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

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

NORMAS PARA OS AUTORES

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

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

Título – sintético e preciso, em português e inglês.

Autor(es) – nome(s) e sobrenome(s).

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

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

Procedência – O nome da instituição deve ser registrado no rodapé da primeira página, seguindo-se o título ou grau e a posição ou cargo de cada autor e, embaixo, o endereço postal e eletrônico para correspondência do primeiro autor.

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

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

Referências – devem ser limitadas ao essencial para o texto. Numerar em ordem seqüencial de citação no texto. A forma de referência é a do Index Medicus. Em cada referência deve constar:

Artigos – autor(es) pelo último sobrenome, seguido das iniciais dos demais nomes em letra maiúscula. Vírgula entre cada autor e ponto final após os nomes.

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

Título do trabalho e ponto. Periódico abreviado pelo Index Medicus, sem ponto após cada abreviatura, mas ponto no final. Ano, seguido de ponto e vírgula. Volume e dois pontos, página inicial - final, ponto.

Livros – autor(es) ou editor(es). Título; edição se não for a primeira. Cidade da editoração. Ano e página inicial-final.

Resumo(s) – autor(es), título seguido de abstract. Periódico, ano, volume, página(s) inicial-final. Quando não publicado em periódico: publicação, cidade, publicadora, ano, página(s).

Capítulo do livro – autor(es). título. editor(es) do livro. Cidade de edição, página inicial e final citadas.

Exemplo: Werneck LC, Di Mauro S. Deficiência Muscular de Carnitina: relato de 8 casos em estudo clínico, eletromiográfico, histoquímico e bioquímico muscular. Arq Neuropsiquiatr 1985; 43:281-295.

É de responsabilidade do(s) autor(es) a precisão das referências e citações dos textos.

ÍNDICE REMISSIVO

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos dos primeiros 50 números, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após, no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page www.crmpr.org.br Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em biblioteca@crmpr.org.br ou por telefone 0xx41 3240-4000.

ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

FICHA CATALOGRÁFICA

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, 2015;32(126):141-196

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 Migliorini

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 Zaiinos
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 Vielmo

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

PARANAVÁ

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 Baldanzi
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 Taulil
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
Osvaldo Martins de Queiroz Filho
Silvio Roberto Correa

SUMÁRIO

ARTIGOS ESPECIAIS

Assume uma nova diretoria do CRM-PR <i>Luiz Ernesto Pujol</i>	152
Os desafios da Medicina na América Latina <i>Carlos Vital Tavares Corrêa Lima</i>	154
Qualificar a saúde, o grande desafio <i>Rogério Wolf de Aguiar</i>	157

RESOLUÇÃO CFM

Divulgação de assuntos médicos. Atualização <i>CFM</i>	160
Normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida <i>CFM</i>	166
Interdição ética do exercício profissional <i>CFM</i>	174

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina do Paraná

PARECER CFM

A técnica de Ortoceratologia é reconhecida cientificamente e possui eficácia comprovada

José Fernando Vinagre 177

Desligamento do suporte ventilatório invasivo após 24 horas do diagnóstico de morte encefálica em não doador, mesmo que a família não autorize

Jeancarlo Fernandes Cavalcante 182

PARECER CRM-PR

Interrupção de gestação com indícios de síndrome de *body-stalk*

Regina Celi Passagnolo Sérgio Piazzetta 184

Capnografia. Sedação, monitorização obrigatória e ressonância magnética

Clovis Marcelo Corso 187

Conduta médica para casos de anidramnia

Regina Celi Passagnolo Sérgio Piazzetta 191

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Beatificação da Dra. Zilda Arns Neumann

Ehrenfried Othmar Wittig 193

ASSUME UMA NOVA DIRETORIA DO CRM-PR

TAKES ON A NEW BOARD OF THE CRM-PR

*Luiz Ernesto Pujol**

Palavras-chave – *Conselho, presidência, representatividade, objetivos.*

Keywords – *Advice, presidency, representativeness, goals.*

A honra conferida a mim, para presidir esta Instituição nos próximos 20 meses, vem carregada de expressiva responsabilidade, principalmente no atual momento político em que nos encontramos, no qual foi orquestrada uma imagem denegrida de nossa profissão e adoção de políticas públicas na área de saúde que sucatearam, como nunca e a todos os níveis, os sistemas de recuperação da saúde disponibilizados à população.

Tenho ciência de que serão muitos os obstáculos a serem superados para que possamos resgatar a dignidade da medicina e recuperarmos a merecida qualidade dos serviços de saúde deste País. É chegado o momento no qual cada um dos médicos deve assumir o seu papel e a sua efetiva participação em prol de seus direitos e deveres perante a sociedade.

* Presidente do CRM-PR, em seu discurso de posse em 1.º de junho de 2015 para cumprir mandato até 31 de janeiro de 2017.

Para essa função, comprometo-me à função precípua de fazer com que sejam cumpridos os princípios de nosso Código de Ética, sendo então justificáveis as punições aos médicos sob a estrita e minuciosa análise que comprove a denúncia de agravo ser passível de penalização e, no que possibilita a Lei, interferir legal e politicamente sobre as eventuais incoerências das determinações dos gestores públicos.

Nesta perspectiva, imbuído em zelar pela retidão de conduta em todas as decisões, mantereí um princípio sedimentados por longos anos de vida: "Fazer a coisa certa simplesmente porque é a coisa certa a fazer, sem considerar nenhuma outra espécie de motivo". Assim, concederei meu apoio a tudo aquilo que é benéfico à classe médica e à população, segundo a ética e a legalidade; e contestarei o que se mostrar contrário a tal.

Aproveito este momento singular, em que assumo tão ilustre cargo, para externar elogios aos gestores anteriores e reafirmar que, como tradição de Nossa Casa, a porta deste Conselho estará aberta a todos os médicos para que, em uníssono, manifestemos nossa crítica de modo construtivo e que a mesma não possa ser tomada como detração, nossa lúcida resistência às injustiças, de forma a não caracterizar traição; e nossa insurreição baseada em ponderações tão claras e sustentáveis que não configure afronta.

Portanto, o diálogo honesto no que tange aos propósitos comuns, acredito, será o marco do início de mudanças, renovando a missão de realizar o que a Lei que instrui os Conselhos de Medicina assevera: "Zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente".

OS DESAFIOS DA MEDICINA NA AMÉRICA LATINA

THE MEDICINE CHALLENGES IN LATIN AMERICA

*Carlos Vital Tavares Corrêa Lima**

Palavras-chave – *Assistência, saúde pública, médicos, gestão, política, dignidade, futuro.*

Keywords – *Assistance, public health, medical, management, politics, dignity, future.*

As 569 milhões de pessoas dos 20 países da América Latina compartilham, nos tempos contemporâneos, as fronteiras da solidariedade e da fraternidade e têm na raiz latina de suas línguas pátrias a principal característica de união sociocultural.

A origem linguística dessa população - distribuída do norte do México, em seu limite territorial com os Estados Unidos, ao extremo sul do Chile, separado pelo mar do Continente Antártico - não é o único traço comum dessa gente de índole forte e aguerrida.

A coligação desses povos transparece também nos processos de ocupação colonial de suas terras, na busca de sustentável desenvolvimento econômico e em suas evoluções éticas e morais. Torna-se ainda mais evidente pela instabilidade política, determinante de lutas por sólidas democracias.

*Presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Nessa instabilidade política, destacam-se nas sociedades latino-americanas os desrespeitos e vilipêndios à dignidade humana, lastro dos Estados Democráticos de Direito. Em decorrência, os esforços envidados pela erradicação do subdesenvolvimento, da desigualdade social e da concentração de renda têm sido desperdiçados, por disputas de poder, em processos eleitorais e autocráticos, com maiores repercussões negativas na assistência à Saúde Pública.

Tais repercussões assistenciais foram confirmadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em suas observações e experiências institucionais no âmbito da Confederação Médica Latino-Americana e do Caribe (Confemel), que congrega entidades dos países dessas regiões.

O pouco comprometimento do Estado com o custeio e o investimento na atenção à Saúde, como ocorre no Brasil, onde o Governo participa apenas com 46% dos recursos aplicados no gasto sanitário total, explica, nos países da América Latina, a falta de insumos, medicamentos, equipamentos e infraestrutura física em postos e hospitais da rede pública.

Outras semelhanças são a má gestão e a corrupção, como registradas em relatório do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), publicado em 2002; após análise de casos na Argentina, Bolívia, Colômbia, Costa Rica, Nicarágua, Peru e Venezuela. Essas distorções continuam, com sucessivas repetições, até os dias de hoje, e são denunciadas pela Justiça e nas manchetes da imprensa internacional.

A incapacidade de controle e avaliação é outra incompetência que permeia as gestões governamentais dos países latino-americanos, a exemplo do recente descontrole e inércia administrativa no Brasil que transparecem nas ações do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), conforme se depreende de recente auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU), na qual ficou demonstrado o seu uso demagógico e eleitoral.

Pode-se incluir no capítulo das verossimilhanças no continente latino-americano mais atitudes predatórias dos legítimos interesses dos seus povos, como o desprezo pelo qualificado exercício da medicina, nitidamente visível nas políticas de governos ideológicos, que de forma enganosa, transferem suas responsabilidades à classe médica. A transferência dessas responsabilidades conta com o apoio de publicidades maquiavélicas, a exemplo da promoção populista do programa Mais Médicos, e as ações predatórias se intensificam com a adoção de medidas como a

abertura indiscriminada de novas escolas de graduação e residência médica, sem as condições necessárias aos seus objetivos. São ações antidemocráticas, tais quais as alterações das diretrizes curriculares dos cursos de Medicina instituídas pela Lei nº 12.871, aqui, abaixo da Linha do Equador, sem qualquer debate com os docentes, discentes e entidades de classe.

No Brasil, o CFM, entre outras iniciativas de cidadania contra os fisiologismos e as ilicitudes, começa a desenvolver, em parceria com a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), o Sistema de Acreditação de Escolas Médicas (Saeme), em tentativa de contribuição ao ensino de uma profissão na qual se lida com valores absolutos, com a manutenção da dignidade, da vida e da saúde do ser humano.

Em síntese, esses são dilemas correntes nos países da América Latina. As suas superações são indispensáveis à constituição de um futuro melhor, a ser construído com o protagonismo da sociedade civil organizada e ampla participação dos médicos.

QUALIFICAR A SAÚDE, O GRANDE DESAFIO

QUALIFYING HEALTH, THE BIG CHALLENGE

Rogério Wolf de Aguiar*

Palavras-chave – *Assistência, desafios, recursos, pacto, corrupção.*

Keywords – *Assistance, challenges, resources, covenant corruption.*

A saúde enfrenta uma de suas piores crises. Os meios de comunicação seguidamente escancaram problemas graves. Em linhas gerais são os mesmos de sempre, com um diferencial: os problemas estão acentuados, e nada indica que possa ocorrer uma estagnação, muito menos uma reversão de expectativa.

Continuam faltando leitos – e sempre mais –, as dificuldades para realização de exames só aumenta, assim como a cada ano as filas para procedimentos cirúrgicos, em regra, estão cada vez mais longas. Dramas que se arrastam sem perspectiva de solução em curto prazo.

A falta de leitos e, mais grave, o fechamento de hospitais repercute diretamente nos serviços de urgência e emergência. A superlotação, que há alguns anos ainda inspirava manchetes nos jornais, ficou tão corriqueira que hoje é praticamente nota de rodapé. As emergências estão sempre superlotadas, sobrecarregando médicos

*Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul (Cremers).

e dificultando um atendimento de melhor qualidade aos pacientes.

Os relatos dos nossos delegados seccionais durante encontro realizado em abril, no Cremers, contribuiu para confirmar que as mazelas da saúde nos municípios gaúcho, independente de região, são por demais preocupantes.

Nossos representantes no Interior traçaram um panorama assustador. Hospitais fechando, assistência reduzida, falta de médicos e de outros profissionais da saúde, más condições de trabalho. Enfim, um panorama sombrio e preciso de médicos que vivenciam diariamente essa dura realidade.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e os serviços de urgência hospitalares, poderiam ajudar a melhorar o atendimento. As primeiras foram inauguradas no Estado em 2011, mas boa parte continua em construção e pelo menos 15 unidades estão concluídas, mas seguem, lamentavelmente, de portas fechadas.

Uma auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU), realizada em todo o país, constatou que 95% das obras em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) encontram-se atrasadas.

A causa é aquela que permeia os diversos problemas que resultam nesse serviço público de saúde de um modo geral precário e cruel: o subfinanciamento, a falta de recursos. É claro que fazer saúde custa caro e não há dúvida de que falta dinheiro para movimentar essa engrenagem complexa, mas é preciso admitir que em algumas situações o problema é agravado por gestões pouco eficientes. Não podemos ignorar, ainda, que parte dos recursos, além de mal administrada, inclusive por quem tem a chave do cofre, o governo federal, se esvai nos descaminhos da corrupção.

No centro de tudo isso, no olho do furacão, está o médico. Foi dele que a presidente da República lembrou, em junho de 2013, na tentativa de acalmar a população que tomava as ruas, ao anunciar que o Brasil importaria milhares de médicos. Poucos dias depois, o governo oficializava o programa Mais Médicos – em gestação há mais tempo, na verdade –, como se os infortúnios da saúde no País se resumissem a carência de médicos. Hoje, dois anos depois, o que se vê é a saúde brasileira rumo à UTI.

O fato é que precisamos enfrentar essa realidade. Para isso, consideramos fundamental que todos estejamos unidos na busca de soluções para impedir que o sistema entre em colapso. Em relação aos médicos, temos de continuar defendendo um plano de carreira médica no SUS, além, é evidente, de lutar por um imediato reajuste na tabela do SUS. Estudo recente do CFM aponta que a remuneração média paga pelos planos de saúde chega a ser 1.284% maior do que os honorários recebidos por profissionais de hospitais conveniados ao SUS.

Por tudo isso é que propomos um pacto pela saúde, com cada entidade ou segmento mantendo suas prerrogativas, mas todos juntos trabalhando por um serviço de saúde mais digno e resolutivo.



Quando uma criança desaparece leva toda a alegria junto com ela

Médico e profissional de saúde, seu olhar atento pode
trazer uma criança desaparecida de volta para casa.



CFM | CRM-PR
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Acesse: portal.cfm.org.br

DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS. ATUALIZAÇÃO

MEDICAL AFFAIRS RELEASE. UPDATE

CFM*

Palavras-chave – *Propaganda em Medicina, sensacionalismo, autopromoção, limitações, anúncios, atualização.*

Keywords – *Advertising Medicine, sensationalism, self-promotion, limitations, ads, update.*

RESUMO

Altera as alíneas “c” e “f” do art. 3º, o art. 13 e o anexo II da Resolução CFM nº 1.974/11, que estabelece os critérios norteadores da propaganda em Medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria.

RESOLUÇÃO CFM N.º 2.126/2015

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

*Conselho Federal de Medicina.

CONSIDERANDO o disposto no inciso X do artigo 5º da Constituição Federal “são invioláveis a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”;

CONSIDERANDO o disposto na Lei nº 12.842/13, em seu artigo 7º, que atribui ao Conselho Federal de Medicina o papel de definir o que é experimental e o que é aceito para a prática médica;

CONSIDERANDO que as mídias sociais ganharam enorme expressão na área da divulgação de assuntos médicos;

CONSIDERANDO finalmente, o decidido na sessão plenária de 16 de julho de 2015,

RESOLVE:

Art. 1º – Alterar as alíneas “c” e “f” do artigo 3º da Resolução CFM nº 1.974/11, que passam vigorar com a seguinte redação:

Art. 3º É vedado ao médico: (...)

c) Participar de anúncios de empresas comerciais ou de seus produtos, qualquer que seja sua natureza, dispositivo este que alcança, inclusive, as entidades médicas sindicais ou associativas;

f) Fazer propaganda de método ou técnica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina como válido para a prática médica;

Art. 2º – O artigo 13 da Resolução CFM nº 1.974/11 passa vigorar com a seguinte redação:

Art. 13 As mídias sociais dos médicos e dos estabelecimentos assistenciais em Medicina deverão obedecer à lei, às resoluções normativas e ao Manual da Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame).

§1º Para efeitos de aplicação desta Resolução, são consideradas mídias sociais: *sites, blogs, Facebook, Twitter, Instagram, YouTube, WhatsApp* e similares.

§2º É vedada a publicação nas mídias sociais de autorretrato (*selfie*), imagens e/ou áudios que caracterizem sensacionalismo, autopromoção ou concorrência desleal.

§ 3º É vedado ao médico e aos estabelecimentos de assistência médica a publicação de imagens do “antes e depois” de procedimentos, conforme previsto na alínea

“g” do artigo 3º da Resolução CFM nº 1.974/11.

§4º A publicação por pacientes ou terceiros, de modo reiterado e/ou sistemático, de imagens mostrando o “antes e depois” ou de elogios a técnicas e resultados de procedimentos nas mídias sociais deve ser investigada pelos Conselhos Regionais de Medicina.

Art. 3º – O anexo II da Resolução CFM nº 1.974/11 passa a vigorar com a seguinte redação:

Lista de documentos que devem observar os critérios explicitados nesta Resolução:

Atestado

Atestado de amputação

Atestado médico

Atestado médico para licença-maternidade

Aviso de cirurgia

Aviso de óbito

Boletim de anestesia

Boletim de atendimento

Boletim de sala material e medicamentos de sala

Cartão da família

Cartão de agendamento

Cartão índice

Cartão saúde

Carteira da gestante

Declaração de comparecimento

Demonstrativo de atendimento

Ficha ambulatorial de procedimento (FAP)

Ficha clínica de pré-natal

Ficha de internação ou atendimento

Ficha de acompanhamento

Ficha de acompanhamento de pacientes para remoção

Ficha de acompanhamento do hipertenso e/ou diabético

Ficha de anamnese/exame físico

Ficha de anestesia

Ficha de arrolamento de valores/pertences - paciente

Ficha de assistência ao paciente no pré, trans e pós-operatório imediato

Ficha de atendimento
Ficha de atendimento – pré-natal
Ficha de avaliação pré-anestésica
Ficha de cadastramento de paciente
Ficha de cadastro da família
Ficha de cadastro da gestante
Ficha de cadastro do hipertenso e/ou diabético
Ficha de cadastro para fornecimento de preservativos
Ficha de cadastro – Programa Remédio em Casa
Ficha de cronograma de visita do agente comunitário de saúde (ACS)
Ficha de encaminhamento hospitalar
Ficha de evolução de morbidade
Ficha de evolução de paciente
Ficha de evolução médica
Ficha de exame colposcópico
Ficha de exame físico/evolução de enfermagem (clínica psiquiátrica)
Ficha de exames de emergência
Ficha de identificação de cadáver
Ficha de identificação do paciente
Ficha de identificação do recém-nascido
Ficha de notificação de casos suspeitos ou confirmados (sistema de informação para a vigilância de violências e acidentes - SIVVA)
Ficha de preparo de ultrassom – abdome superior / hipocôndrio direito / vias biliares
Ficha de preparo de ultrassom – vias urinárias / pélvico / próstata
Ficha de procedimento com registro BPA individualizado
Ficha de procedimento para realização de exames Papanicolau (PCG) e colposcopia
Ficha de referência/contrarreferência
Ficha de registro diário de atividades e procedimentos
Ficha de remoção domiciliar
Ficha de solicitação de antimicrobianos de uso controlado
Ficha para registro diário de atividades, procedimentos e marcadores (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, ACS)
Folha de enfermagem
Formulário da Comissão de Revisão de Óbito

Formulário de controle hídrico e TRP
Formulário de histórico de enfermagem
Formulário de prescrição
Formulário de prescrição médica
Formulário de solicitação de insumos
Guia de encaminhamento
Guia de encaminhamento de cadáver
Guia de internação hospitalar
Laudo médico para a emissão da AIH
Laudo médico para a emissão de APAC
Laudo para solicitação/autorização de procedimento ambulatorial
Prontuário
Receituário médico
Relatório de cirurgia
Relatório de visitas domiciliares
Resumo de alta hospitalar
Solicitação de procedimento especializado
Termo de autorização de internação
Termo de autorização para encaminhamento de membro
Termo de consentimento informado
Termo de consentimento para procedimento anestésico
Termo de encaminhamento para alto risco
Termo final de utilização de próteses, órteses e outros materiais pelas equipes médicas.

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

Brasília-DF, 16 de julho de 2015.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA, Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA, Secretário-Geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.126/2015

Passados quatro anos da aplicação dos preceitos da Resolução CFM nº 1.974/11 se faz necessário ajustar as alíneas “c” e “f” do artigo 3º para que repercuta de forma adequada na construção de seu entendimento. A vedação para que médicos e entidades médicas se abstenham de fazer propaganda de produtos comerciais (alínea c) ou mesmo para que os chancela, garantindo resultado, está no Código de Ética Médica, servindo esta Resolução apenas como balizadora da forma como se dá seu disciplinamento.

Para a alínea “f”, a modificação é necessária para adequar o texto ao que foi consolidado na Lei nº 12.842/13, em seu artigo 7º e parágrafo.

Quanto ao artigo 13 e parágrafos, foi necessária toda uma modificação para adequar os avanços tecnológicos das mídias sociais que, em menos de quatro anos, sofreram uma mudança avassaladora. Por permitirem postagens imediatas, feitas, muitas vezes, por impulso, as redes sociais têm gerado, nos últimos anos, uma avalanche de demandas nos Conselhos Regionais de Medicina. Estes, por sua vez, estavam impossibilitados de conceder respostas em função da falta de normativas estabelecendo o que é permitido e o que é vedado ao médico nessas plataformas.

Além disso, foram retirados do rol de documentos que necessitam da identificação do Diretor Técnico aqueles que não tenham um fim específico para o ato médico.

Reitera-se aqui a importância do trabalho da Codame Nacional (Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos) que, ao analisar centenas de documentos, terminou por contribuir para a formulação dessas modificações.

Por último, essas alterações foram feitas para cumprir o decidido na reunião da Codame realizada em maio de 2015.

EMMANUEL FORTES SILVEIRA CAVALCANTI, Relator

RESOLUÇÃO CFM n.º 2.126/2015

Resolução aprovada na Sessão Plenária de 16/07/2015.

Publicado no D.O.U., 01 de outubro de 2015, Seção I, p. 131.

NORMAS ÉTICAS PARA A UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

ETHICAL STANDARDS FOR THE USE OF ASSISTED REPRODUCTION TECHNIQUES

CFM*

Palavras-chave – *Reprodução assistida, normas éticas, princípios bioéticos, aperfeiçoamento.*

Keywords – *Assisted reproduction , ethical standards , bioethical principles , improvement.*

RESUMO

Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida – sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudarão a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos – tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM nº 2.013/13, publicada no D.O.U. de 9 de maio de 2013, Seção I, p. 119.

RESOLUÇÃO Nº 2.121/2015

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

*Conselho Federal de Medicina.

1958, e pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e

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

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

CONSIDERANDO que o pleno do Supremo Tribunal Federal, na sessão de julgamento de 5 de maio de 2011, reconheceu e qualificou como entidade familiar a união estável homoafetiva (ADI 4.277 e ADPF 132);

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

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em de 16 de julho de 2015,

RESOLVE:

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

Art. 2º – Revogar a Resolução CFM nº 2.013/2013, publicada no D.O.U. de 9 de maio de 2013, Seção I, p. 119 e demais disposições em contrário.

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

Brasília, 16 de julho de 2015.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA, Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA, Secretário-Geral

NORMAS ÉTICAS PARA A UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

I - PRINCÍPIOS GERAIS

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

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

3 - As exceções ao limite de 50 anos para participação do procedimento serão determinadas, com fundamentos técnicos e científicos, pelo médico responsável e após esclarecimento quanto aos riscos envolvidos.

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

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

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

7 - O número máximo de oócitos e embriões a serem transferidos para a receptora não pode ser superior a quatro. Quanto ao número de embriões a serem transferidos, fazem-se as seguintes determinações de acordo com a idade: a) mulheres até 35 anos: até 2 embriões; b) mulheres entre 36 e 39 anos: até 3 embriões; c) mulheres com 40 anos ou mais: até 4 embriões; d) nas situações de doação de óvulos

e embriões, considera-se a idade da doadora no momento da coleta dos óvulos.

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

II - PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA

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

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

3 - É permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina em que não exista infertilidade.

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

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

1 - Um diretor técnico - obrigatoriamente, um médico registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição - com registro de especialista em áreas de interface com a RA, que será responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados;

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

3 - Um registro permanente das provas diagnósticas a que é submetido o(a) paciente, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças;

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

IV - DOAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

1 - A doação não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.

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

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

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

5 - As clínicas, centros ou serviços onde é feita a doação devem manter, de forma permanente, um registro com dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores, de acordo com legislação vigente.

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

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

8 - Não será permitido aos médicos, funcionários e demais integrantes da equipe multidisciplinar das clínicas, unidades ou serviços, participarem como doadores nos programas de RA.

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

V - CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

- 1 - As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, óvulos, embriões e tecidos gonádicos.
- 2 - O número total de embriões gerados em laboratório será comunicado aos pacientes para que decidam quantos embriões serão transferidos a fresco. Os excedentes, viáveis, devem ser criopreservados.
- 3 - No momento da criopreservação, os pacientes devem expressar sua vontade, por escrito, quanto ao destino a ser dado aos embriões criopreservados em caso de divórcio, doenças graves ou falecimento, de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los.
- 4 - Os embriões criopreservados com mais de cinco anos poderão ser descartados se esta for a vontade dos pacientes. A utilização dos embriões em pesquisas de células-tronco não é obrigatória, conforme previsto na Lei de Biossegurança.

VI - DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTAÇÃO DE EMBRIÕES

- 1 - As técnicas de RA podem ser utilizadas aplicadas à seleção de embriões submetidos a diagnóstico de alterações genéticas causadoras de doenças – podendo nesses casos serem doados para pesquisa ou descartados.
- 2 - As técnicas de RA também podem ser utilizadas para tipagem do sistema HLA do embrião, no intuito de selecionar embriões HLA-compatíveis com algum(a) filho(a) do casal já afetado pela doença e cujo tratamento efetivo seja o transplante de células-tronco, de acordo com a legislação vigente.
- 3 - O tempo máximo de desenvolvimento de embriões in vitro será de 14 dias.

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

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

- 1 - As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família de um dos

parceiros em parentesco consanguíneo até o quarto grau (primeiro grau - mãe; segundo grau - irmã/avó; terceiro grau - tia; quarto grau - prima). Demais casos estão sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina.

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

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

3.1. Termo de consentimento livre e esclarecido informado assinado pelos pacientes e pela doadora temporária do útero, contemplando aspectos biopsicossociais e riscos envolvidos no ciclo gravídico-puerperal, bem como aspectos legais da filiação;

3.2. Relatório médico com o perfil psicológico, atestando adequação clínica e emocional de todos os envolvidos;

3.3. Termo de Compromisso entre os pacientes e a doadora temporária do útero (que receberá o embrião em seu útero), estabelecendo claramente a questão da filiação da criança;

3.4. Garantia, por parte dos pacientes contratantes de serviços de RA, de tratamento e acompanhamento médico, inclusive por equipes multidisciplinares, se necessário, à mãe que doará temporariamente o útero, até o puerpério;

3.5. Garantia do registro civil da criança pelos pacientes (pais genéticos), devendo esta documentação ser providenciada durante a gravidez;

3.6. Aprovação do cônjuge ou companheiro, apresentada por escrito, se a doadora temporária do útero for casada ou viver em união estável.

VIII - REPRODUÇÃO ASSISTIDA POST-MORTEM

É permitida a reprodução assistida post-mortem desde que haja autorização prévia específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado, de acordo com a legislação vigente.

IX - DISPOSIÇÃO FINAL

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

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.121/2015

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

O Conselho Federal de Medicina (CFM) age sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da obediência aos princípios éticos e bioéticos, que ajudarão a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos.

Manter a limitação da idade das candidatas à gestação de RA até 50 anos foi primordial, com o objetivo de preservar a saúde da mulher, que poderá ter uma série de complicações no período gravídico, de acordo com a medicina baseada em evidências.

Os aspectos médicos envolvendo a totalidade das circunstâncias da aplicação da reprodução assistida foram detalhadamente expostos nesta revisão realizada pela Comissão de Revisão da Resolução CFM nº 2.013/13, em conjunto com representantes da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana e Sociedade Brasileira de Genética Médica, sob a coordenação do conselheiro federal José Hiran da Silva Gallo.

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

Brasília-DF, 16 de julho de 2015.

JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO

Coordenador da Comissão de Revisão da Resolução CFM nº 2.013/13 –
Reprodução Assistida

RESOLUÇÃO CFM nº 2.121/2015

Resolução aprovada na Sessão Plenária de 16/07/2015.

Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2015, Seção I, p. 117.

INTERDIÇÃO ÉTICA DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

PROHIBITION ETHICS OF PROFESSIONAL PRACTICE

CFM*

Palavras-chave – *Interdição ética, trabalho dos médicos, condições mínimas, termo de responsabilidade, notificação.*

Keywords – *Ethics prohibition, work of doctors, minimum conditions, disclaimer, notification.*

RESUMO

Altera o anexo I da Resolução CFM nº 2.062/13, publicada no Diário Oficial da União de 12 fev. 2014, Seção I, p. 115, que dispõe sobre a interdição ética, total ou parcial, do exercício ético-profissional do trabalho dos médicos em estabelecimentos de assistência médica ou hospitalização de qualquer natureza, quer pessoas jurídicas ou consultórios privados, quando não apresentarem as condições mínimas exigidas pela Resolução CFM nº 2.056/13 e por demais legislações pertinentes.

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.120/15

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045,

*Conselho Federal de Medicina.

de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO a necessidade de tornar objetivos os termos de Notificação de Interdição Ética do Trabalho dos Médicos a serem aplicados pelos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO ser necessário deixar claro que, nessa etapa da ação, o trabalho dos médicos não pode ser interrompido;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária de 19 de junho de 2015;

RESOLVE:

Art. 1º – Alterar o anexo I da Resolução CFM nº 2.062/13, que passa vigorar com a seguinte redação:

ANEXO 1

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO ... (nome do estado da Federação)

TERMO DE RESPONSABILIDADE RECÍPROCA CRM-xx

Nº...../ 20.....

Em decorrência do ato de ofício do CRM-..... estou (estamos) sendo cientificado(s), por meio do Termo de Vistoria/Notificação, que nesta data foi DECRETADO O INDICATIVO DE INTERDIÇÃO ÉTICA DO TRABALHO MÉDICO, em caráter:

() parcial, alcançando as áreas

() TOTAL, alcançando todo o estabelecimento assistencial médico me (nos) comprometendo, como principal(ais) interessado(s) em nome da Medicina, da comunidade e da segurança para a prática do ato médico, em acompanhar a implantação das medidas exigidas para o fiel cumprimento do que foi decretado, sob pena de responder solidariamente pela persistência das não conformidades.

Declaro(amos) ainda estar(mos) ciente(s) de que este INDICATIVO não autoriza

a suspensão das minhas(nossas) atividades regulares no Hospital.

Local,/...../.....

Coordenador do Departamento de Fiscalização (ou substituto)

ASSINATURA (Nome e CRM de todos os médicos do estabelecimento presentes no ato)

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

Brasília-DF, 19 de junho de 2015.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA, Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA, Secretário-Geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.120/15

Em razão de dúvidas suscitadas durante o processo de implantação do sistema de fiscalização previsto nas Resoluções CFM nºs 2.056/13 e 2.062/13, faz-se necessário o ajuste do “Termo de Notificação de Interdição Ética” do trabalho dos médicos para facilitar o trabalho dos CRMs.

EMMANUEL FORTES SILVEIRA CAVALCANTI, Relator

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.120/15

Resolução aprovada na Sessão Plenária de 19/06/2015.

Publicado no D.O.U. de 20 de agosto de 2015, Seção I, p. 70)

A TÉCNICA DE ORTOCERATOLOGIA É RECONHECIDA CIENTIFICAMENTE E POSSUI EFICÁCIA COMPROVADA

ORTHOKERATOLOGY TECHNIQUE IS SCIENTIFICALLY
RECOGNIZED AND HAS BEEN PROVEN EFFECTIVE

*José Fernando Vinagre**

Palavras-chave – *Ortoceratologia, oftalmologistas, procedimento, método, segurança, exame.*

Keywords – *Orthokeratology, ophthalmologists, procedure, method, safety, exam.*

DA CONSULTA

A consulente questiona o Conselho Federal de Medicina (CFM) quanto à comprovação da eficácia e ao reconhecimento científico do procedimento de Ortoceratologia, realizado por oftalmologistas.

A consulta foi encaminhada à Câmara Técnica de Oftalmologia, que elaborou o seguinte parecer:

DO PARECER

Ortoceratologia é uma técnica de redução temporária da miopia que consiste na adaptação programada de lentes de contato de desenhos específicos, com o objetivo de remodelar a córnea.

*Conselheiro parecerista do CFM.

Essa técnica começou a ser adotada na década de 60, quando ainda não existiam materiais de alta permeabilidade ao oxigênio, sobre o qual as lentes são hoje torneadas, em desenhos especiais. Os efeitos determinados pelo uso das lentes de curvas reversas utilizadas em Ortoceratologia podem desaparecer em horas ou em poucos dias, na maioria dos casos. Essa técnica é aprovada e tem sido usada há muitos anos em vários países asiáticos e nos Estados Unidos, locais onde a incidência de miopia é muito alta.

No Brasil, as lentes de contato com as características para o tratamento do controle da miopia foram aprovadas e registradas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) sob o número de processo 100161020027.

Histórico

No início, quando se instituiu a técnica de tratamento por meio de Ortoceratologia, as lentes usadas eram de PMMA (Poli Metil Metracrilato), polímero que não apresenta permeabilidade ao oxigênio, o que causava edema de córnea e outras alterações relacionadas com a hipoxia corneana.

A segunda geração de lentes de Ortoceratologia teve por objetivo um maior controle sobre o aplanamento corneano e uma redução mais efetiva da miopia. Foram utilizadas as lentes rígidas gás-permeáveis (RGP) que, por serem permeáveis ao oxigênio, têm a vantagem de alterar menos a fisiologia corneana.

Na atualidade, são utilizadas as lentes gás-permeáveis de geometria reversa, que determinam um aplanamento central da córnea por pressão positiva contra a sua parte central e uma pressão negativa contra a média periferia, aplanando e redistribuindo os líquidos do epitélio corneano – o que modifica a forma da córnea, que fica mais aplanada na região central. Este aplanamento reduz o comprimento axial do olho e corrige a miopia.

Segurança do Método

Nos primeiros estudos com lentes de PMMA não houve relato de efeitos adversos significativos que pudessem ser atribuídos à ruptura da integridade e/ou da função do epitélio da córnea ou outros efeitos que contraindicasse a técnica.

A maioria dos estudos publicados até a data de hoje são concordantes quanto ao fato de que a redução da miopia por meio da Ortoceratologia é temporária.

O efeito de redução da miopia ocorre apenas durante o tratamento.

Se reações adversas forem observadas, o tratamento deve ser suspenso e a córnea iniciará o retorno à sua forma inicial. Esse processo pode levar de 20 horas a 95 dias, sem causar danos à córnea ou à saúde ocular.

O advento de técnicas atuais de Ortoceratologia de uso noturno exige que as lentes tenham permeabilidade ao oxigênio, ou seja, o material da lente de contato deve ser gás-permeável, o que reduz a ocorrência de complicações.

As lentes de contato utilizadas no tratamento por Ortoceratologia são geralmente mais espessas no centro, por terem desenho de curva reversa, para evitar a flexão e produzir o aplanamento programado da córnea. Essa espessura maior diminui a transmissibilidade ao oxigênio (DK/T), por isso o material utilizado na produção das lentes precisa ter uma elevada permeabilidade ao oxigênio (DK).

Critérios de adaptação, controle e complicações

Estudos atuais de Ortoceratologia têm mostrado que a taxa de complicações associadas a esta modalidade de tratamento está dentro de limites adequados e não compromete a segurança do método. Complicações, como irritação ou infecção, podem estar associadas a uma falta de educação e/ou adesão do paciente às orientações recebidas. Outros efeitos colaterais que podem ocorrer com os usuários de lentes rígidas de forma geral são: desconforto, hiperemia, lacrimejamento, abrasão corneana e alteração da visão. Essas condições geralmente são temporárias se as lentes forem removidas com rapidez e o paciente for submetido aos cuidados médicos, como deve ocorrer com todos os usuários de lentes de contato – tanto RGP quanto Gelatinosas.

Perfil do candidato ao tratamento por meio de Ortoceratologia

- Idade: não há uma idade específica. A técnica é indicada para indivíduos que apresentem miopia, ou seja, jovens e adultos míopes dentro da faixa aconselhada de correção de grau que se enquadrem nos parâmetros previstos pelo método. Para que o tratamento seja bem-sucedido, é recomendável que o indivíduo seja portador de grau esférico variando de -1.75 a -6.00 e portador de astigmatismo concomitante igual ou menor que -1.75 cyl. As contra-indicações são as mesmas previstas para indivíduos candidatos ao uso de lentes RGP.

O exame oftalmológico pré-tratamento deve incluir

- Avaliação clínica oftalmológica completa.
- Acuidade visual com e sem correção.
- Refração (sob dilatação).
- Biomicroscopia.
- Análise do filme lacrimal.
- a. Teste de Schirmer (quantitativa).
- b. Lágrima Break-Up Time ou TBUT (qualitativa).
- Topografia.
- Microscopia Escpecular.

CONCLUSÃO

A Ortoceratologia é uma área da ciência oftalmológica que estuda o tratamento temporário da miopia por meio de lentes corretoras especiais de uso noturno que visam remodelar a córnea para corrigir e controlar a miopia. O paciente usa a lente todas as noites para enxergar durante o dia, sem o uso de correção óptica. Em alguns casos é possível usar a lente de contato a cada 2 ou 3 noites por semana, mas a maioria precisa usá-la todas as noites.

Estudos têm demonstrado que a Ortoceratologia é uma técnica segura e eficiente de tratamento não cirúrgico da miopia. Nos estudos comparativos, ela não apresenta efeitos adversos diferentes dos outros métodos de tratamento da miopia com efetividade e significância estatística no tratamento da taxa do alongamento axial.

As recomendações de controle e acompanhamento por parte do médico oftalmologista são fundamentais a esta técnica que tem por princípio o uso noturno da lente de contato RGP, fator que potencializa os riscos de contaminação.

O uso de lentes de contato - de PMMA, RGP ou Gelatinosas de grau, terapêuticas, cosméticas ou para o tratamento do controle da miopia - pode causar complicações. Por esse motivo, a adaptação das lentes de contato é um ato contínuo e deve estar sempre sob indicação e controle do médico oftalmologista, conforme foi definido pela Resolução CFM nº 1.965/11.

Portanto, concluímos que a técnica de Ortoceratologia é de eficácia comprovada e reconhecida cientificamente.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília-DF, 19 de junho de 2015

JOSÉ FERNANDO VINAGRE

Conselheiro relator

Processo Consulta n.º 57/2014

Parecer CFM n.º 30/2015

Parecer Aprovado

Reunião Plenária de 19 de junho de 2015.

**DESLIGAMENTO DO SUPORTE VENTILATÓRIO INVASIVO
APÓS 24 HORAS DO DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA
EM NÃO DOADOR, MESMO QUE A FAMÍLIA NÃO AUTORIZA**

SHUTDOWN OF SUPPORT VENTILATION INVASIVE AFTER 24 HOURS OF DEATH
DIAGNOSIS OF BRAIN IN NO DONOR, EVEN IF FAMILY NOT EMPOWER

*Jeancarlo Fernandes Cavalcante**

Palavras-chave – *Morte encefálica, ventilação, legislação, ética, suportes terapêuticos.*

Keywords – *Brain death, ventilation, law, ethics, therapeutic supports.*

EMENTA

O médico que desliga o suporte ventilatório invasivo após o diagnóstico de morte encefálica não comete infração ética, mesmo que a família não autorize.

CONSULTA

F.B.R. pergunta se é permitido que se desligue o suporte ventilatório invasivo após 24 horas do diagnóstico de morte encefálica em não doador, mesmo que a família não autorize.

É possível incorrer em crime civil caso se desligue o suporte de ventilação mecânica após 24 horas do óbito por morte encefálica?

O consulente se justifica dizendo que, apesar da resolução sobre morte encefálica do CFM indicar que é legal e ética a retirada dos suportes invasivos

*Conselheiro relator do CFM.

após o diagnóstico de morte encefálica e informe à família, na prática muitos profissionais têm dúvida quanto à legalidade civil desse ato.

RELATÓRIO E CONCLUSÃO

A Resolução CFM nº 1.826/2007, que dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não doador, é magistral e transparente em seu comando normativo ao afirmar, em seu artigo 1º:

É legal e ética a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando determinada a morte encefálica em não 2

doador de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, nos termos do disposto na Resolução CFM nº 1.480; de 21 de agosto de 1997, na forma da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.

Quem age em obediência aos ditames éticos e legais da Medicina não incorre na prática de crime, mesmo que possa ser demandado na justiça comum por força da inafastabilidade do Poder Judiciário prevista no artigo 5º, XXXV, da Constituição Federal (A lei não excluirá de apreciação do Poder Judiciário, lesão ou ameaça à direito...). Essa demanda não deve prosperar porque, ao desligar a ventilação mecânica em pacientes com diagnóstico de morte encefálica, a conduta do médico está amparada pelo Código de Ética Médica, preconizado pelo CFM em Resolução, e em consonância com a Lei nº 9.434/97.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília-DF, 19 de junho de 2015

JEANCARLO FERNANDES CAVALCANTE

Conselheiro relator

Parecer CFM nº 29/15

Processo-Consulta de 2015

Parecer Aprovado

Reunião Plenária de 19/06/2015

INTERRUPÇÃO DE GESTAÇÃO COM INDÍCIOS DE SÍNDROME DE BODY-STALK

PREGNANCY INTERRUPTION WITH EVIDENCE THE BODY- STALK SYNDROME

*Regina Celi Passagnolo Sérgio Piazzetta**

Palavras-chave – *Malformação, autorização judicial, abortamento, autonomia.*

Keywords – *Malformation, judicial authorization, abortion autonomy.*

EMENTA

Malformações fetais incompatíveis com a vida. Necessidade de Autorização Judicial para interrupção da gestação. Necessidade de respaldos esclarecedores à Decisão Judicial. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, o Sr. XXX formula consulta que versa sobre a suspeita diagnóstica de Síndrome de Body Stalk através da realização de ecografias seriadas feitas num mesmo serviço. O primeiro ultrassom mostra Translucência Nucal 6,2mm, edema nucal e alteração do alinhamento da coluna e defeito extenso do fechamento da parede anterior de abdome e tórax. O segundo ultrassom foi realizado quatro dias após o primeiro e relata Translucencia Nucal de 4,5 mm associado à dilatação de jugulares linfáticos e osso nasal mal identificado. Também, foi descrito um importante desalinhamento

*Conselheira parecerista do CRM-PR.

da coluna (cifoesciose severa, ângulo próximo a 90º) e defeito extenso do fechamento da parede anterior, atingindo o abdômen, com extrusão de grande parte do fígado e alças intestinais (Onfalocoele gigante), e tórax, com extrusão de parte do coração (Ectopia Cordis). O cordão umbilical é curto, dificultando a movimentação fetal. Os achados do primeiro ultrassom são confirmados com o segundo e são sugestivos de Malformação de Body Stalk.

O consulente solicita informação sobre possível interrupção da gestação, seja no caso concreto ou, em outros casos dessa síndrome por se tratar de situação incompatível com a vida extrauterina.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1989/2012 orienta que na ocorrência de diagnóstico inequívoco de anencefalia, o médico pode a pedido da gestante, independentemente da autorização do Estado, interromper a gravidez.

O parecer CREMEB nº 3/2014, emitido em 20 de janeiro de 2014 pelo Conselheiro José Augusto Costa, em resposta a pedido de interrupção de gestação, faz analogia aos casos de anencefalia e orienta a respeito da antecipação terapêutica do parto. Neste documento, o parecerista autoriza a interrupção de gestação por já ter sido autorizada, legalmente, e condiciona a autorização para que a gestante receba todos os esclarecimentos e seja garantido seu direito de decidir livremente sobre a conduta adotada (autonomia).

O Parecer CRM-MG nº 5427/2014 emitido em 21 de novembro de 2014 pelo Conselheiro Márcio Abreu Lima Rezende teve base na apresentação de caso de malformação incompatível com a vida demonstrada em dois exames de ultrassonografia de dois serviços diferentes e o qual já tivera Autorização Judicial prévia para interrupção. Sua conclusão é de que não se constitui infração ética o parto prematuro terapêutico em malformações incompatíveis com a vida. Nesse último caso, o Juiz de Direito autor da autorização judicial ressaltou que impedir a interrupção da gravidez num caso de incompatibilidade com vida extrauterina implica em risco à saúde física e psicológica da mãe. O Juiz considerou que não se pode obrigar a mãe a levar adiante uma gestação, cujo resultado será, fatalmente, o velório do feto e não a comemoração do seu nascimento.

CONCLUSÃO

A Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia deste CRM-PR foi instada a emitir opinião técnica, a qual teve a seguinte conclusão que esta Conselheira acata na íntegra:

Por todo o exposto se conclui que: a constatação de outra malformação incompatível com a vida que não a anencefalia não tem amparo legal para prática de abortamento. Da mesma forma, não há respaldo de nenhuma Resolução do CFM que proteja o médico em caso de interrupção de gestação, mesmo quando o feto seja portador de síndrome reconhecidamente incompatível com a vida extrauterina, a não ser nos casos de anencefalia.

Todas as consultas e pareceres anteriores a este, apenas confirmaram a autorização nos casos em que já havia autorização judicial.

Assim sendo, para segurança do profissional assistente frente às questões jurídicas que por ventura possam surgir, orientamos que seja, previamente, solicitada a Autorização Judicial. Que sejam anexados os laudos do diagnóstico confirmado da incompatibilidade com a vida extrauterina por três médicos da mesma forma como orientado nos casos de anencefalia.

Ressaltamos a importância e a necessidade de que seja feito o aconselhamento formal e documentado, no qual fique claro que a gestante tenha compreendido todas as possibilidades.

Recomendamos que o Termo de Consentimento Esclarecido da gestante e/ou do seu representante legal, quando for o caso, seja anexado à documentação.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 25 de maio de 2015.

CONS^a REGINA CELI PASSAGNOLO SÉRGIO PIAZZETTA

Parecerista

Processo Consulta n.º 12/2014

Parecer CRM-PR n.º 2495/2015

Parecer Aprovado

Reunião Plenária n.º 3722, de 25/05/2015.

CAPNOGRAFIA. SEDAÇÃO, MONITORIZAÇÃO OBRIGATÓRIA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

CAPNOGRAPHY. SEDATION, MONITORING MANDATORY AND MAGNETIC RESONANCE

*Clovis Marcelo Corso**

Palavras-chave – *Capnografia, sedação, monitorização, hipoventilação, exame, recomendação.*

Keywords – *Capnography, sedation, monitoring, hypoventilation, examination, recommendation.*

CONSULTA

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

“Solicitação: De acordo com a resolução do CFM N^o 1.802/2006, Art. 3^o, item III entendi que é condição mínima oferecer monitorização de gás carbônico exalado. Como o único equipamento disponível no mercado brasileiro para monitorização deste parâmetro em ambiente de ressonância magnética é o monitor Veris, da Medrad, comercializado pela Bayer, gostaria de confirmar se é condição mínima da clínica de imagem adquirir este monitor para poder realizar sedações. Gostaria de esclarecer esta dúvida, pois o equipamento é caro (a proposta é de R\$ 190.000,00), mas se o parecer oficial da sociedade de anestesiologia e do CFM exigir tal monitorização, iremos adquirir o equipamento para podermos continuar

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

a realizar sedações em nossa clínica. Justificativa: Como tem aumentado o número de solicitações para realização de exames com pacientes sob sedação, busquei informações a respeito dos requisitos mínimos de nosso serviço para realizar este tipo de procedimento.”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A capnografia é um método de monitorização utilizado em Anestesiologia cujo objetivo principal é mensurar o dióxido de carbono (CO₂) eliminado durante a expiração. Além de fornecer este dado, o capnógrafo permite avaliar a adequação dos parâmetros ventilatórios utilizados durante o processo de ventilação controlada, possibilita confirmar o sucesso da intubação traqueal, é extremamente útil nas manobras de reanimação pós-parada cardiorrespiratória, auxilia ou define o diagnóstico de algumas patologias respiratórias no período transoperatório como o broncoespasmo, é o primeiro método de monitorização que detecta a apneia no paciente anestesiado por qualquer que seja o motivo (exemplo: desconexão do circuito respiratório), além de ser fundamental no diagnóstico de uma das patologias de maior mortalidade associadas à anestesia que é a Hipertermia Maligna.

Em virtude dos benefícios acima descritos, e reconhecendo a importância do capnógrafo como método de monitorização que interfere de forma positiva na segurança do paciente, foi que o Conselho Federal de Medicina incluiu a capnografia como “condição mínima para a prática da anestesia” nas normativas que compõem a Resolução nº 1802/06, e que dispõe sobre a prática do ato anestésico. No inciso III do Artigo 3º desta Resolução, fica determinada a obrigatoriedade da “monitoração contínua da ventilação, incluindo os teores de gás carbônico exalados nas seguintes situações: anestesia sob via aérea artificial (como intubação traqueal, brônquica ou máscara laríngea) e/ou ventilação artificial e/ou exposição a agentes capazes de desencadear hipertermia maligna”.

A utilização da capnografia durante os procedimentos médicos, incluindo os diagnósticos, realizados sob sedação leve ou moderada parece não reduzir de forma significativa a morbimortalidade anestésica, sobretudo em indivíduos saudáveis, razão pela qual o método não pode ser considerado como “imprescindível” nessas modalidades de sedação, estando portanto dispensado nos casos acima mencionados. Contudo, alguns estudos clínicos demonstraram a importância da capnografia em pacientes com risco aumentado de hipoventilação submetidos à sedação.

Desta forma, o recurso da capnografia é recomendado em todos os procedimentos realizados sob sedação profunda, sedação prolongada, em pacientes portadores de cardiopatia isquêmica ou doença pulmonar obstrutiva crônica, e em todas as situações de sedação moderada com risco de depressão respiratória (exemplo: grupos etários extremos).

Nos casos em que a anestesia administrada para a execução de qualquer procedimento médico é realizada sob ventilação controlada ou com o auxílio de dispositivo artificial para a manutenção da permeabilidade das vias aéreas, especialmente na anestesia geral, o emprego da capnografia é fundamental para a segurança do paciente.

CONCLUSÃO

Respondendo à consulta apresentada junto a este Conselho, e considerando os argumentos citados, a capnografia pode ser considerada como DISPENSÁVEL nos casos em que o exame de ressonância magnética é realizado sob sedação leve ou moderada, RECOMENDADA quando os exames são realizados sob sedação profunda, e OBRIGATÓRIA quando o exame é realizado sob anestesia geral, ou quando o paciente estiver na vigência de intubação traqueal ou máscara laríngea, ou então quando o paciente é exposto a agentes anestésicos halogenados ou à succinilcolina.

Para maior clareza na aplicação deste Parecer, fica estabelecido como parte integrante das orientações aqui expostas um fragmento do texto da Resolução CFM nº 1.670/03, na qual estão definidos os níveis de sedação.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.670/03

(Publicada no D.O.U. 14 JUL 2003, SECAO I, pg. 78)

“EMENTA: Sedação profunda só pode ser realizada por médicos qualificados e em ambientes que ofereçam condições seguras para sua realização, ficando os cuidados do paciente a cargo do médico que não esteja realizando o procedimento que exige sedação.

ANEXO I: DEFINIÇÃO E NÍVEIS DE SEDAÇÃO

Sedação é um ato médico realizado mediante a utilização de medicamentos com o objetivo de proporcionar conforto ao paciente para a realização de procedimentos

médicos ou odontológicos. Sob diferentes aspectos clínicos, pode ser classificada em leve, moderada e profunda, abaixo definidas:

Sedação Leve é um estado obtido com o uso de medicamentos em que o paciente responde ao comando verbal. A função cognitiva e a coordenação podem estar comprometidas. As funções cardiovascular e respiratória não apresentam comprometimento.

Sedação Moderada/Analgesia (“Sedação Consciente”) é um estado de depressão da consciência, obtido com o uso de medicamentos, no qual o paciente responde ao estímulo verbal isolado ou acompanhado de estímulo tátil. Não são necessárias intervenções para manter a via aérea permeável, a ventilação espontânea é suficiente e a função cardiovascular geralmente é mantida adequada.

Sedação Profunda/Analgesia é uma depressão da consciência induzida por medicamentos, e nela o paciente dificilmente é despertado por comandos verbais, mas responde a estímulos dolorosos. A ventilação espontânea pode estar comprometida e ser insuficiente. Pode ocorrer a necessidade de assistência para a manutenção da via aérea permeável. A função cardiovascular geralmente é mantida. As respostas são individuais.

Observação importante: As respostas ao uso desses medicamentos são individuais e os níveis são contínuos, ocorrendo, com frequência, a transição entre eles. O médico que prescreve ou administra a medicação deve ter a habilidade de recuperar o paciente deste nível ou mantê-lo e recuperá-lo de um estado de maior depressão das funções cardiovascular e respiratória.”

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 15 de junho de 2015.

CONS.º CLOVIS MARCELO CORSO

Conselheiro parecerista

Processo Consulta n.º 08/2015

Parecer CRM-PR n.º 2496/2015

Parecer Aprovado

Reunião Plenária n.º 3864, de 15/06/2015.

CONDUTA MÉDICA PARA CASOS DE ANIDRAMNIA

CONDUCT FOR MEDICAL ANIDRAMNIA CASES

*Regina Celi Passagnolo Sérgio Piazzetta**

Palavras-chave – *Gravidez, riscos, interrupção, abortamento, termo de consentimento.*

Keywords – *Pregnancy, risks, interruption, abortion consent form.*

CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, a Dr.^a XXXX formula consulta com o seguinte teor:

“Solicitação de Parecer: Em casos de amniorrexe prematura em gestações de 14 semanas com anidramnia e feto vivo, há conduta já estabelecida? Há possibilidade de indução de parto caso o casal assine Termo de Consentimento Livre e Esclarecido?”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O quadro de ruptura prematura das membranas ovulares ou amniorrexis prematura configura **elevado risco de infecção materno fetal/septicemia e até mesmo de óbito materno.**

*Conselheira parecerista do CRM-PR.

A comunicação do meio intrauterino, estéril, com o meio vaginal, contaminado, apresenta os riscos supracitados e encontra indicação de interrupção da gestação com indução do abortamento.

CONSULTA

A Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia deste CRM-PR foi instada a emitir opinião técnica, a qual teve a seguinte conclusão que esta Conselheira acata na íntegra: A perda de líquido amniótico em gestações até 22 semanas indica quadro de abortamento espontâneo e inevitável. A procrastinação de uma conduta ativa poderá, como referido, elevar sobremaneira os riscos de infecção.

Cabe ressaltar nesses casos a extrema importância da detalhada explicação dos riscos à mãe e a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, antes da indução do parto/aborto.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 25 de maio de 2015.

CONS^a REGINA CELI PASSAGNOLO SÉRGIO PIAZZETTA

Parecerista

Processo Consulta n.º 07/2015

Parecer CRM-PR n.º 2494/2015

Parecer Aprovado

Reunião Plenária n.º 3833, de 25/05/2015.



BEATIFICAÇÃO DA DRA. ZILDA ARNS NEUMANN

BEATIFICATION OF DR. ZILDA ARNS NEUMANN

*Ehrenfried Othmar Wittig**

Palavras-chave – *Zilda Arns, Pastoral da Criança, beatificação, memória, voluntariado, humanitária, homenagem.*

Keywords – *Zilda Arns, Pastoral of the Child, beatification, memory, volunteer, humanitarian, tribute.*

Recentemente, com a presença de mais de 20 mil pessoas, uma Moção de Apoio com aproximadamente 130 mil assinaturas foi encaminhada à Arquidiocese de Curitiba defendendo a abertura de processo à beatificação com a comprovação de fatos às virtudes da Dra. Zilda Arns Neumann.

Fundadora e coordenadora no Brasil da “Pastoral da Criança e da “Pastoral da Pessoa Idosa”, Zilda Arns faleceu aos 75 anos, no dia 12 de janeiro de 2010, durante terremoto que assolou Porto Príncipe, a capital do Haiti, quando se encontrava em missão humanitária. Desde então inúmeras homenagens lhe vêm sendo prestadas pelos exemplos e obra de vida. Em 2012, numa seleção em formato internacional foi eleita a 17.^a mulher brasileira mais importante de toda história.

Nascida em Forquilha, região de Criciúma (SC) no dia 25 de agosto de 1934 – o 13.^o dos 16 filhos do casal brasileiro de origem alemã Gabriel Arns e Helena Steiner –, Zilda Arns ingressou no curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná em 1953, e logo em seguida começou a cuidar de crianças com menos de um ano,

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

ficando impressionada com o número de menores internados com doenças de fácil prevenção, como diarreia e desidratação. Ela se formou no dia 18 de dezembro de 1959 e, apenas alguns dias depois (26), casou-se com Aloísio Bruno Neumann (1931-1978), com quem teve seis filhos: Marcelo (falecido três dias após o parto), Rubens, Nelson, Heloísa, Rogério e Sílvia (que faleceu em 2003 num acidente automobilístico). Dos filhos, Nelson seguiu seus passos na Medicina, assim como vários outros familiares, incluindo sobrinhos.

Indicada várias vezes para o Prêmio Nobel da Paz, representando o Brasil, a Dra. Zilda Arns recebeu no ano de 2000 a Medalha de Lucas – Tributo ao Mérito Médico, principal comenda do Conselho de Medicina do Paraná, em reconhecimento ao seu trabalho médico, social e humanitário. Em 2009, recebeu do mesmo Conselho, onde se inscreveu em setembro de 1961, o Diploma de Mérito Ético-Profissional, pelo Jubileu de Ouro alcançado de forma exemplar enquanto pediatra e médica sanitária.

O objetivo de sua beatificação não é apenas reconhecê-la como Beata, com inscrição no “catálogo dos bem-aventurados”, mas tornar ainda mais conhecidas, estimuladas e destacadas as suas virtudes, assim como os exemplos, sempre demonstrados enquanto pessoa, mãe, médica, salvadora de vidas e propagadora de ações de Paz.

O projeto da Pastoral que criou teve o apoio de D. Paulo Evaristo Arns, Arcebispo Emérito de São Paulo e seu irmão, e de D. Geraldo Magella. Nasceu com o propósito de reduzir a desnutrição e mortalidade, melhorar a higiene na população e evitar a diarreia e desidratação infantil, muito incidente nas comunidades pobres do país e com grande impacto nos indicadores de mortalidade infantil. Seu programa de ação, informação e esclarecimento – especialmente às mães, gestantes e voluntárias – sempre teve atuação nas regiões com pessoas carentes e pobres. As iniciativas voluntárias envolviam treinamento das comunidades, sobretudo católicas, para pesar os pacientes, produzir e aplicar doméstico e também para possibilitar o acesso a alimentos caseiros, mais baratos. Os grupos tinham o controle alimentar a partir de avaliações das medidas básicas corporais. O programa envolveu milhares de voluntários, especialmente mães e mulheres.

Para ser proclamada como Beata, deve haver o reconhecimento de sua grandeza como pessoa, por ter vivido as virtudes do cristianismo e buscar vida plena para as crianças. Esperando-se futuramente alcançar um milagre por sua interseção, poderá obter a santificação pelo Vaticano, num processo que é rigoroso e de longo julgamento.

O programa atual para beatificação inclui as atividades públicas destinadas às homenagens, a visita ao “Museu da Vida” e ao seu túmulo, no Cemitério Água Verde, em Curitiba.

No Brasil, a Dra. Zilda Arns Neumann é a primeira e única médica católica a ter a possibilidade atual de receber esse título de Beata, o que muito engrandece os membros da comunidade Cristã, da Comunidade Médica Católica, da Família Arns Neumann e a à população do país como um todo.

As três indicações ao Prêmio Nobel da Paz exaltam um pouco de seus méritos excepcionais. “Que morte linda!”. Foi assim que, sem esconder a tristeza, o cardeal Paulo Evaristo Arns definiu a morte de sua irmã Zilda Arns, em meio a mais uma de suas missões humanitárias, no episódio que enlutou e entristeceu o país.

O MUSEU DA VIDA

A Pastoral da Criança criou, em sua sede em Curitiba, o Museu da Vida: um espaço cultural, interativo, de encontros e de produção de saberes. Com ambientes de aprendizagem e acervo relacionados à promoção da saúde, da nutrição, da educação e da cidadania, o Museu possui como eixo central a experiência da Pastoral da Criança no trabalho junto a gestantes e crianças de zero a seis anos e suas famílias. São mais de 30 anos de atuação no Brasil e no mundo, em parceria com universidades, sociedades científicas, órgãos governamentais e sociedade civil. No Museu, estão representados também os saberes e as experiências das comunidades nas quais a Pastoral atua, tornando o espaço uma importante fonte de cultura, pesquisa e disseminação de conhecimento. O lugar conta com seis exposições permanentes e dois espaços em área aberta, que promovem a integração com a natureza e o livre brincar.



Visite o “Museu da Vida”, que inclui o Memorial Dra. Zilda Arns, homenagem da Pastoral da Criança à sua fundadora e a quem se dedicou por mais de meio século às causas humanitárias. Fica na Rua Jacarezinho, 1691, Mercês, e abre das 8 às 19h. Tem estacionamento no local.

ISSN 2238 - 2070

ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

