ARQUIVOS do Conselho Regional de Medicina do Paraná

v. 33 - n. 131 - Jul/Set - 2016

CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

ISSN 2238 - 2070

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina do Paraná

ARQUIVOS do Conselho Regional de Medicina do Paraná	Curitiba	2016	v. 33	n. 131	p. 149-228	Jul/Set

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

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

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:	Consª.	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
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

Médico fiscal do Interior
Dr. Paulo César Aranda (Londrina)

DEPARTAMENTO JURÍDICO

Consultor Jurídico
Adv. Antonio Celso Cavalcanti Albuquerque

Assessores Jurídicos
Adv. Afonso Proenço 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 remissívo 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 resproduções já publicadas devem ser encaminhadas com a autorização para publicação.

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

Artigos – autor(es) pelo último sobrenome, seguido das iniciais dos demais nomes em letra maiúscula. Vírgula entre cada autor e ponto final após os nomes.
Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.
Título do trabalho e ponto. Periódico abreviado pelo Index Medicus, sem ponto após cada abreviatura, mas ponto no final. Ano, seguido de ponto e vírgula. Volume e dois pontos, página inicial - final, ponto.

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

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

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

Exemplo: Werneck LC, Di Mauro S. Deficiência Muscular de Carnitina: relato de 8 casos em estudo clínico, eletromiográfico, histoquímico e bioquímico muscular. Arq Neuropsiquiatr 1985; 43:281-295.
É de responsabilidade do(s) autor(es) a precisão das referências e citações dos textos.

ÍNDICE REMISSIVO

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

ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

FICHA CATALOGRÁFICA

"**Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná**"
Conselho Regional de Medicina do Paraná
Curitiba, 2016;33(131):149-228
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
Osmar Yoshiyuki Sigueoka
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
Nancy Yoko Hada Sanders

CASCAVEL
Roberto Augusto Fernandes Machado (Diretor)
Pedro Paulo Verona Pérsio (Vice-Diretor)
Karin Erdmann (Secretária)
Amaury Cesar Jorge
André Pinto Montenegro
Antônio Carlos de Andrade Soares
Fábio Scarpa e Silva
Hi Kyung Ann
Juliana Gerhardt
Keithe de Jesus Fontes

CURITIBA E LITORAL DO PARANÁ
Bruno Bertoli Esmanhoto (Diretor)
José Antônio Ferreira Martins (Vice-Diretor)
Marcelo Henrique de Almeida (Secretário)
Arare Gonçalves Cordeiro Júnior
Filipe Carlos Caron
Guilherme Mattioli Nicollelli

FOZ DO IGUAÇU
Marta Vaz Dias de Souza Boger (Diretora)
Eduardo Hassan (Vice-Diretor)
Jacilene de Souza Costa (Secretária)
Juliana Leme Mendonça
Isidoro Antônio Villamayor Alvarez
Luiz Cláudio Casagrande
Luiz Henrique Zaions
Marco Aurélio Farinazzo
Pablo Zanatta

FRANCISCO BELTRÃO
Márcio 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
Mary Angela Sabadin
Rubens Fernando Schirr

GUARAPUAVA
Rita de Cássia Ribeiro Penha Arruda (Diretora)
Anderson Vinícius Kugler Fadel (Vice-Diretor)
Mariana Saciloto Cramer (Secretária)
Amélia Cristina Araújo
Antônio Marcos Cabrera Garcia
Décio Yvan Sanches Filho
Frederico Guilherme Keche Virmond Neto
Gabriel Odebrecht Massaro
Letícia Domingos

LONDRINA
Alcindo Cerci Neto (Diretor)
João Henrique Steffen Júnior (Vice-Diretor)
Fátima Mitsie Chibana Soares (Secretária)
Antônio Caetano de Paula
Fábio Ferreira Lehmann

Ivan José Blume de Lima Domingues
Luiza Kazuko Moriya
Mário Machado Júnior
Naja Nabut
Pedro Humberto Perin Leite

MARINGÁ
Márcio de Carvalho (Diretor)
Vicente Massaji Kira (Vice-Diretor)
Paulo Roberto Aranha Torres (Secretário)
Ana Maria S. Machado de Moraes
Cesar Helbel
Fabíola Menegoti Tasca
Kátia Hitomi Nakamura
Luiz Alberto Mello e Costa
Manuel Duarte Gilberto

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

PATO BRANCO
Pedro Soveral Bortot (Diretor)
José Renato Pederiva (Vice-Diretor)
Ayrton Martin Maciozek (Secretário)
Artemio Juraci Cardoso da Silva
Elisabeth Ostapiv Correa
Ivaí Saião Aranha Falcão de Azevedo
Geraldo Sulzbach
Giancarlo Bergamini Vannucchi
Fernando Gortz
Vanessa Bassetti Prochmann Esber

PONTA GROSSA
Ladislao Obrzut Neto (Diretor)
Tatiana Menezes Garcia Cordeiro (Vice-Diretora)
André Scartezini Marques (Secretário)
Joelson José Gulin
Luiz Jacintho Siqueira
Meierson Reque
Northon Arruda Hilgenberg
Rubens Adão da Silva

RIO NEGRO
Militino da Costa Júnior (Diretor)
Leandro Gastim Leite (Vice-Diretor)
Jacy Gomes (Secretário)
Anderson Aurélio de Almeida
Cláudio Veiga Lopes
Helton Boettcher
Jonas de Mello Filho

SANTO ANTÔNIO DA PLATINA
José Mário Lemes (Diretor)
Celso Aparecido Gomes de Oliveira (Vice-Diretor)
Sergio Bachtold (Secretário)
Carlos Roberto Bertoni
Elenir Dólis Godoy
Elizabeth Candido da Lozzo
Hélio Renato Lechinewski

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
Valdicir Faé

UMUARAMA
Sandra Mara Oliver Martins Aguilar (Diretora)
Augusto Legnani Neto (Vice-Diretor)
Fabiano Correa Salvador (Secretário)
Alexandre Thadeu Meyer
Antônio Francisco Ruaro
Deraldo Mancini
Edson Morel
Juscélio de Andrade
Osvaldo Martins de Queiroz Filho
Silvio Roberto Correa

ISSN 2238 - 2070

SUMÁRIO

ARTIGOS ESPECIAIS

O parto no Brasil: pressupostos para uma assistência humanizada à gestante e ao nascituro
Lívia de Araújo Cavalcante 160

Ivo Pitanguy, mestre na vida e na medicina
Raul Cutait 179

Saúde pública acima de interesses políticos
Luiz Ernesto Pujol 181

Versatilidade
Carlos Alberto Moro 184

RESOLUÇÃO CFM

Homologação da portaria que disciplina
Funcionamento da comissão mista de especialidades
CFM 186

Homologada portaria que aprovou relação de especialidades e áreas de atuação
CFM 194

ARQUIVOS
do Conselho Regional de Medicina do Paraná

PARECER CFM

Esclerose Lateral Amiotrófica é irreversível e incapacitante
Hideraldo Luis Souza Cabeça 204

Classificação Brasileira de Ocupações não possui poder regulador na remuneração do trabalho médico no SUS
Celso Murad 212

PARECER CRM-PR

Viabilidade da presença dos pais na UTI Neonatal sob a luz do Estatuto da Criança
Donizetti Dimer Giamberardino Filho 217

Perícia médica e o médico assistente
Keti Stylianos Patsis 222

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Padroeiro dos Advogados - O Advogado dos Pobres, Santo Ivo
Ehrenfried Othmar Wittig 225

O PARTO NO BRASIL: PRESSUPOSTOS PARA UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA À GESTANTE E AO NASCITURO

Childbirth in Brazil: assumptions for assistance humanized to pregnant women and unborn child

Lívia de Araújo Cavalcante *

Palavras-chave – *Parto, autonomia, assistência, cesárea eletiva.*

Keywords – *Childbirth, elective, autonomy, cesareans.*

RESUMO

Introdução: A gestação representa período único e especial na vida da mulher, no qual a sensação de tornar-se mãe confunde-se muitas vezes com incertezas, medos e inseguranças. A escolha da via de parto nesse momento é extremamente difícil. No Brasil o índice de cesáreas supera o de partos naturais. **Objetivo:** O presente trabalho tem como objetivo a análise dos partos realizados no Brasil e a autonomia da gestante na escolha da via de parto, bem como os pressupostos para uma assistência mais humanizada para a gestante. **Metodologia:** Para a realização do trabalho foi efetuada pesquisas bibliográficas em textos doutrinários, em artigos científicos, além da verificação de legislações sobre o assunto. **Resultados:** A partir

* Advogada e acadêmica de Medicina na Faculdade de Medicina Nova Esperança (Famene), de João Pessoa (PB). Residente em Campina Grande (PB). Sob o pseudônimo "Linda Constanzo", teve seu trabalho premiado com menção honrosa (Honra ao Mérito) no 26.º Concurso de Monografia sobre Ética Médica, Bioética e Profissão Médica (2015), do CRM-PR. O tema em destaque do certame foi: "O parto: como harmonizar a ciência e a ética?".

do presente trabalho pode-se perceber o crescimento do número de cesáreas eletivas. Anota-se também que existe a necessidade de preservar o princípio da autonomia da gestante e informar para mulher, que pretende realizar a cesárea sem indicação clínica, sobre os seus riscos. **Conclusão:** Quanto ao desejo materno pela cesárea eletiva, este deve ser cuidadosamente analisado e respeitado, uma vez que a gestação é um momento único na vida de uma mulher. Assim, o Estado e os profissionais de saúde devem esclarecer, acompanhar e respeitar as gestantes em suas decisões para proporcionar uma assistência humanizada ao parto.

INTRODUÇÃO

O trabalho ora proposto enfoca a temática dos partos no Brasil e os pressupostos para uma assistência humanizada para as gestantes e para as crianças.

A gestação representa período único e especial na vida da mulher, no qual a sensação de tornar-se mãe confunde-se muitas vezes com incertezas, medos e inseguranças. A escolha da via de parto nesse momento é extremamente difícil. No Brasil o índice de cesáreas supera o de partos naturais.

Frente a estas questões, o trabalho que se pretende desenvolver será de grande valor posto que a necessidade ou não da cesariana incide nos casos de mortalidade tanto da mãe quanto do bebê.

No referencial teórico, inicialmente, aborda-se alguns princípios aplicados na relação entre médico e paciente durante a realização do parto e do acompanhamento da gestação. Posteriormente, analisa-se os riscos e benefícios da realização da cesariana, bem como a humanização da assistência ao parto e a cultura brasileira pela cesárea. Serão objeto de estudo, ainda, as novas regras estabelecidas para os partos pelas operadoras de planos de saúde.

Por fim, atribui-se uma atenção especial ao conflito ético entre a vontade da gestante em realizar a cesárea e a falta de indicação cientifica para sua realização.

2. ALGUNS PRINCÍPIOS APLICÁVEIS NA ATENÇÃO AO PARTO E À GESTANTE

Tanto no direito constitucional quanto na bioética alguns princípios devem nortear a atuação médica nas relações profissionais. Princípios bioéticos como beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia devem ser levados em consideração quando

o profissional se depara com situações onde a ética e a ciência se encontram em planos opostos. No que diz respeito à atenção ao parto, merecem destaque o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, bem como os princípios bioéticos. A obstetrícia enfrenta dilemas éticos imprevistos em cada avanço do conhecimento médico, por esse motivo o estudo desses princípios é de extrema relevância.

2.1 DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

A dignidade da pessoa humana apresenta-se como um dos fundamentos da ordem constitucional. Seu reconhecimento e proteção tiveram considerável aumento após a segunda guerra mundial, como uma forma de reação às práticas ocorridas durante o nazismo e o fascismo. De acordo com Barroso:

> A dignidade humana tem seu berço secular na filosofia. Constitui, assim, em primeiro lugar, um valor, que é conceito axiológico, ligado à ideia de bom, justo, virtuoso. Nessa condição, ela se situa ao lado de outros valores centrais para o Direito, como justiça, segurança e solidariedade. É nesse plano ético que a dignidade se torna, para muitos autores, a justificação moral dos direitos humanos e dos direitos fundamentais. (BARROSO, 2010, p. 9).

Morais a define como:

> Um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, de modo que, somente excepcionalmente, possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre s*em menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos*. (MORAES, 2010, p. 52).

Sendo assim, de acordo com o referido autor, não deve existir hierarquia entre os direitos fundamentais, devendo sempre ser ponderado qualquer conflito existente entre eles. Por sua vez, Alexandrino e Paulo afirmam:

> A dignidade da pessoa humana assenta-se no reconhecimento de duas posições jurídicas ao individuo. De um lado, apresenta-se como um direito de proteção individual, não só em relação ao Estado, mas, também, frente

> aos demais indivíduos. De outro, constitui dever fundamental de tratamento igualitário dos próprios semelhantes. (ALEXANDRINO; PAULO, 2008, p. 34).

A dignidade da pessoa humana é então um valor fundamental, sendo vários os valores constitucionais que decorrem diretamente deste, tais como, o direito à intimidade, à imagem, à vida e à honra.

Novelino (2008, p. 210), tratando da dignidade da pessoa humana, faz menção à teoria Kantiniana, que desenvolve a ideia de que todos os seres humanos, quaisquer que sejam, são igualmente dignos de respeito, formando parte essencial do indivíduo.

A dignidade da pessoa humana também ganha cuidados especiais quando se trata do direito das gestantes em escolher a via de parto, uma vez que tal princípio protege a autodeterminação do indivíduo.

2.2 PRINCÍPIO BIOÉTICO DA BENEFICÊNCIA E NÃO-MALEFICÊNCIA

A bioética pode ser definida como a ética aplicada à vida, se relacionando de forma interdisciplinar com a Biologia, o Direito, a Ética e a Medicina. O estudo da bioética busca discutir limites e parâmetros éticos e morais principalmente no que diz respeito aos avanços das pesquisas científicas e das relações entre profissionais de saúde e pacientes.

Fernando Freitas a define como:

> A bioética é uma reflexão, pois exige que sejam discutidos os diferentes aspectos envolvidos no problema apresentado, é um tempo dedicado a pensar sobre o problema, em suas diferentes formas de entendimento e enfrentamento. É uma reflexão qualificada, pois deve ser compartilhada, complexa e interdisciplinar. Desse modo, é reflexão compartilhada, uma vez que pressupõe a existência do diálogo, só ocorrendo quando existe troca de saberes, experiências e opiniões; complexa por não se basear apenas em relações lineares entre possíveis causas e seus efeitos, ao admitir que uma mesma realidade permite diferentes abordagens; e interdisciplinar por reconhecer a necessidade de utilizar diferentes competências específicas, com interfaces que permitem interações entre conhecimentos aparentemente não relacionados. (FREITAS et al. 2011, p.90)

O modelo de análise bioética utilizado na maioria dos países, inclusive no Brasil é o Principialista, introduzido por Beauchamp e Childress, em 1989. Esses autores propõem quatro princípios bioéticos fundamentais: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

O princípio da beneficência refere-se à obrigação ética de fazer o bem ao paciente, ou seja de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo. Assim, os profissionais de saúde devem ter a maior convicção, segurança e informação técnicas possíveis para assegurar que a sua atuação é a mais adequada no caso concreto.

De acordo com Krikor Boyaciyan, como o princípio da beneficência proíbe infligir dano deliberado, esse fato é destacado pelo princípio da não-maleficência. Esse, estabelece que a ação do médico sempre deve causar o menor prejuízo ou agravos à saúde do paciente (ação que não faz o mal). É universalmente consagrado através do aforismo hipocrático *primum non nocere* (primeiro não prejudicar), cuja finalidade é reduzir os efeitos adversos ou indesejáveis das ações diagnósticas e terapêuticas no ser humano.

2.3 PRINCÍPIO BIOÉTICO DA AUTONOMIA

Autonomia é a capacidade de uma pessoa para decidir, realizar ou submeter-se ao que ela julga ser o melhor para si mesma. Immanuel Kant define autonomia como sendo a independência de vontade de todo o desejo, sendo autônoma a vontade do sujeito quando regulada pela razão. Nessa linha de pensamento, o sujeito é autônomo quando seu desejo, sua vontade, está orientada pela razão, independente da influência de outros (KANT,p.120).

Para Krikor Boyaciyan, o princípio da autonomia requer que os indivíduos capacitados deliberem sobre suas escolhas pessoais e devam ser tratados com respeito pela sua capacidade de decisão. As pessoas têm o direito de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida. Assim, quaisquer atos médicos devem ser autorizados pelo paciente. A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo), por intermédio do seu Comitê para Assuntos Éticos da Reprodução Humana e Saúde da Mulher, divulga, desde 1994, em um dos seus marcos de referência ética para os cuidados ginecológicos e obstétricos: o princípio da autonomia enfatiza o importante papel que a mulher deve adotar na tomada de decisões com respeito aos cuidados de sua saúde. Os médicos deverão observar a vulnerabilidade feminina, solicitando expressamente sua escolha e respeitando suas opiniões (Boyaciyan, p. 13).

Ademais, para que exista a autonomia é necessária a existência de opções. De acordo com publicação do Conselho Federal de Medicina, no livro Inicialização à Bioética:

> Para que exista uma ação autônoma (liberdade de decidir, de optar) é também necessária a existência de alternativas de ação ou que seja possível que o agente as crie, pois se existe apenas um único caminho a ser seguido, uma única forma de algo ser realizado, não há propriamente o exercício da autonomia. (1998, p. 57)

Além da necessidade de escolha, para que o indivíduo possa exercer tal princípio é preciso a capacidade de agir conforme suas escolhas.

Cumpre ainda mencionar que princípio da autonomia foi recentemente fortalecido no Código de Ética Médica brasileiro pela inclusão do inciso XXI nos Princípios Fundamentais, segundo o qual no processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas. (CEM, inciso XXI, capítulo I).Além do inciso XXI, o código de ética médica em vários de seus artigos protege o princípio da autonomia. Em seu artigo 31 dispõe que é vedado ao médico "desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte". Por sua vez o artigo 22 afirma ser vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte (CEM, art.22).

Sobre o referido princípio, é importante ressaltar que os profissionais de saúde também estão por ele amparados, uma vez que, o Código de ética médica,em seu capítulo I, estabelece que o médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente. (Código de Ética Médica, capítulo I, inciso VII).

Sobre esse tema o Conselho Federal de Medicina, através da obra Iniciação à Bioética, afirma que:

> Deve-se ainda salientar que a autonomia do paciente, não sendo um direito moral absoluto, poderá vir a se confrontar com a do profissional de saúde. Este pode, por razões éticas, a denominada cláusula de consciência, se opor aos desejos do paciente de realizar certos procedimentos, tais como técnicas de reprodução assistida, eutanásia ou aborto (1998, p.64).

Assim, pode-se observar que o princípio da autonomia deve ser levado em consideração por partes de todos os profissionais de saúde, tanto no que diz respeito à autonomia do paciente, quanto da sua própria autonomia de recusar-se a realizar procedimento que seja contrário aos seus valores ou crenças.Dessa forma, se um determinado procedimento vai contra os princípios religiosos do clínico, ele tem o direito de recusar executá-lo Contudo, em caso de urgências o médico ou qualquer outro profissional de saúde não poderá negar atendimento com fundamento em tal princípio.

No âmbito do Ministério da Saúde, a participação do paciente na decisão sobre seus tratamentos consubstanciouse recentemente com a emissão da Portaria 1.820/09, do Gabinete do Ministro, na qual se prevê que na hipótese de existência de alternativas de tratamento o paciente tem o direito de escolha (art. 4o, inciso XI).

Sendo assim, durante a assistência ao parto, como em todo ato médico o obstetra deve estar atento aos preceitos da beneficência e não maleficência. Condutas que estão respaldadas em evidências científicas devem ser valorizadas e adotadas.

3. A ESCOLHA DA VIA DE PARTO

O momento da escolha da via de parto é extremamente importante e especial, a dúvida entre o parto normal, a cesárea ou até mesmo o parto humanizado é comum entre as gestantes.

O parto natural traz algumas vantagens, tanto para a mãe quanto para o bebê, como por exemplo: uma recuperação mais rápida e menor risco de infecção e de hemorragia. Por esse motivo, de acordo com recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), as cirurgias cesarianas deveriam ser realizadas apenas nos casos de risco para a mãe ou bebê.

3.1 A CESÁREA E SUAS INDICAÇÕES

Segundo a doutrina de Fernando Freitas, a história da cesárea tem origem na

mitologia grega. Apolo retirou Asclépio, deus da medicina, do ventre de sua mãe, Coronis, após ela ser morta pela deusa Ártemis. A lenda reflete o único objetivo da cesariana na Antiguidade: retirar um feto vivo de uma mãe já morta. Isso era realizado como último recurso para salvar a criança ou mesmo por motivos religiosos (para enterrar ou cremar a mãe e o filho separadamente); a Lex Regia, de Numa Pompilius (715-673 a.C.), posteriormente conhecida como Lex Cesarea, proibia que uma mulher grávida falecida fosse enterrada até que a criança fosse retirada do seu abdome (Lurie; Glezerman, 2003). O primeiro caso relatado de sobrevivência tanto da mãe como do feto data de 1500 d.C., na Suíça.

A era da cesariana moderna iniciou quando Sänger, em 1882, recomendou fechar todas as incisões uterinas imediatamente após a cirurgia. No mesmo ano, Kehrer propôs o uso da incisão uterina transversal baixa, no nível do orifício interno, medida que somente veio a ser popularizada por Monro Kerr, a partir de 1926. Por meio da combinação de anestesia, assepsia, sutura e da não interferência precoce no trabalho de parto, a mortalidade materna associada à cesariana reduziu drasticamente: no início do século XIX, era de 65 a 75%; no final desse mesmo século, havia caído para 5 a 10% (Todman, 2007). Hoje, a mortalidade materna relacionada à cesariana é estimada em 0,05% (Villar et al. apud Freitas, 2007).

Ocorre que, atualmente existem indicações para esse procedimento. Quando essa indicação é inexistente o procedimento é chamado de cesárea eletiva. Por ser um procedimento cirúrgico, a cesariana apresenta seus riscos para mãe e para o feto, desta forma existem pré-requisitos para que essa via de parto seja realizada, dentre eles:

a) **Sofrimento fetal agudo:** Há consenso que na presença de sofrimento fetal agudo real, a indicação de cesariana é necessária. Recomenda-se a realização da cesariana no menor intervalo de tempo.

b) **Macrossomia:** A indicação de cesariana em fetos acima de 4.500g, principalmente em primíparas, diminui morbidade fetal e materna.

c) **Situação transversa:** Fetos em situação transversa persistente a termo, em ocasiões em que não há domínio da técnica de versão externa, devem ser submetidos à cesariana fora do trabalho de parto.

d) **Placenta prévia:** Indica-se cesariana antes do trabalho de parto em gestações com placenta prévia oclusiva.

e) **Cesariana perimortem:** A morte materna com feto vivo foi a primeira indicação de cesariana, tendo sido a única aceita até o ano 1500 a.C.

Sobre as indicações para a cirurgia cesariana o Dr. James Cadidé, da comissão de parto da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, ensina que a falta de dilatação, cordão umbilical enrolado no pescoço, cesárea anterior e bacia estreita, não podem ser considerados justificativas reais desta cirurgia. Para Cadidé só existem duas indicações absolutas: a desproporção cefalopélvica e a apresentação prévia da placenta.

A desproporção cefalopélvica ocorre quando a ossatura da bacia da mãe é incompatível com a da cabeça do bebê. Essa desproporção pode ocorrer por alguma deformidade nos ossos da mãe ou em casos em que o bebê tem a cabeça maior que o normal, devido a problemas de saúde como hidrocefalia ou diabetes. Os demais casos, de acordo com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, são indicações relativas de cesárea que dependem da avaliação do médico.

Vale lembrar que no Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina consta que as cirurgias cesarianas, devido aos riscos maternofetais, têm indicações eminentemente médicas, somente devendo ser realizadas quando os benefícios para as gestantes ultrapassam os riscos. Nesta diretriz, de 2003, não estão mencionados aspectos relacionados à autonomia das pacientes ou influência dos médicos e das instituições. Porém, devido à inclusão de novos fatores de influência no cenário nacional, presume-se que seja desejável desenvolver esta discussão na próxima edição do projeto.

3.2 CESÁREA ELETIVA

Alguns médicos defendem a cesárea eletiva como melhor via de parto. José Ferrari, oncologista e professor de ética médica e bioética, defende a realização da cesárea eletiva, desde que após a 39ª semana de gestação. De acordo com o Ferrari:

> Se, grande parte das vezes, o bebê pode superar as barreiras anatômicas do períneo materno com facilidade, pode, frequentemente, ter o diâmetro do crânio com dimensões superiores às permitidas pelos ossos e demais estruturas da pelve materna. Não somente esta, mas outras situações obstétricas podem levar ao chamado sofrimento fetal, com queda nas concentrações

> do oxigênio que chega ao cérebro do feto, como as circulares de cordão, a exaustão da parturiente ou o trabalho de parto prolongado. A falta de oxigênio durante três ou quatro minutos causa lesões neuronais irreversíveis e em graus variáveis, cujas manifestações clínicas poderão ser percebidas nos primeiros dias do puerpério ou tardiamente, durante a infância ou até mesmo a adolescência. (FERRARI, p.475)

Dessa forma, ocorrendo alguma complicação no parto normal a cesárea deverá ser realizada com urgência, porém para Ferrari até que o centro cirúrgico seja preparado, a anestesia seja realizada, e a parede abdominal seja aberta, levaria em torno de 20 a 25 minutos, o que pode ser decisivo para algum problema de saúde no bebê.

Sérgio H. Martins-Costa, José Geraldo Lopes Ramos e Cristiano Caetano Salazar, professores de obstetrícia, afirmam que a cesárea eletiva pode apresentar alguns benefícios, quais sejam:

> Os benefícios potenciais de uma cesariana eletiva sem justificativa médica são: redução da hemorragia pós-parto e da necessidade de transfusão; redução na incidência de incontinência urinária, que se restringe à incontinência nos dois anos após cesariana/parto; facilidades logísticas na organização das atividades da equipe médica; menos risco de processo judicial contra o obstetra (é mais fácil justificar a realização do que a não realização de uma cesariana).

Entretanto, os riscos da cesárea para o recém-nascido devem ser considerados. Os principais riscos são: interromper prematuramente a gravidez por erro de cálculo da idade gestacional e o risco de angústia respiratória para os recém-nascidos de parto cesárea em comparação com os de parto vaginal, ainda que ambos estejam a termo.

A cesárea eletiva, ainda, apresenta um período de recuperação mais longo; maior morbidade materna (27,3 complicações a cada 1.000 nascimentos por cesariana programada versus 9/10.000 por parto programado), maior risco de parada cardiorrespiratória pós-cirurgia, hematoma de incisão, histerectomia, infecção puerperal e complicações anestésicas e risco aumentado de problemas respiratórios neonatais (SALAZAR et all, p.234).

Porém, para Freitas o maior risco associado a uma cesariana "desnecessária" é a possibilidade de uma nova gestação. Nesses casos, além do risco de ruptura uterina, que pode ser minimizado com uma nova cesariana eletiva, há o risco de placenta prévia e acretismoplacentário. Essa combinação de morbidades tem sido responsável pelo incremento da mortalidade materna. É a única causa de mortalidade materna que, paradoxalmente, está aumentada nas mulheres que têm mais acesso à assistência médica privada (FREITAS et al, p.398).

3.3 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

O termo humanização vem sendo utilizado na assistência ao parto há muitas décadas e seus conceitos difundidos por autoridades em obstetrícia médica no cenário nacional e internacional (DINIZ, 2005).

Nos últimos anos esse termo começou a ser usado para caracterizar um parto realizado da forma mais natural possível, em que não existe um procedimento rotineiro e as intervenções são realizadas apenas quando estritamente necessário. A ideia é deixar que o bebê venha ao mundo naturalmente, sem a intervenção de terceiros.

Contudo, é relevante mencionar que quando se fala em humanização da assistência ao parto, existem características que vão além da gentileza para com as gestantes ou do ambiente que o parto é realizado. A assistência ao parto envolve sobretudo o respeito aos desejos das mulheres.

Melania Amorim, obstetra e professora da Universidade Federal de Campina Grande, ensina que:

> Na assistência humanizada, evitam-se procedimentos desnecessários e somente são realizadas intervenções cuja efetividade e segurança tenha sido demonstrada por estudos científicos bem conduzidos, seguindo os postulados do que costumamos denominar "Medicina Baseada em Evidências". Práticas ultrapassadas como jejum, tricotomia (raspagem dos pelos) e enteróclise (lavagem intestinal) não devem ser adotadas. Deve-se permitir e encorajar que a mulher assuma a posição que desejar durante o trabalho de parto. A presença do acompanhante deve ser estimulada, sabe-se que as mulheres se sentem mais seguras e confortáveis quando acompanhadas por alguém de sua família ou de seu grupo de amigas. A presença do acompanhante resulta em menor dor para a parturiente e reduz as intervenções

desnecessárias. Estimulam-se as posições não-supina para o parto e deve ser evitado o parto na posição convencional, de litotomia (popularmente conhecida como de "frango assado"). São usados métodos não-farmacológicos para alívio da dor, e analgesia é realizada em casos selecionados, caso a parturiente solicite. Evita-se a episiotomia de rotina, isto é, o "corte" no períneo que teoricamente se acreditava facilitar a saída do bebê, porém hoje em dia se sabe que não é necessário de rotina... e pode ser prejudicial. Imediatamente depois do parto o bebê deve ser colocado nos braços da mãe, aquecido e secado em seu colo, estimulando-se a amamentação na primeira meia hora de vida. Mas em todos os momentos se deve considerar as características e expectativas daquela parturiente.

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS), propôs em suas diretrizes que o objetivo da assistência ao parto é obter mães e crianças mais saudáveis com o mínimo possível de intervenção e compatíveis com a segurança para ambas, reduzindo, assim, a taxa de mortalidade neonatal. No ano de 1998, o Ministério da Saúde iniciou a implementação de uma série de iniciativas e incentivos, voltados às questões da humanização, objetivando melhorar a qualidade da assistência obstétrica, revalorizar o parto normal e reduzir as taxas de cesáreas desnecessárias. (BRASIL,1998; BRASIL,1999).

É relevante mencionar que a humanização da assistência ao parto implica também que a atuação do profissional respeite os aspectos fisiológicos da mulher, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua família. Outros aspectos se referem à autonomia da mulher durante todo o processo, com elaboração de um plano de parto que seja respeitado pelos profissionais que a assistirem; de ter um acompanhante de sua escolha; de serem informadas sobre todos os procedimentos a que serão submetidas; e de ter os seus direitos de cidadania respeitados.

3.4 A CULTURA BRASILEIRA PELA ESCOLHA DA CESARIANA

No Brasil, o número de partos cesáreas é bem maior que os partos naturais, principalmente no setor privado. Coordenada pela Fiocruz, a pesquisa Nascer no Brasil, realizada no ano passado, revela que a cesariana é realizada em 52% dos nascimentos, ocorre que no setor privado esse número é de 88%. A Organização

Mundial de Saúde recomenda que apenas 15% dos partos sejam realizados por meio desse procedimento cirúrgico.

O mesmo estudo aponta que quase 70 % das brasileiras desejam um parto normal no início da gravidez. Porém, poucas foram apoiadas em sua preferência pelo parto normal. Maria do Carmo, coordenadora da pesquisa, afirma que "Há certamente uma influência do pré-natal na decisão das mulheres pelo tipo de parto, mas as amigas e os familiares também influenciam. Não se pode, entretanto, deixar de destacar que é uma visão equivocada achar que a cesariana é a forma mais segura para parir". Ainda de acordo com a pesquisa as cesarianas foram frequentes inclusive entre adolescentes, resultado preocupante para os pesquisadores, já que mulheres com vida reprodutiva precoce tendem a ter número maior de filhos e, consequentemente, estão expostas a mais riscos nas gestações futuras.

Segundo o IBGE, as cesarianas são mais frequentes em mulheres com nível de instrução mais elevado (chegando a quase 70% entre aquelas com 12 anos ou mais de instrução – reflexo da situação econômica mais favorável e do acesso mais frequente à medicina suplementar), em gestações com menos de 37 semanas, no nascimento do primeiro filho e entre mulheres entre 30 e 44 anos (Brasil, 2009).

Muito se fala sobre os motivos pelos quais a escolha pela cesariana é maior entre gestantes e médicos. Para o Dr. James Cadidé, da comissão de parto da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, a cesariana: "É um comodismo assistencial que não envolve apenas médicos obstetras, mas também o gerenciamento dos hospitais. É cômodo ter cesárias programadas para o fluxo de gerenciamento de um centro obstétrico porque se marca a cesárea na hora em que ela é cômoda para todos os atores envolvidos no processo".

Ao discutir sobre os fatores que influenciam a elevada incidência de cesarianas no Brasil, Faundes e Cecatti comentaram que as gestantes, ao optarem por esta via, buscam evitar as dores do parto natural, além de visarem o fator fisiológico relacionado à manutenção da anatomia do períneo, apesar da inconveniência estética da cicatriz abdominal. Mas esta afirmação não se confirmou nos resultados do presente estudo, pois a maioria das gestantes, por diferentes razões, manifestou preferência pelo parto natural. Entre as que preferiram o parto cesariano, as vantagens apontadas foram: praticidade, conforto, menos prejuízos à vida sexual futura,

maior segurança para o bebê e o fato de se tratar de método indolor, embora 21,1% admitam prejuízos à amamentação.

Outro motivo para o alto número de cesáreas seria o receio que os médicos possuem de serem acionados judicialmente por algum erro durante o trabalho de parto:

> O temor de processos por má prática médica tem contribuído sobremaneira para a elevação no número de nascimentos por cesariana. As ações judiciais têm-se concentrado muito mais nos problemas advindos da "cesariana que não foi feita" (ou que não foi feita como primeira opção) do que contra as sequelas da "cesariana que não deveria ter sido feita". Dessa forma, a cesariana torna-se um procedimento mais seguro para o médico, que naturalmente se convence dos seus benefícios nas indicações limítrofes ou é conivente com o desejo da paciente por uma cesariana sem indicação médica. Especialmente no Brasil, onde a cultura da cesariana é popular nas classes sociais de maior poder aquisitivo, o modo de nascimento cirúrgico perdeu a condição de tratamento médico para se tornar a opção desejada de consumo entre as mulheres. Soma-se a isso a crença histórica de que a via alta causa menos dano ao nasciturno, o que, embora sendo verdadeiro para algumas situações específicas (p. ex., apresentações fetais anômalas, gastrosquise e meningomielocele fetais), não se aplica à grande maioria dos nascimentos.(FREITAS et al, p. 890)

Além da segurança jurídica, a preferência de alguns médicos pela cesariana é a conveniência de um parto programado, que não tomará mais que uma hora de seu tempo, ao contrário do que ocorre no parto normal, em que a gestante poderá entrar em trabalho de parto a qualquer hora do dia ou da noite, fins de semana ou feriados, e que ocupará um período maior e imprevisível de seu tempo.

3.5 NOVAS REGRAS PARA PARTOS NOS PLANOS DE SAÚDE

Para estimular o parto normal e reduzir as cesarianas eletivas, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabeleceu novas regras através da Resolução nº 368. Segundo o diretor da ANS é necessário que as gestantes tenham informações adequadas sobre a melhor escolha da via de parto.

> "O parto é um dos momentos mais importantes na vida de uma mulher e de sua família e nós acreditamos que, ao fornecer informações qualificadas à mulher, ao informá-la sobre os riscos que podem ser gerados em decorrência de um procedimento cirúrgico desnecessário, ela estará mais segura na decisão em relação ao seu parto, escolhendo o melhor para sua saúde e a de seu bebê" (José Carlos de Souza Abrahão).

De acordo com a resolução as operadoras de planos de saúde, sempre que solicitadas, deverão divulgar os percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico. Raquel Lisbôa, gerente geral de Regulação Assistencial da ANS explica que para ter acesso aos números de partos normais e de cesáreas, a beneficiária deverá solicitar à operadora, através dos canais de comunicação disponibilizados telefone, e-mail, correspondência ou presencialmente. Os dados devem ser fornecidos por escrito e em linguagem clara.

Segundo o ministro da Saúde, Arthur Chioro, procedimentos médicos desnecessários que venham a ser detectados em auditorias feitas pelas operadoras, como os próprios partos cesáreos, correm o risco de não precisarem ter o pagamento coberto. No caso, o médico e a equipe ficariam sem receber da operadora pelo procedimento realizado.

As operadoras de planos de saúde também serão obrigadas a fornecer o Cartão da Gestante, que contém um registro das consultas de pré-natal, incluindo os principais dados de acompanhamento da gestação, devendo permanecer em posse da gestante e ser apresentado em todos os estabelecimentos de saúde que utilizar durante a gestação e na maternidade quando for admitida em trabalho de parto.

Além disso, a resolução dispõe que os obstetras devem utilizar um Partograma, documento gráfico onde é registrado tudo o que acontece durante o trabalho de parto. Nos casos em que houver justificativa clínica para a não utilização do documento, deverá ser apresentado um relatório médico detalhado.

Com a nova regra, o governo espera que os planos de saúde estimulem os médicos a usarem o partograma para reforçar a segurança da gestante, bem como a do profissional de saúde envolvido e, com isso, diminuir a quantidade de cesarianas no país.

O ministro da saúde, Arthur Chioro, em entrevista concedida ao portal G1, afirma que:

"O bom obstetra usa esse documento como instrumento de segurança para mostrar o que foi realizado em caso de óbito infantil. Ele é decisivo se houver complicações também. Temos de induzir uma prática mais qualificada, com menos procedimentos desnecessários. Ele já é muito utilizado em hospitais públicos e privados. Agora vai se generalizar". .

Por fim, diante das novas regras, caso a gestante faça a opção pela cesárea eletiva deverá, em respeito a autonomia da gestante e em defesa do obstetra, assinar um termo de consentimento livre e esclarecido para que o procedimento possa ser realizado.

4. ÉTICA E CESÁREA A PEDIDO DA GESTANTE

A realização de uma cesariana unicamente devido ao desejo da gestante, algo que antigamente era considerado absurdo e inadmissível, hoje é passível de discussão em função de questões éticas como a autonomia da paciente, do acesso à informação e dos riscos e benefícios avaliados cientificamente.

4.1 A DICOTOMIA ENTRE A AUTONOMIA DA GESTANTE E A REAL NECESSIDADE DA CESARIANA

Historicamente, o modelo da assistência médica, sob os preceitos católicos, descrevia o sofrimento no momento do parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo penalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto. Com o passar do tempo, a Obstetrícia passa a reivindicar seu papel de resgatadora das mulheres, trazendo uma preocupação humanitária de resolver o problema da parturição sem dor, negando assim a sentença do Paraíso, com que há longos séculos a tradição vinha atribuindo a hora bendita da maternidade (Hotimsky SN, Schraiber LB, p. 37).

Com o passar dos anos, o avanço do respeito à autonomia das pacientes e o espaço conquistado pelas mulheres no mercado de trabalho e na sociedade contribuíram para a participação da gestante na escolha da via de parto. Permitir à gestante essa escolha é respeitar sua liberdade individual, atendendo aos princípios da autonomia e beneficência. Como o parto cesáreo determina maior morbidade e mortalidade materna e pode restringir o futuro obstétrico, o princípio da não-maleficência,

de acordo com Eduardo de Souza, pode ser lembrado por alguns obstetras, para não satisfazer a mulher nesse desejo. Dessa forma a decisão de realizar ou não a cesárea a pedido deve ser conjunta, envolvendo o médico obstetra e a gestante. É essencial que o médico informe sobre os riscos e benefícios desse procedimento. Bem como esclareça que a gestante poderá tomar a decisão que julgar mais adequada (SOUZA, p.93).

Embora a cesárea a pedido não possua aceitabilidade plena por parte de associações, federações e conselhos médicos, muitos profissionais a defendem. Sua execução, na ausência de contraindicações formais, respeita a autonomia e fortalece a Relação Médico-Paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nononon nononono De acordo com o princípio da autonomia, médico e paciente devem ter suas vontades e crenças respeitadas. Assim, nem o Estado e nem os profissionais de saúde podem restringir a realização da vontade da gestante na escolha da via de parto. Dessa forma se a mulher solicita uma cesárea para a qual não exista uma indicação clínica caberá ao médico explicar os riscos dessa escolha e, caso não concorde com a mesma por saber que os riscos para mulher e para o bebê superam qualquer benefício, o médico tem o direito de se recusar a realizá-la.

Conclui-se, ainda, que valorização do parto humanizado deve ser levada em consideração por aumentar a autonomia e o poder de decisão numa relação menos autoritária e mais solidária entre o profissional da saúde e a mãe, com desdobramentos efetivos para uma boa evolução do trabalho de parto e para a saúde das mulheres e das crianças.

Por fim, observa-se que quanto às escolas médicas, é necessária uma mudança na formação dos estudantes, voltada para uma medicina mais humanizada. Do ponto de vista ético, cabe ao médico questionar cada indicação para a realização de uma cesárea, buscar o aprimoramento e destreza nos procedimentos obstétricos, conhecer melhor a fisiologia do trabalho de parto e do próprio parto e ajustar sua conduta aos imperativos da ética no exercício da profissão médica. Ademais, cumpre ao Estado a responsabilidade de proporcionar condições adequadas para a realização de parto natural nas instituições públicas e também privadas, bem como garantir a autonomia da gestante na escolha da via de parto. Para isso deverá realizar campanhas para esclarecer, e fortalecer as políticas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALEXANDRINO, Marcelo; PAULO, Vicente. **Direito constitucional descomplicado.** São Paulo: Método, 2010.

AMORIM. Melania. **Humanização do parto.** Disponível via <https://bibliografiadadoula.wordpress.com/2013/04/09/a-dra-melania-amorim-fala-sobre-a--humanizacao-do-parto/> Acesso em 15 de junho de 2015.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto diretrizes: cesarianas – indicações.** [Internet]. 2003 Disponível via <http://www.projetodiretrizes.org. br/projeto_diretrizes/032.pdf > Acesso em 01 de julho de 2015.

BARROSO. Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: natureza jurídica, conteúdos mínimos e critérios de aplicação. Versão provisória para debate público.** Mimeografado, dezembro de 2010. Disponível em: <http://www.luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2010/12/Dignidade_texto-base_11dez2010.pdf>. Acesso em: 12 junho. 2015.

BRASIL. Portaria no 1.820, de 13 de agosto de 2009. **Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

CADERNOS CREMESP - ÉTICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo Câmara Técnica de Saúde da Mulher do Cremesp Rua da Consolação, 753 – Centro – São Paulo – SP.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM no 1.931, de 17 de setembro de 2009.** Aprova o Código de Ética Médica e revoga a Resolução CFM no 1.246/1998. [versão de bolso]. Diário Oficial da União. 24 set. 2009.

DIAS, Bastos et all. Rosa Maria **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto.** Ciência & Saúde Coletiva, vol. 10, núm. 3, julho-setembro, 2005, pp. 699-705 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil.

FAÚNDES, A., CECATTI, J. G. **A Operação cesárea no Brasil. incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, abr./jun. 1991.

FERRARI, José. **A autonomia da gestante e o direito da cesárea a pedido.** Revista bioética 2009.

FERREIRA, Sergio Ibiapina. **Iniciação à bioética** / Sergio Ibiapina Ferreira Costa, Gabriel Oselka, Volnei Garrafa, coordenadores. – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

FREITAS, Fernando et all. **Rotinas em obstetrícia** – 6. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2011.

KANT, Imanuell. **Fundamentos da metafísica dos costumes.** Rio de Janeiro: Ediouro; 1970.

MORAES. Alexandre de. **Direito constitucional.** 16. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

NOVELINO. Marcelo. **Direito constitucional.** São Paulo: Método, 2008.

IVO PITANGUY, MESTRE NA VIDA E NA MEDICINA

Ivo Pitanguy, master of life and medicine

Raul Cutait *

Palavras-chave – *Ivo Pitanguy, cirurgia plástica, referência, academia, memória.*

Keywords – *Ivo Pitanguy, plastic surgery, reference, academy, memory.*

Ivo Pitanguy foi um indivíduo especial. Como médico, era celebrado no país e no exterior; como ser humano, transmitia nas relações pessoais não ser um professor da vida, mas um curioso que queria compartilhar suas experiências e aprender com seus interlocutores.

Boa praça, a todos deliciava com suas histórias pessoais e de médico. Ivo foi um pioneiro em sua área, a cirurgia plástica, e teve o privilégio de desenvolver uma importante escola, com gente de todos os cantos procurando aprender o ofício com ele. Nas salas de cirurgia, ensinava-os a operar; nos corredores e quartos, mostrava como se relacionar com os pacientes. Sempre com seu exemplo de educação, imbatível charme e vasta cultura.

* Professor associado do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da USP e membro da Academia Nacional de Medicina. Artigo de opinião publicado na Folha de S. Paulo de 10 de agosto de 2016.

Ivo teve oportunidades na vida? Obviamente que sim, mas ele também criou, com foco e determinação, aquelas que fizeram dele uma referência. O interesse pelas cirurgias reparadoras levou-o a ampliar, no exterior, sua formação nessa área; daí naturalmente envolveu-se com a cirurgia estética, numa época em que a plástica engatinhava em todo o mundo.

O espírito acadêmico levou-o a desenvolver técnicas próprias e uma importante escola de pós-graduação na Santa Casa do Rio. Logo tornou-se referência nacional e internacional, esta última facilitada por sua cultura e proficiência em outros idiomas, o que lhe permitia atender, lecionar e publicar artigos científicos numa época em que conhecer bem apenas o vernáculo já era um diferencial.

Creio que o alcance de um mestre se mede pelo número e diversidade de seus discípulos. Eu, que não sou cirurgião plástico, recebi vários pedidos de estrangeiros, de países distintos, para que intercedesse por eles no processo de seleção de seu muito procurado curso.

Nos ambientes profissionais não é incomum a inveja; o meio médico não é diferente. Pois bem, isso Ivo tirou de letra, pois a maioria dos cirurgiões plásticos tinha admiração por ele e, inclusive, demonstrava gratidão pela trilha que havia aberto.

Seu sucesso era exemplo, qualquer que fosse o indicador: profissional, intelectual, familiar, financeiro. Ivo teve-os todos.

O segredo? Conseguiu conciliar competência, conhecimento, dedicação a seus pacientes e disponibilidade para suas outras atividades na vida. Lembro-me de uma memorável sessão em Paris, em 2005, na comemoração do ano Brasil-França, que envolveu as academias nacionais de medicina dos dois países.

Naquela manhã, três palestras foram realizadas -a dele, a de Paulo Niemeyer Filho e a minha. Cada um de nós discorreu sobre tema de sua própria especialidade. Ao término da rodada científica, ele comentou comigo: "Raul, estou sempre com minhas aulas à mão; convidou, eu vou!". E vejam que ele já havia passado dos 80 anos na ocasião.

Com essas linhas homenageio o cirurgião que, por meio de sua intensa atividade cirúrgica, de ensino e de investigação clínica, conseguiu, como poucos, dignificar a medicina brasileira. Querido Ivo, a eternidade é sua!

SAÚDE PÚBLICA ACIMA DE INTERESSES POLÍTICOS

Public health above political interests

Luiz Ernesto Pujol *

Palavras-chave – *SUS, financiamento, assistência, interdição ética.*

Keywords – *SUS , financing, assistance, ethical ban.*

O Conselho Regional de Medicina do Paraná, após haver consolidado indicativos de interdição ética em algumas unidades hospitalares do estado, todas sob gestão pública, constatou movimentação política na qual recursos econômicos foram repentinamente disponibilizados, acenando assim com a possibilidade de que aqueles e também outros serviços que atendem o Sistema Único de Saúde possam manter suas portas abertas à população, pelo menos por mais alguns meses.

Trata-se de paliativo e não a pretendida solução a médio e longo prazos, intento maior dos indicativos de interdição levados em momentos diferentes a hospitais como o Universitário de Maringá, o Municipal Germano Lauck (Foz do Iguaçu), o Municipal de Rolândia e o das Clínicas (Curitiba). Eis que ainda não estão imunes ao alcance de uma interrupção de atividades, a exemplo de outras tantas instituições

* Presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná. Artigo publicado no Portal do CRM-PR e na edição do jornal Gazeta do Povo de 10 de agosto de 2016.

hospitalares com infraestrutura fragilizada e que não oferecem aos médicos as condições necessárias para o exercício ético e seguro da medicina.

Recursos econômicos indispensáveis são sempre bem-vindos. Entretanto, o que de fato também se requer é uma administração da saúde pública capacitada e gerida por pessoas tecnicamente preparadas e com profundo conhecimento na área da atenção básica e das minúcias particulares do SUS, nos patamares primário, secundário e terciário.

A Prefeitura Municipal de Curitiba, que arca com a maior fatia de recursos econômicos para subsistência do SUS, uniu-se de forma apartidária ao gestor estadual do Paraná na distribuição dos emolumentos emergencialmente disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Foi esse um significativo gesto de aproximação entre estado e município, mirando o objetivo do interesse público da capital. Um gesto de fácil obtenção e que, esperamos, deve a partir de agora tornar-se a regra e exemplo, contemplando as demais regiões de nosso estado e não se guiando por acontecimentos políticos ou eleitorais de momento.

As forças políticas presentes em recente reunião, quando da assinatura do convênio entre estado e município no Palácio Iguaçu, demonstram que capacidades técnicas sobrepujam as dificuldades econômicas e políticas, favorecendo a população em geral, ofertando-lhe qualidade no atendimento de suas necessidades na área de saúde e, ainda, entusiasmando todas as categorias profissionais que se dedicam diuturnamente à assistência disponibilizada pelo SUS.

Importante destacar que o indicativo de interdição ética de serviços médico-hospitalares é instrumento legal que aponta específicas situações de risco ao bom trabalho médico e para boa assistência à população, concedendo um prazo determinado para a solução dos problemas, que, se não equacionados, terão influência na interdição de fato. Como essa medida, a maioria das instituições hospitalares tem conseguido meios administrativos, técnicos e econômicos para corrigir as deficiências dos serviços.

No entanto, trata-se de medida emergencial que, na sequência, deve ser mantida e aperfeiçoada com novas ações, de modo a trazer as condições ideais para o trabalho assistencial prestado aos usuários. Propõe-se assegurar a devida segurança para quem presta e para quem recebe o atendimento. Como essência, têm-se a qualidade e a garantia de aquilo que está sendo oferecido é o melhor ao paciente,

tal qual preconizam os preceitos da profissão médica.

Anseiam médicos e demais profissionais que formam a corrente assistencial a proatividade ininterrupta dos gestores públicos no fiel cumprimento de suas obrigações constitucionais de respeito à sociedade na atenção à saúde.

VERSATILIDADE

Versatility

Carlos Alberto Moro *

Palavras-chave – *Vivências, memória, conhecimento, viagem.*

Keywords – *Experiences, memory, knowledge, travel.*

As coisas nem sempre são como parecem ser e quem quer aparentar o que não é, muitas vezes padece de momentos os mais constrangedores.

Em 1968, ao tempo em que havia em Curitiba uma representação consular norte-americana, ao final de uma aula de judô era mais defesa pessoal , um dos nossos companheiros, Martin Charvat, pessoa de proa no Consulado, indagou-se como eu receberia um convite para visitar os Estados Unidos. Não relutei em afirmar que me sentiria honrado se a hipótese se viesse a concretizar. Poucas semanas após, oficializada a invitação, lá fui eu para as terras de Tio Sam. Como convidado do Departamento de Estado e consultado em Washington, sobre quais áreas que me interessava conhecer e discutir, ajustei um roteiro que me permitiria percorrer vários Estados e estabelecer contato prioritário com as maiores autoridades do setor educacional.

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

Desde o primeiro desses contatos, percebi que os meus interlocutores conheciam tudo, mas somente não área restrita das suas especializações. Nos debates, palestras e trocas de informações, procurei sempre dizer o obvio dentro desta ou daquela especialidade, para em seguida, abordar aspectos distintos que, certeza eu tinha, refugiam aos conhecimentos específicos dos meus anfitriões. E foi assim que, segundo me relatava o meu acompanhante oficial, Mr. Cláudio Rabello, o meu conceito, sempre comunicado ao "State Departament", aumentava gradativamente e diziam de mim ser "um homem de vasta cultura humanística e expressiva versatilidade de conhecimentos".

Assim a coisa foi indo.

Aprendi muito, é verdade, mas "enganei" bastante, no bom sentido.

Até que um dia, o meu encontro, quase ao final da programação organizada, era com um professor de Língua e Literatura Portuguesa, na Universidade da Califórnia.

Após as gentilezas de praxe, sugeriu-me o professor que traçasse o perfil psicológico do personagem tal, do livro tal, do Autor tal.

A sugestão era direta e não ensejava nenhuma possibilidade de mostrar a minha tão apregoada versatilidade. Na verdade, eu não tinha ouvido falar, quer do livro, quer do Autor e muito menos do tal personagem, para mim totalmente desconhecidos.

Outra alternativa não me restou se não a de confessar a minha ignorância e o estratagema que usara nos outros encontros até então realizados. Efetivamente, eu teria que viver mais cinquenta anos, estudando a matéria do Professor, para saber metade do que ele demonstrou saber.

Ante a minha enrubescida confissão, depois da qual conversamos sobre autores nossos e portugueses e sobre suas obras que, felizmente, não me eram totalmente estranhas, o Professor, enquanto saboreávamos uma "coca-cola with little ice", confidenciou-me que, ao diverso do que nervosamente pressupunha, encaminharia o Relatório da Visita, mantendo inalterável e ainda reforçando o conceito com que me vinham distinguindo.

Num largo sorriso, disse-me que no teste principal eu havido passado com grau 10.

Nunca existiram, nem o livro, nem o autor e muito menos o tal personagem, cujo perfil psicológico eu teria que traçar!

HOMOLOGAÇÃO DA PORTARIA QUE DISCIPLINA FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES

Ordinance of approval to discipline mixed specialties commission of operation

*CFM **

Palavras-chave – *Especialidades, áreas de atuação, registro, regulamentação, comissão mista.*

Keywords – *Specialities, areas of expertise, registration, regulation, joint committee.*

RESUMO

Dispõe sobre a homologação da Portaria CME nº 01/2016, que disciplina o funcionamento da Comissão Mista de Especialidades (CME), composta pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que normatiza o reconhecimento e o registro das especialidades médicas e respectivas áreas de atuação no âmbito dos Conselhos de Medicina.

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.148/2016

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelos Decretos nº 44.045/1958 e nº 6.821/2009 e alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004;

*Conselho Federal de Medicina.

CONSIDERANDO que cabem ao Conselho Federal de Medicina a normatização e a fiscalização do exercício da medicina;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina, como autarquia federal regida pela Lei nº 3.268/57, possui autonomia administrativa e financeira, podendo dispor sobre sua organização interna;

CONSIDERANDO o disposto no Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015, que regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas, de que tratam os §§ 4º e 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013;

CONSIDERANDO,finalmente, o decidido em sessão plenária do dia 22 de julho de 2016;

RESOLVE:

Art. 1º – Homologar a Portaria CME nº 01/2016, anexa, que disciplina o funcionamento da Comissão Mista de Especialidades (CME), composta pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Art. 2º – Esta Resolução e a Portaria CME nº 01/2016 entrarão em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 22 de julho de 2016.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA
Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-geral

ANEXO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.148/2016

PORTARIA CME Nº 01/2016

Regulamenta o funcionamento da Comissão Mista de Especialidades (CME), composta pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), disciplinando o reconhecimento e o registro das especialidades médicas e respectivas áreas de atuação no âmbito dos Conselhos de Medicina, e dá outras providências.

A COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES (CME), no uso das atribuições que lhe confere o Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015, e considerando o disposto nas Leis nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, aprova o seguinte regulamento, que disciplina o seu funcionamento:

CAPÍTULO I

DAS NORMAS ORIENTADORAS E REGULAMENTADORAS

Art. 1º – 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.

§ 1º – Define-se especialidade médica como núcleo de organização do trabalho médico que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de segmentos da dimensão biopsicossocial do indivíduo e da coletividade.

§ 2º – Define-se área de atuação como modalidade de organização do trabalho médico, desenvolvida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com uma ou mais especialidades.

§ 3º – Reconhecem-se como especialidades médicas aquelas consideradas raízes e aquelas que preenchem o conjunto de critérios abaixo relacionados:

1. Complexidade dos problemas de saúde e acúmulo de conhecimento em determinada área de atuação médica que transcenda o aprendizado do curso médico e de uma área raiz em um setor específico;

2. Ter relevância epidemiológica e demanda social definida;

3. Ter complexidade que demande um conjunto de conhecimentos,

habilidades e atitudes que exija um período mínimo de dois anos de formação;

4. Reunir conhecimentos que definam um núcleo de atuação própria que não possa ser englobado por especialidades já existentes.

§ 4º – São critérios de exclusão para reconhecimento de especialidades:

1. Área que já esteja contida em uma especialidade existente;

2. Processo que seja apenas meio diagnóstico e/ou terapêutico;

3. Área que esteja relacionada exclusivamente a uma doença ou problema de saúde isolado;

4. Área cuja atividade seja exclusivamente experimental;

5. Função ou atividade essencialmente vinculada ao conhecimento de legislação específica;

6. Área que seja apenas disciplina acadêmica.

§ 5º – A CNRM somente autorizará programas de residência médica nas especialidades e áreas de atuação aprovadas pela CME.

§ 6º – As especialidades médicas e áreas de atuação aprovadas pela CME terão sua certificação sob responsabilidade da AMB e/ou da CNRM.

§ 7º – O número de médicos e o tempo de existência de uma atividade não são parâmetros para reconhecimento ou exclusão de especialidade ou área de atuação.

Art. 2º – É competência da CME a deliberação sobre assuntos relacionados a especialidades médicas e áreas de atuação, inclusive os oriundos das entidades que a compõem.

Art. 3º – Somente as entidades integrantes da CME são legitimadas para solicitar o reconhecimento de novas especialidades médicas e/ou áreas de atuação.

Parágrafo único. A deliberação e a decisão sobre pedido de reconhecimento de novas especialidades e/ou áreas de atuação deverão ser aprovadas por unanimidade pelos componentes da CME.

Art. 4º – A extinção de qualquer especialidade médica e/ou área de atuação será efetivada após solicitação da AMB, do CFM ou da CNRM e com aprovação por unanimidade pelos componentes da CME.

Parágrafo único. A efetivação da extinção da especialidade médica e/ou área de atuação respeitará o tempo mínimo de duração do programa de residência médica.

Art. 5º – A CME somente reconhecerá especialidade médica com tempo de formação mínimo de dois anos e área de atuação com tempo de formação mínimo de um ano, sendo obrigatória carga horária anual mínima de 2.880 horas.

§ 1º – A matriz de competência, da qual decorre o tempo de formação de especialidade médica ou área de atuação para a residência médica, será aquela aprovada pela CNRM, respeitados os pré-requisitos necessários.

§ 2º – A matriz de competência, da qual decorre o tempo de formação de especialidade médica ou área de atuação para a AMB, em programas de formação credenciados por sociedades de especialidade, será aprovada pela CME e deverá manter similaridade com a matriz de competência aprovada pela CNRM, respeitados os pré-requisitos necessários.

§ 3º – Cabe à CNRM autorizar e disciplinar ano opcional, desde que com o mesmo nome do programa de residência médica, para complementação da formação, mediante solicitação da instituição com a devida justificativa da necessidade de sua implantação e comprovação de sua capacidade, conforme requisitos necessários.

Art. 6º – A AMB emitirá apenas títulos e certificados que atendam às determinações da CME.

Parágrafo único. Em seus editais de concurso para título de especialista ou certificado de área de atuação, a AMB deverá observar a matriz de competência e o tempo mínimo de formação na especialidade ou área de atuação determinados pela CME, conforme dispõe o caput e § 2º do artigo 5º.

Art. 7º – A AMB, nos editais de titulação das suas associações filiadas, deverá prever a participação de médicos que não realizaram programas de especialização ou residência médica. Nesses casos, deverá exigir como único pré-requisito, de forma fundamentada, comprovação de atuação na área pelo dobro do tempo de formação do programa de residência médica, ficando vedada a cobrança de cumprimento de cursos ou treinamentos adicionais.

Art. 8º – A atualização do rol de especialidades médicas e áreas de atuação reconhecidas, quando ocorrer, será feita por meio de Portaria da CME, que será homologada por resolução do Conselho Federal de Medicina, a qual será publicada

no Diário Oficial da União.

Art. 9º – A AMB deverá anualmente oferecer prova de título de especialista de todas as especialidades e áreas de atuação reconhecidas pela CME.

Art. 10 – Os exames da AMB para certificação de áreas de atuação comuns a duas ou mais especialidades serão únicos e sob a responsabilidade da AMB.

Art. 11 – Os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) deverão registrar apenas títulos de especialidade e certificados de áreas de atuação reconhecidos pela CME e emitidos pela AMB ou pela CNRM.

Art. 12 – A denominação dos registros de especialidade junto aos CRMs obedecerá aos seguintes critérios:

I – Documentos emitidos pela CNRM ou pela AMB previamente à Resolução CFM nº 1.634/02 e anexos, ou outra resolução posterior que a tenha revogado, poderão preservar, no registro, a denominação original;

II – Documentos emitidos posteriormente à Resolução CFM nº 1.634/02 e anexos, ou outra resolução posterior que a tenha revogado, 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.

Art. 13 – As solicitações de atualização dos títulos feitas por médicos às associações de especialidade deverão ser encaminhadas pelas associações à AMB, que deverá atualizar a denominação anterior dos títulos ou certificados para a nomenclatura vigente, cabendo aos CRMs promover idêntica alteração no registro existente em seus cadastros.

Art. 14 – As especialidades médicas e as áreas de atuação devem receber registros independentes nos CRMs.

Art. 15 – As áreas de atuação receberão certificação, no âmbito da AMB, via associações de especialidade.

Art. 16 – As sociedades de especialidade ou de área de atuação reconhecidas ficam obrigadas a comprovar sua participação em centros de treinamento e formação, mediante relatório anual enviado à AMB.

Art. 17 – São proibidos aos médicos a divulgação e o anúncio de especialidades ou áreas de atuação que não tenham o reconhecimento da CME.

Parágrafo único. O médico só poderá fazer divulgação e anúncio de até duas especialidades e duas áreas de atuação, desde que registradas no CRM de sua jurisdição.

Art. 18 – A CME reunir-se-á ordinariamente no mínimo 6 (seis) vezes ao ano.

Parágrafo único. A CME poderá se reunir extraordinariamente mediante solicitação de qualquer um de seus membros.

Art. 19 – O quórum mínimo para funcionamento da CME é de 3 (três) membros. No entanto, quando se tratar de deliberação sobre alteração da Portaria CME nº 01/2016 ou da relação das especialidades médicas e/ou áreas de atuação, o quórum mínimo será obrigatoriamente com 1 (um) representante de cada ente integrante.

Art. 20 – As substituições dos membros da CME serão efetivadas após comunicado oficial das entidades à Comissão.

Parágrafo único. Será necessária publicação no Diário Oficial da União de Portaria do CFM com a nova designação.

Art. 21 – Os custos administrativos para funcionamento da CME correrão por conta do CFM, cabendo a cada entidade integrante, contudo, arcar com suas respectivas despesas logísticas.

Art. 22 – A CME designará relator para a emissão de pareceres conclusivos a serem apreciados em reunião plenária da Comissão.

Art. 23 – As propostas para criação e reconhecimento de novas especialidades médicas ou áreas de atuação recusadas pela CME só poderão ser reapresentadas para nova avaliação após 5 (cinco) anos, contados a partir da data do indeferimento.

Art. 24 – A CME poderá, a seu critério, emitir resoluções, portarias, recomendações e normativas sobre suas atividades.

Brasília, 22 de julho de 2016.

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO – CFM
MARIA DO PATROCÍNIO NUNES – CFM
ALDEMIR HUMBERTO SOARES – AMB
FÁBIO BISCEGLI JATENE – AMB
FRANCISCO ARSEGO DE OLIVEIRA – CNRM
FELIPE PROENÇO – CNRM

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.148/2016

A Comissão Mista de Especialidades (CME), composta por representantes do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e da Associação Médica Brasileira (AMB), foi estabelecida por meio de convênio entre as entidades em 11 de abril de 2002 e reconhecida pela Resolução CFM 1.634/2002.

Ao longo desses anos realizou importante trabalho de definição, uniformização e consolidação das especialidades e das áreas de atuação médica.

Em 10 de setembro de 2015 a Presidência da República editou o Decreto nº 8.516, que, além de criar o Cadastro Nacional de Especialistas, em seu artigo 4º reconhece a CME, vinculada ao CFM, e determina que a ela compete definir as especialidades médicas no Brasil.

Neste mesmo artigo, em seu § 1º assim define a composição da CME:

I – dois representantes da Comissão Nacional de Residência Médica, sendo um do Ministério da Saúde e um do Ministério da Educação;

II – dois representantes do Conselho Federal de Medicina; e

III – dois representantes da Associação Médica Brasileira.

Já o § 2º estabelece que os representantes da CME definirão as demais competências para sua atuação e as regras de seu funcionamento por meio de ato específico.

Os membros da CME, por unanimidade, estabeleceram que a Portaria CME nº 01/2016, que disciplina seu funcionamento, fosse homologada pela plenária do CFM e publicada por meio de resolução, garantindo assim sua aplicabilidade e a continuidade dos trabalhos.

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO
Relator

RESOLUÇÃO CFM nº 2.148/2016
Resolução aprovada na sessão plenária de 22 de julho de 2016.
Publicada no D.O.U. em 3 de agosto de 2016, Seção I, p. 99.

HOMOLOGADA PORTARIA QUE APROVOU RELAÇÃO DE ESPECIALIDADES E ÁREAS DE ATUAÇÃO

Approved ordinance which adopted relation specialties and areas

CFM *

Palavras-chave – *Especialidades, áreas de atuação, registro, regulamentação, titulações, relação.*

Keywords – *Specialities, areas of expertise, registration, regulation, titrations, list.*

RESUMO

Homologa a Portaria CME nº 02/2016, que aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades.

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.149/2016

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelos Decretos nº 44.045/1958 e nº 6.821/2009 e alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004;

CONSIDERANDO que cabem ao Conselho Federal de Medicina a normatização e a fiscalização do exercício da medicina;

*Conselho Federal de Medicina.

CONSIDERANDO o disposto no Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015, que regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas, de que tratam os §§ 4º e 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013;

CONSIDERANDO a Portaria CME nº 01/2016, homologada pela Resolução CFM nº 2. 148/2016, que disciplina o funcionamento da Comissão Mista de Especialidades (CME), composta pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que normatiza o reconhecimento e o registro das especialidades médicas e respectivas áreas de atuação no âmbito dos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 22 de julho de 2016;

RESOLVE:

Art. 1º - Homologar a Portaria CME nº 02/2016, anexa, que aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades.

Art. 2º - Revogam-se todas as disposições em contrário e em especial as Resoluções CFM nº 1.634/2002 (publicada no D.O.U. de 29 de abril de 2002, Seção I, p. 81) e nº 2.116/2015 (publicada no D.O.U. de 4 de fevereiro de 2015, Seção I, p. 55).

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

Brasília-DF, 22 de julho de 2016.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA
Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-geral

ANEXO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2. 149/2016

PORTARIA CME Nº 02/2016

A **COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES (CME)**, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015, e considerando o disposto nas Leis nº 6.932, de 7 de julho de 1981,e nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, resolve:

Art. 1º - Aprovar a seguinte relação de especialidades e áreas de atuação médicas.

A) RELAÇÃO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS RECONHECIDAS

1. Acupuntura
2. Alergia e imunologia
3. Anestesiologia
4. Angiologia
5. Cancerologia
6. Cardiologia
7. Cirurgia cardiovascular
8. Cirurgia da mão
9. Cirurgia de cabeça e pescoço
10. Cirurgia do aparelho digestivo
11. Cirurgia geral
12. Cirurgia pediátrica
13. Cirurgia plástica
14. Cirurgia torácica
15. Cirurgia vascular
16. Clínica médica
17. Coloproctologia
18. Dermatologia
19. Endocrinologia e metabologia
20. Endoscopia
21. Gastroenterologia
22. Genética médica
23. Geriatria
24. Ginecologia e obstetrícia

25. Hematologia e hemoterapia
26. Homeopatia
27. Infectologia
28. Mastologia
29. Medicina de emergência
30. Medicina de família e comunidade
31. Medicina do trabalho
32. Medicina de tráfego
33. Medicina esportiva
34. Medicina física e reabilitação
35. Medicina intensiva
36. Medicina legal e perícia médica
37. Medicina nuclear
38. Medicina preventiva e social
39. Nefrologia
40. Neurocirurgia
41. Neurologia
42. Nutrologia
43. Oftalmologia
44. Ortopedia e traumatologia
45. Otorrinolaringologia
46. Patologia
47. Patologia clínica/medicina laboratorial
48. Pediatria
49. Pneumologia
50. Psiquiatria
51. Radiologia e diagnóstico por imagem
52. Radioterapia
53. Reumatologia
54. Urologia

B) RELAÇÃO DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO MÉDICAS RECONHECIDAS

1. Administração em saúde
2. Alergia e imunologia pediátrica
3. Angiorradiologia e cirurgia endovascular

4. Atendimento ao queimado
5. Cardiologia pediátrica
6. Cirurgia bariátrica
7. Cirurgia crânio-maxilo-facial
8. Cirurgia do trauma
9. Cirurgia videolaparoscópica
10. Citopatologia
11. Densitometria óssea
12. Dor
13. Ecocardiografia
14. Ecografia vascular com doppler
15. Eletrofisiologia clínica invasiva
16. Emergência pediátrica
17. Endocrinologia pediátrica
18. Endoscopia digestiva
19. Endoscopia ginecológica
20. Endoscopia respiratória
21. Ergometria
22. Foniatria
23. Gastroenterologia pediátrica
24. Hansenologia
25. Hematologia e hemoterapia pediátrica
26. Hemodinâmica e cardiologia intervencionista
27. Hepatologia
28. Infectologia hospitalar
29. Infectologia pediátrica
30. Mamografia
31. Medicina de urgência
32. Medicina do adolescente
33. Medicina do sono
34. Medicina fetal
35. Medicina intensiva pediátrica
36. Medicina paliativa
37. Medicina tropical
38. Nefrologia pediátrica

39. Neonatologia
40. Neurofisiologia clínica
41. Neurologia pediátrica
42. Neurorradiologia
43. Nutrição parenteral e enteral
44. Nutrição parenteral e enteral pediátrica
45. Nutrologia pediátrica
46. Pneumologia pediátrica
47. Psicogeriatria
48. Psicoterapia
49. Psiquiatria da infância e adolescência
50. Psiquiatria forense
51. Radiologia intervencionista e angiorradiologia
52. Reprodução assistida
53. Reumatologia pediátrica
54. Sexologia
55. Toxicologia médica
56. Transplante de medula óssea
57. Ultrassonografia em ginecologia e obstetrícia

C) TITULAÇÕES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Título de especialista em ACUPUNTURA

Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Acupuntura
AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Médico de Acupuntura

Título de especialista em ALERGIA e IMUNOLOGIA

Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Alergia e Imunopatologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia

Título de especialista em ANESTESIOLOGIA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Anestesiologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Título de especialista em ANGIOLOGIA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Angiologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular

Título de especialista em CANCEROLOGIA/CANCEROLOGIA CLÍNICA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cancerologia/Clínica
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cancerologia

Título de especialista em CANCEROLOGIA/CANCEROLOGIA CIRÚRGICA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cancerologia/Cirúrgica
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cancerologia

Título de especialista em CANCEROLOGIA/CANCEROLOGIA PEDIÁTRICA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cancerologia/Pediátrica
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cancerologia

Título de especialista em CARDIOLOGIA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cardiologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cardiologia

Título de especialista em CIRURGIA CARDIOVASCULAR
Formação: 4 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Cardiovascular
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular

Título de especialista em CIRURGIA DA MÃO
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia da Mão
AMB: Concurso do Convênio
AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão

Título de especialista em CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia de Cabeça e Pescoço
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço

Título de especialista em CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia do Aparelho Digestivo
AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva

Título de especialista em CIRURGIA GERAL
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral
AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Título de especialista em CIRURGIA PEDIÁTRICA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Pediátrica
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia Pediátrica

Título de especialista em CIRURGIA PLÁSTICA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Plástica
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

Título de especialista em CIRURGIA TORÁCICA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Torácica
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica

Título de especialista em CIRURGIA VASCULAR
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Vascular
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular

Título de especialista em CLÍNICA MÉDICA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Clínica Médica
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Clínica Médica

Título de especialista em COLOPROCTOLOGIA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Coloproctologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Coloproctologia

Título de especialista em DERMATOLOGIA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Dermatologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Dermatologia

Título de especialista em ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Endocrinologia e Metabologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia

Título de especialista em ENDOSCOPIA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Endoscopia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva

Título de especialista em GASTROENTEROLOGIA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Gastroenterologia
AMB: Concurso do Convênio AMB/Federação Brasileira de Gastroenterologia

Título de especialista em GENÉTICA MÉDICA
Formação: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Genética Médica
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Genética Médica

Título de especialista em GERIATRIA
Formação: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Geriatria
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Título de especialista em GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
Formação: 3 anos

RESOLUÇÃO CFM nº 2.149/2016
Resolução aprovada na sessão plenária de 22 de julho de 2016.
Publicada no D.O.U. de 3 de agosto de 2016, Seção I, p. 99.

ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA É IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE

Amyotrophic lateral sclerosis is irreversible and disabling

Hideraldo Luis Souza Cabeça *

Palavras-chave – *Esclerose Lateral Amiotrófica, incapacitação, perícia, aposentadoria, isenção tributária.*

Keywords – *Amyotrophic Lateral Sclerosis, disability, expertise, retirement, tax exemption.*

RESENHA - RESUMO

Para o Conselho Federal de Medicina (CFM), o paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) provável ou definida sofre de doença irreversível e incapacitante. A partir dessa definição, dada no Parecer CFM 03/2016, o médico perito ou assistente terá mais segurança para emitir o laudo que dará ao paciente o direito de reivindicar a aposentadoria e a isenção do imposto de renda.

"O portador da ELA geralmente requer muitos cuidados. É humanitário que receba todos os benefícios fiscais e previdenciários previstos na lei", defende o relator do parecer, neurologista Hideraldo Cabeça. A ELA é uma degeneração dos neurônios do cérebro que provoca fraqueza muscular acompanhada de endurecimento dos músculos (esclerose), inicialmente em um dos lados do corpo, e atrofia muscular

*Conselheiro relator do Conselho Federal de Medicina

(amiotrófica). A esclerose lateral refere-se ao endurecimento da porção lateral da medula espinhal.

A portaria interministerial MPAS/MS 2.998/01, que enumera as doenças passíveis de assegurar a concessão de auxílio-doença ou a aposentadoria por invalidez ao segurado do Regime Geral de Previdência Social, e a Lei 7.713/88, que dá isenção do imposto de renda para aposentados e pensionistas portadores daquelas mesmas doenças, estabelecem que as pessoas com paralisia irreversível e incapacitante terão direito aos benefícios previdenciários e fiscais.

"Quando explicamos no parecer que a ELA provável ou definida é equivalente à doença irreversível e incapacitante, estamos dizendo que o seu portador tem direito a requerer benefícios", explica Hideraldo Cabeça. O conselheiro do CFM alerta, no entanto, que o diagnóstico deve estar relacionado à ELA provável ou definida para que seja considerada equivalente a doença irreversível e incapacitante.

Como o CFM não tem competência para enquadrar a ELA no rol das doenças que garante isenção do imposto de renda ou assegurar a concessão do auxílio-doença ou aposentadoria, o relator do parecer também sugere uma ação no Congresso Nacional para que a enfermidade seja incluída nesse rol das doenças que apresentam esses direitos. "O CFM pode ser um facilitador nesta discussão, demonstrando assim nossa preocupação com o bem-estar da sociedade", argumenta.

Esclerose Lateral Amiotrófica afeta mais o sexo masculino e tem um grande impacto socioeconômico sobre o paciente, seus familiares e a sociedade. A causa da doença não está totalmente esclarecida. Provavelmente, há a presença de fator genético, que desencadearia a degeneração dos neurônios cerebrais após um gatilho (processo inflamatório, exposição a agentes tóxicos, atividade física excessiva).

A doença não afeta o raciocínio intelectual, visão, audição, paladar, olfato e tato. Mas, os neurônios se desgastam ou morrem e não conseguem mandar mensagens aos músculos, gerando enfraquecimento, contrações involuntárias e incapacidade de mover os braços, as pernas e o corpo. A doença piora progressivamente. Quando os músculos do tórax param de trabalhar, em uma fase tardia da doença, é necessário o uso de um respirador artificial. Recentemente, foi realizada uma campanha na internet de celebridades tomando banhos gelados como forma de chamar a atenção para a ELA.

EMENTA

A ELA definida e provável, devidamente investigada por exames complementares, excluídas outras causas, é doença irreversível e incapacitante.

EXPOSIÇÃO

O seguinte processo-consulta tem como interessado o senhor S.A.L., que pergunta sobre o enquadramento da esclerose lateral amiotrófica (ELA) na paralisia irreversível incapacitante, a fim de obter isenção do imposto de renda. O consulente tem pai com ELA, com 77 anos, aposentado por tempo de serviço.

JUSTIFICATIVA

Enquadramento de ELA como paralisia irreversível incapacitante a fim de isenção do imposto de renda sobre sua aposentadoria.

PARECER

A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é um distúrbio neurodegenerativo de origem desconhecida, progressivo e associado à morte do paciente em um tempo médio de 3 a 4 anos. Sua incidência estimada é de 1 a 2,5 indivíduos portadores para cada 100.000 habitantes/ano, com prevalência de 2,5 a 8,5 por 100.000 habitantes.

A ELA é definida por evidência clínica, eletrofisiológica ou neuropatológica de degeneração de neurônios motores inferiores, associada a evidência clínica de degeneração de neurônios motores superiores e a evolução progressiva dos sinais ou sintomas em uma região ou para outras regiões do corpo. Deve-se excluir qualquer outro processo que justifique o quadro clínico de acometimento dos neurônios. Fraqueza, atrofia e fasciculações nos membros são os sinais clínicos mais proeminentes. Mais tarde, são afetadas as funções de articulação da palavra e respiratórias.

Os critérios diagnósticos foram revisados em 1998 (El Escorial). A ELA pode ser classificada por critérios clínicos da seguinte forma:

• ELA clinicamente definitiva: evidência de sinais de disfunção dos neurônios motores superiores e inferiores em três regiões;

• ELA clinicamente provável: evidência clínica de disfunção de neurônios inferiores e de neurônios motores superiores em pelo menos duas regiões, com algum sinal de disfunção de neurônios motores superiores necessariamente em um nível mais cranial do que os sinais de disfunção dos neurônios motores inferiores;

• ELA clinicamente provável com apoio laboratorial: sinais clínicos de disfunção de neurônios motores inferiores e neurônios motores superiores são encontrados em somente uma região e há evidência eletromiográfica de disfunção de neurônios motores inferiores em pelo menos dois membros, desde que exames laboratoriais e de neuroimagem excluam outras possíveis causas.

Critérios Modificados para ELA (WFN El Escorial, 1998)
(conferir gráfico em:
http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2016/3_2016.pdf)

O diagnóstico de ELA requer a demonstração da presença de sinais de envolvimento do neurônio motor superior (fraqueza e sinais de liberação piramidal), ao lado de sinais de comprometimento do neurônio motor inferior (atrofia, fasciculações). O diagnóstico é baseado em aspectos clínicos, sendo o eletroneuromiograma exame fundamental para a caracterização do diagnóstico.

O consulente traz à baila indagação pertinente e vislumbra grande oportunidade de se avaliar e verificar a prática médica adotada no conflito existente entre doenças consideradas como paralisias irreversíveis incapacitantes. O assunto foi amplamente discutido na Câmara Técnica de Neurologia e Neurocirurgia do CFM, com inúmeras contribuições ao corpo deste parecer.

Dessa forma, requer elencar as seguintes legislações de que tratam a matéria:

I. Manual de Pericia Médica da Previdência Social;

II. Diretrizes de Apoio a Médico-Pericial, Parte 1, outubro de 2009;

III. Diretrizes de Apoio a Médico-Pericial, Parte 2, 2014;

IV. Portaria Ministerial MPAS/MS 2.998/2001, que traz o rol de doenças incapacitantes que independem de carência;

V. Decreto nº 6. 957/2009, que estabelece uma relação de atividades e seus graus de riscos por meio de um mapeamento das peculiaridades inerentes a cada categoria profissional;

VI. Instrução Normativa INSS/PRES nº 77, de 21 de janeiro de 2015, DOU de 22/01/2015, que estabelece rotina para agilizar e uniformizar o reconhecimento de direitos dos segurados e beneficiários da Previdência Social;

VII. Lei nº 11. 052, de 29 de dezembro de 2004, que altera o inciso XIV da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, para incluir entre os rendimentos isentos do imposto de renda os proventos percebidos pelos portadores de hepatopatia grave.

DA PARALISIA IRREVERSÍVEL

Entende-se por paralisia a incapacidade de contração voluntária de um músculo ou grupo de músculos, resultante de lesão orgânica de natureza destrutiva ou degenerativa. O mecanismo é a interrupção de uma das vias motoras pela lesão de neurônio motor central ou periférico.

A paralisia será considerada irreversível e incapacitante quando, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários para a recuperação motora, permanecerem distúrbios graves e extensos que afetem a mobilidade, a sensibilidade e o trofismo do indivíduo e que tornem o servidor impossibilitado para qualquer trabalho de forma total e permanente.

São equiparadas às paralisias as lesões osteomusculoarticulares, as vasculares graves e crônicas e as paresias das quais resultem alterações extensas e definitivas das funções nervosas, da motilidade e do trofismo, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários para a recuperação.

CLASSIFICAÇÃO DAS PARALISIAS

Considerando-se a localização e a extensão das lesões, as paralisias classificam-se em:

1) Paralisia isolada ou periférica – quando é atingido um músculo ou um grupo de músculos;

2) Monoplegia – quando são atingidos todos os músculos de um só membro;

3) Hemiplegia – quando são atingidos os membros superiores e inferiores do mesmo lado, com ou sem paralisia facial homolateral;

4) Paraplegia ou diplegia – quando são atingidos os membros superiores ou inferiores simultaneamente;

5) Triplegia – quando resulta da paralisia de três membros;

6) Tetraplegia – quando são atingidos os membros superiores e inferiores.

CRITÉRIOS DE ENQUADRAMENTO

Os portadores de paralisia irreversível e incapacitante de um dos tipos descritos anteriormente, satisfeitas as condições conceituais especificadas, serão considerados impossibilitados para qualquer trabalho de forma total e permanente.

A perícia deverá especificar no laudo os diagnósticos anatômico e etiológico e o caráter definitivo e permanente, como citado na lei.

No ato pericial, é recomendado declarar entre parênteses, após enunciar o diagnóstico, a expressão "equivalente a paralisia irreversível e incapacitante" quando concluírem pela invalidez dos inspecionados portadores das lesões que se equiparam à paralisia, satisfeitas todas as condições constantes desses itens.

A paralisia de um músculo ou grupo de músculos não éÉ por si só motivo para concessão das vantagens da lei e muitas vezes não leva nem à incapacidade.

É preciso que, depois de esgotadas todas as medidas terapêuticas disponíveis, seja considerada irreversível e incapacite o servidor para o exercício da atividade inerente ao cargo.

No Manual de Perícia Médica da Previdência há o conceito de invalidez como sendo a incapacidade laborativa total, indefinida e multiprofissional, insuscetível de recuperação ou reabilitação profissional, que corresponde à incapacidade geral de ganho em consequência de doença ou acidente.

É importante ainda ressaltar a Portaria Interministerial MPAS/MS 2.998/01, que lança o rol de doenças que independem de carência para a concessão de auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez aos segurados do Regime Geral de Previdência Social:

I – tuberculose ativa;

II – hanseníase;

III – alienação mental;

IV – neoplasia maligna;

V – cegueira

VI – paralisia irreversível e incapacitante;

VII – cardiopatia grave;

VIII – doença de Parkinson;

IX – espondiloartrose anquilosante;

X – nefropatia grave;

XI – estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante);

XII – síndrome da deficiência imunológica adquirida (aids);

XIII – contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada; e

XIV – hepatopatia grave.

A presente consulta é de enorme benefício, pois discute as doenças de paralisia irreversível incapacitantes e se analisa nas doenças elencadas pela Previdência Social, que são as mesmas que integram a Lei nº 7. 713/88, modificada pela Lei nº 11. 052/2004.

O médico perito e o médico assistente devem ter enorme atenção na análise do paciente portador de ELA, sendo importantes a classificação clínica do paciente e o prognóstico, uma vez que os achados físicos se correlacionam com as diferentes topografias da degeneração dos núcleos motores, quais sejam, bulbar, cervical ou lombar, pois, ao se estabelecer esse diagnóstico, pode-se considerar o período de sobrevida desses pacientes, que varia de 3 a 5 anos.

Após consulta pública e consenso técnico-científico, foi aprovado um Protocolo Clínico Terapêutico da Esclerose Lateral Amiotrófica, por intermédio da Portaria/MS nº 496, de 23 de dezembro de 2009.

Deve-se ressaltar que o enquadramento da patologia no rol das doenças não é atividade deste conselho; o assunto é discutido no Poder Legislativo.

CONCLUSÃO

A ELA definida e provável, devidamente investigada por exames complementares, excluídas outras causas, é doença irreversível e incapacitante e apresenta prognóstico desfavorável, levando a óbito em até cinco anos de evolução da doença.

Convém neste caso esforço em proporcionar interface com vistas a acelerar os projetos em tramitação no Congresso Nacional que tratam desta matéria (cerca de vinte), minimizando assim o árduo exercício da profissão médica, além da enorme repercussão direta no atendimento do paciente com ELA, e auxiliando na discussão e na colaboração à Previdência Social e demais órgãos afins, já que as diretrizes adotadas sobre o assunto são de 2009. O CFM pode ser um facilitador nesta discussão, demonstrando assim a preocupação sobre o assunto e com o bem-estar da sociedade.

É o parecer, SMJ.

Brasília, 20 de janeiro de 2016.

HIDERALDO LUIS SOUZA CABEÇA
Conselheiro relator

PARECER CFM nº 3/16
Parecer Aprovado
Reunião Plenária de 20/01/2016.

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES NÃO POSSUI PODER REGULADOR NA REMUNERAÇÃO DO TRABALHO MÉDICO NO SUS

Brazilian Classification of Occupations does not have regulatory power in the medical labor remuneration in the SUS

Celso Murad *

Palavras-chave – *Trabalho médico, remuneração, especialidade, codificação, Classificação Brasileira de Ocupações.*

Keywords – *Medical work, pay, specialty, coding, Brazilian Classification of Occupations.*

EMENTA

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) não possui poder regulador na remuneração do trabalho médico no Sistema Único de Saúde, não podendo relacionar esta obrigação a exercício de especialidade médica. O direito do médico ao labor profissional é subordinado à legislação específica, conforme constante na própria portaria da CBO, ficando a cargo dos Conselhos Regionais de Medicina o registro do profissional e a permissão para este exercício.

CONSULTA

Médico demanda ao Conselho Federal de Medicina informações sobre norma do SUS quanto à remuneração de profissionais médicos, por especialidade, em subordinação ao seu registro na Classificação Brasileira de Ocupações.

*Conselheiro parecerista do Conselho Federal de Medicina.

Que os procedimentos constantes no rol do SUS, quando da emissão de AIH, podem não alinhar a especialidade do médico aos códigos constantes na CBO, o que prejudicaria a remuneração dos assistentes.

Tal entrave pode se dever à necessidade do exercício da especialidade médica e a identificação numérica dos procedimentos executados.

DA ANÁLISE

A Classificação Brasileira de Ocupações, instituída pela Portaria MT nº 397 de 09/10/2002 tem por finalidade a identificação das ocupações no mercado de trabalho para fins classificatórios junto dos registros administrativos e domiciliares.

Seus efeitos são de ordem eminentemente administrativa e não se estendem às relações de trabalho.

Entende que a regulamentação da profissão, diferentemente da CBO, é realizada pelo Congresso Nacional e sancionada pela Presidência da República. No caso da Medicina, esta regulamentação é alicerçada principalmente nos termos da Lei 3268/1957, que dispõe sobre o sistema dos Conselhos de Medicina, além de outras providências, e da Lei 12842/2013, normatizadora da profissão médica, conhecida em nosso meio como Lei do Ato Médico.

Considerações sobre o assunto já foram apresentadas em resposta aopedido de esclarecimento do CRMPR, que resultou em excelente texto constante no Processo Consulta nº 016/2009, da lavra do conselheiro Gerson Zafalon Martins, que pela oportuna análise, inclusive esclarecendo de forma abrangente as dúvidas desta portaria quanto à remuneração dos médicos na esfera do Sistema Público de Saúde, tomo por base para atender a esta demanda, estendendo as informações de forma ampla, abrangendo todas as especialidades.

Pertinente à referência à Resolução CFM nº 1634/2002, que dispõe sobre o convênio de reconhecimento de especialidades firmado entre o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica definem:

- Especialidade: Núcleo de organização do trabalho médico que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de seguimentos da dimensão biopsicos social do indivíduo e da coletividade.

- Área de atuação: Modalidade de organização do trabalho médico, exercida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com uma ou mais especialidades.

Já a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), de responsabilidade do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), é o documento normalizador do reconhecimento, da nomeação e da codificação dos títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. É ao mesmo tempo uma classificação enumerativa e uma classificação descritiva. Ela inventaria detalhadamente as atividades realizadas no trabalho, os requisitos de formação e experiência profissionais e as condições de trabalho. A função descritiva é utilizada nos serviços de recolocação de trabalhadores, como o realizado no Sistema Nacional de Empregos (Sine), na elaboração de currículos e na avaliação de formação profissional, nas atividades educativas das empresas e dos sindicatos, nas escolas, nos serviços de imigração, enfim, em atividades em que informações do conteúdo do trabalho sejam requeridas.

Ocupação é um conceito sintético não natural, artificialmente construído pelos analistas ocupacionais. O que existe no mundo concreto são as atividades exercidas pelo cidadão em um emprego ou outro tipo de relação de trabalho (autônomo, por exemplo).

- Ocupação é a agregação de empregos ou situações de trabalho similares quanto às atividades realizadas.

O título ocupacional, em uma classificação, surge da agregação de situações similares de emprego e/ou trabalho. Outros dois conceitos sustentam a construção da nomenclatura da CBO 2002:

- Emprego ou situação de trabalho: definido como um conjunto de atividades desempenhadas por uma pessoa, com ou sem vínculo empregatício. Esta é a unidade estatística da CBO.

Competências mobilizadas para o desempenho das atividades do emprego ou trabalho. O conceito de competência tem duas dimensões:

- Nível de competência: é função da complexidade, amplitude e responsabilidade das atividades desenvolvidas no emprego ou outro tipo de relação de trabalho.

- Domínio (ou especialização) da competência: relaciona-se às características do contexto do trabalho como área de conhecimento, função, atividade econômica,

processo produtivo, equipamentos, bens produzidos que identificarão o tipo de profissão ou ocupação.

A nova estrutura proposta agrega os empregos por habilidades cognitivas comuns exigidas no exercício de um campo de trabalho mais elástico, composto por um conjunto de empregos similares que vai se constituir em um campo profissional do domínio x, y e z.

A unidade de observação é o emprego, dentro de um conjunto de empregos mais amplo (campo profissional), no qual o ocupante terá mais facilidade em se movimentar.

Com esses esclarecimentos, em relação à consulta, podemos apresentar as informações necessárias, de maneira a atender a todas as especialidades.

01 – Especialidade médica e CBO não são comparáveis, pois a conceituação da primeira obedece aos termos da resolução supracitada e a CBO, de responsabilidade do Ministério do Trabalho é o documento normalizador do reconhecimento, da nomeação e da codificação dos títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro.

02 – O médico não está impedido de exercer suas atividades por força desta norma administrativa, pois aquelas são prerrogativas decorrentes da lei.

03 – É legal e ético o médico receber por seus serviços efetivamente prestados e pelos quais assume responsabilidade.

04 – Os Conselhos de Medicina não exigem que o médico seja especialista para trabalhar em qualquer ramo da Medicina, podendo exercê-la em sua plenitude nas mais diferentes áreas, desde que se responsabilize pelos seus atos e,de acordo com a Resolução CFM nº 1.974/2011,não as propague ou anuncie sem realmente estar capacitado para tal.

CONCLUSÃO

O registro no CBO não significa título de especialista,e os registros de ocupações feito por médicos não poderão ser anunciados como especialidades, não devendo destarte haver conflito entre o trabalho prestado e a remuneração por parte do gestor.

Conforme visto, o direito doprofissional médico ao pleno exercício da atividade é prerrogativa garantida em lei, podendo ser executado em sua plenitude, sempre em consonância com os preceitos éticos que balizam este mister.

Esse é o parecer, SMJ.

Brasília-DF, 17 de junho de 2016.

CELSO MURAD
Conselheiro-relator

Parecer CFM nº 29/2016
Parecer aprovado
Reunião Plenária de 17/06/2016.

VIABILIDADE DA PRESENÇA DOS PAIS NA UTI NEONATAL SOB A LUZ DO ESTATUTO DA CRIANÇA

Viability of the presence of parents in the NICU in the light of the children's statute

Donizetti Dimer Giamberardino Filho *

Palavras-chave – *Internação, UTI Neonatal, acompanhamento, segurança, direitos sociais.*

Keywords – *Hospitalization, Neonatal ICU, monitoring, security, social rights.*

EMENTA

Presença dos pais durante a internação na UTI Neonatal Viabilidade Estatuto da Criança e do Adolescente.

CONSULTA

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

"A Federação dos Hospitais de Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Paraná - FEHOSPAR, entidade sindical de segundo grau, com sede em Curitiba, Estado do Paraná, e com representatividade em todo o Estado do Paraná, considerando o teor das disposições contidas no artigo 12, do Estatuto da Criança

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

e do Adolescente[1], aliado ao artigo 11, e, 19, ambos da Portaria n.º 930/2012[2], do Ministério da Saúde, é questionado se do ponto de vista técnico-científico é indicada a presença dos pais no Setor de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal UTIN em todo o período de internamento, considerando nesta resposta o tráfego de pessoas no local, a saúde do paciente, e, a saúde dos demais pacientes."

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O presente parecer trata da presença de pais nos Serviços de UTI Neonatal em período integral, considerando nesta analise o trafego de pessoas,

a saúde do paciente e dos demais pacientes internados no setor. O Consulente apresenta como considerações o texto do artigo 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente: Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições de permanência em tempo integral de um dos pais ou responsáveis, nos casos de internação de criança e adolescente. Além dos artigos 11 e 19 da Portaria MS 930/2012:

Artigo 11: As Unidades de Terapia Intensiva Neonatal deverão cumprir os seguintes requisitos de humanização:

Inciso V – Garantia de livre acesso a mãe e ao pai e permanência da mãe ou pai;

Artigo 19: As Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional cumprirá os seguintes requisitos de humanização:

V – Garantia de acesso à mãe e ao pai e permanência de mãe ou do pai.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) coloca a saúde como condição de bem-estar físico, mental e social, na busca da harmonia do ser humano em sua amplitude. Dentre os direitos sociais, o direito a vida destaca-se como direito denominado fundamental, ao lado da liberdade e dignidade humana. Neste sentido a sociedade ocidental organizada tenta garantir estes direitos sociais, possibilitados na dependência que esta garantia legal receba correspondente custeio, salientando que estes direitos devem ser defendidos e conquistados.

Vale salientar a velocidade da evolução do conhecimento em medicina, resultado de pesquisas científicas, proporcionando crescentes tecnologias disponíveis ao cidadão. Acompanha este ritmo acelerado as normas sanitárias referentes às estruturas físicas, aos processos de trabalho e analise de indicadores de resultados.

Na busca do melhor cuidado de saúde a ser proporcionado, estas normas visam a melhor segurança ao paciente, na gerência dos riscos inerentes a doença e aos seus procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Em nosso país, as estruturas hospitalares historicamente apresentam dificuldades na autossustentação financeira, que dirá então na dificuldade de recursos financeiros para investimentos, neste contexto, muitas instituições hospitalares atuam com estrutura arquitetônica defasada as necessidades sanitárias atuais definidas pela ANVISA (RDC50).

A constituição de 1988, dentro de um espírito do Estado provedor do bem-estar social, assegura em seus artigos a garantia dos direitos à saúde ao cidadão, mas os Governos não executam orçamentos compatíveis com as propostas contidas na legislação. Neste contexto, desde 1988 a sociedade busca o orçamento correspondente a garantia de prover estes direitos sociais.

Ao longo dos últimos 50 anos observa-se uma crescente elevação dos custos em saúde, superando o crescimento do PIB, mesmo dos países mais ricos do planeta, este fato acarreta agravamento na escassez de recursos disponíveis, levando a priorizações na utilização, com riscos de conflito moral.

No tocante a consulta, faz referência ao atendimento de recém natos, fase de vida do desenvolvimento do ser humano de extrema vulnerabilidade, de total dependência e que tem seu amparo legal estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente, onde está definido o dever de proteção integral. Ressaltamos a importância da denominada primeiríssima infância, com apelido de mil dias, correspondentes as 40 semanas de gestação e 2 anos de vida, neste período as estruturas neurocelulares são mais sensíveis as agressões orgânicas, além da comprovada importância do afeto e estímulo ao seu desenvolvimento, neste sentido devemos proporcionar a estes pacientes além de todo conhecimento e tecnologia disponível na medicina, que este bebe receba estímulo e afeto o mais precoce possível. Nestes dois últimos itens o melhor remédio são os pais, salvo raras exceções.

CONCLUSÃO

O futuro de uma nação depende de um desenvolvimento autossustentável. Neste aspecto, o componente mais importante são as gerações futuras, as nossas crianças. Se não for por sentimentos, a racionalidade se impõe na importância

do investimento nas gerações futuras, o governo de um país em desenvolvimento deve proteger o cérebro de seus bebes como principal patrimônio de seu futuro, o governo deve proteger a afetividade e estímulo ao conhecimento.

A legislação tem esta finalidade de proteção integral ao menor, quando assegura a companhia dos pais nas internações hospitalares, motivação justa e digna de defesa. Mas em nosso país a garantia de direitos estabelecidos na legislação não tem o correspondente orçamento para seu cumprimento.

A falta de apoio financeiro as políticas de governo não devem justificar a apatia ou inação na busca dos direitos do outro ser humano. Os estabelecimentos hospitalares devem apresentar metas de cumprimento, aprazadas, progressivas, buscando na sociedade civil e demais poderes constituídos o financiamento para tal execução.

A responsabilidade referente a garantia de direitos não se limita aos prestadores de serviço, estende-se aos contratantes, seja do setor publico ou privado. Os pacientes cidadãos devem ter seus direitos constituídos assegurados, o pacto do cumprimento da implantação de normas sanitárias adequadas nos prestadores de serviços hospitalares ao Sistema Único de Saúde é de responsabilidade do gestor público contratante e do prestador de serviços hospitalares contratados. Da mesma forma os prestadores de serviços de saúde ao Sistema Suplementar de Saúde são tão responsáveis como as Operadoras de Saúde e Seguradoras de Saúde que os contratam.

A dificuldade de investimento em reformas estruturais de ampliação física dos espaços não deve restringir direitos sociais do cidadão, as alterações devem ser realizadas a fim de assegurar segurança ao paciente, com acesso permitido aos pais acompanhá-los em sua internação. Os pais devem ser orientados em relação aos seus deveres de cuidado com seu filho e acesso limitado ao mesmo. Em situações de Termos de Ajuste de Conduta, as responsabilidades pertencem ao contratante e ao contratado dos serviços médicos prestados.

Finalmente, em relação aos estabelecimentos que ainda apresentam estrutura limitada em espaço físico, há de se ter razoabilidade no sentido da preservação dos direitos sociais acima dispostos, sendo que eventuais restrições devem estar fundamentadas formalmente nas diretrizes de segurança do paciente já definidas em normas do MS e Institutos de certificação em saúde, nos indicadores de gestão

de riscos e na cultura de transparência a ser desenvolvida nos membros da equipe multiprofissional assistente.

Consideramos também razoável que eventuais flexibilidades devem ser temporárias e com prazo de tempo determinado.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 16 de maio de 2016.

CONS. DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO
Parecerista

Parecer nº 2526/2016 - CRM-PR
Parecer Aprovado e Homologado
Aprovado e Homologado na Reunião Plenária nº 4184, de 16/05/2016.

PERÍCIA MÉDICA E O MÉDICO ASSISTENTE

Medical expertise and physician assistant

Keti Stylianos Patsis *

Palavras-chave – *Perícia médica, médico assistente, paciente, conflito ético, incapacidade, vulnerabilidades.*

Keywords – *Medical expertise, physician, patient, ethical conflict, disability, vulnerabilities.*

EMENTA

A perícia médica e o médico assistente e suas relações com o Decreto nº 8691/2016.

CONSULTA

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

"Venho por meio desta solicitar orientação a respeito do Decreto 8691 de 14/03/2016, o qual determina que o INSS passará a determinar o tempo de afastamento das atividades laborais baseado no atestado do médico assistente. Desta forma, o médico assistente passará a atuar como perito do mesmo paciente, o que é proibido por nosso Código de Ética.

*Conselheira parecerista do CRM-PR.

Acredito que este assunto é do interesse de todos os médicos, sendo necessário um posicionamento firme de nosso Conselho. Não podemos aceitar essa interferência do Governo, em nossa atuação como médicos. As consequências deste Decreto poderão trazer impacto negativo imediato, tanto no comprometimento da avaliação do paciente, quanto na segurança dos profissionais (risco de agressão)".

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O Decreto nº 8691/2016 prescreve que o Art. 1º do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, passe a vigorar com as seguintes alterações:

Art. 75 A: prevê o reconhecimento da incapacidade laborativa pelo INSS, através da documentação emitida pelo médico assistente. Neste caso não há infringência ética.

Art. 75 B: prevê convênios para realização de perícias médicas em órgãos e entidades públicas que integrem o SUS. Neste sentido há de se entender que estas entidades conveniadas deverão ter em seu corpo funcional médicos especializados em Medicina do Trabalho e/ou Medicina Legal e Perícias Médicas ou treinamento para realizar pericias e avaliar a capacidade laborativa.

Nestes casos a atividade será legitima, exclusivamente, se o médico perito não for o médico assistente do segurado.

§ 2º Quando a incapacidade ultrapassar quinze dias consecutivos, o segurado será encaminhado à perícia médica do INSS, que o submeterá à avaliação pericial por profissional médico integrante de seus quadros ou, na hipótese do art. 75-B, de órgãos e entidades públicos que integrem o Sistema Único de Saúde SUS, ressalvados os casos em que for admitido o reconhecimento da incapacidade pela recepção da documentação médica do segurado, conforme previsto no art. 75-A."

CONCLUSÃO

Note-se, que o artigo 93 do Código de Ética Médica veda ao médico ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado.

Ressalta-se que o artigo nº 154 do Código Penal prescreve que o sigilo do médico

assistente é obrigatório e, se violado pode sujeitar o médico a processo judicial.

Portanto, há incompatibilidade na atuação do médico como perito de seu paciente, tornando-o vulnerável à infração ética e penal, se assim agir. Por este motivo, recomenda-se que o médico assistente invoque o Código de Ética Médica e o Código Penal para não atuar desta forma.

Por outro lado, as Agências da Previdência Social contam com pessoal que provê a segurança dos peritos médicos, de modo a garantir que a liberação de benefícios seja realizada com base na técnica e não na coação destes profissionais.

É imperioso que as mesmas normas de segurança sejam providas aos médicos que realizarão pericias em Unidades do SUS.

Além disto, é público e notório que em muitos locais os médicos do SUS não conseguem sequer atender em tempo adequado aos pacientes que procuram seus serviços de assistência à saúde, porque o número de médicos contratados é menor do que a demanda impõe. Exigir destes médicos a realização de perícias para liberação de benefício por incapacidade, sem a devida capacitação e sem a devida segurança que este trabalho impõe,é temerário, pois torna estes médicos vulneráveis a:

1) Processos por má administração de recursos públicos se ordenarem despesas desnecessárias

2) Agressões e denúncias (à Polícia, ao Ministério Público e aos Conselhos de Medicina) por parte dos pacientes se estes médicos não atenderem aos anseios dos pacientes de receber um benefício pecuniário ao qual consideram ter direito.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 25 de abril 2016.

CONSª KETI STYLIANOS PATSIS
Parecerista

PARECER nº 2524/2016 – CRM-PR
Parecer Aprovado e Homologado
Reunião Plenária nº 4164, de 25/04/2016.

PADROEIRO DOS ADVOGADOS
O ADVOGADO DOS POBRES, SANTO IVO

Patron of lawyers
Lawyer of the poor, Santo Ivo

*Ehrenfried Othmar Wittig**

Palavras-chave – *Advogado, padroeiro, defensoria, beneficência, catolicismo.*

Keywords – *Lawyer, patron, advocacy, charity, Catholicism.*

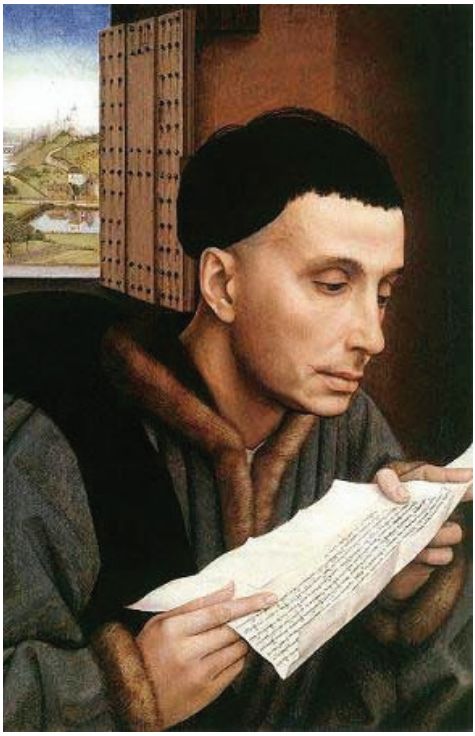
Nasceu em 17 de outubro de 1253 próximo a Treguier, Bretanha, na França.

Seu nome civil era Yves Hélory, filho do lorde Hélory de Kermartin e Azo du Kenguis, família da nobreza. Com 14 anos, em 1267, foi estudar Teologia na Universidade de Paris, tendo sido aluno de Santo Tomás de Aquino, contemporâneo de São Boaventura. Em Órleans, em 1277, se especializou em Direito Civil e Direito Canônico. Em 1279, alcançou o Bacharelado.

Em 1280, foi designado Conselheiro Jurídico e Juiz Eclesiástico, trabalhando como Juiz Episcopal em Rennes, na Bretanha; julgava todos os tipos de litígios, contratos, heranças, casos matrimoniais.

Em 1284, foi ordenado Sacerdote e, a convite do seu Bispo, pôde continuar trabalhando como advogado e juiz, pois naquela época ainda era permitido ter várias atividades.

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



Recebeu o título de "Advogado dos Pobres" pela sua frequente defesa aos menos favorecidos. Construiu um hospital para pobres, onde participava, auxiliando os doentes. Era comum encontrá-lo à noite perambulando pelas ruas ajudando os necessitados.

Santo Ivo era um frade Franciscano, que pelo seu labor diário da ordem, lhe proporcionou muito respeito em toda a comunidade.

Santo Ivo de Kermartin, como era também conhecido, faleceu aos 50 anos, de morte natural, em 19 de maio de 1303. Foi enterrado na Catedral de Treguier, continuando ser antes e hoje, objeto de muita devoção e admiração.

Em Roma, há uma homenagem dedicada pela Igreja de Santo Ivo Alla Sapienza., com sua imagem, representando segurar uma bolsa na mão direita, como dinheiro oferecido aos pobres, pelo seu ofício de advogado.

Foi de Santo Ivo a idealização, inspiração e criação da Instituição dos Advogados dos Pobres e do dia da Defensoria Pública, existente até hoje, em cuja data comemoramos ainda atualmente.

Com seu artigo 134, parágrafo único, a Constituição Brasileira, foi uma das pioneiras no mundo a instituir a Defensoria Pública.

Era considerado um juiz que não aceitava nenhum presente e era o melhor mediador em conseguir acordos aos menos favorecidos.

DECÁLOGO DE SANTO IVO

1. O advogado deve pedir a ajuda de Deus nas suas demandas, pois Deus é o primeiro protetor da Justiça;
2. Nenhum advogado aceitará a defesa de casos injustos, porque são perniciosos à consciência e ao decoro;
3. O advogado não deve onerar o cliente com gastos excessivos;
4. Nenhum advogado deve utilizar, no patrocínio dos casos que lhe são confiados, meios ilícitos ou injustos;
5. Deve tratar o caso de cada cliente como se fosse seu próximo;
6. Não deve poupar trabalho nem tempo para obter a vitória do caso de que se tenha encarregado;
7. Nenhum advogado deve aceitar mais causas do que o tempo disponível lhe permite;
8. O advogado deve amar a Justiça e a honradez tanto como as meninas dos olhos;
9. A demora e a negligência de um advogado causam prejuízo ao cliente e quando isso acontece deve indenizá-lo;
10. Para fazer um boa defesa, o advogado deve ser verídico, sincero e lógico.

"Nenhum vento sopra a favor de quem não sabe para onde ir".

Sêneca (4 a.C-65 d.C.), filósofo romano.

ISSN 2238 - 2070

ARQUIVOS
do Conselho Regional de Medicina do Paraná

v. 33 - n. 131 - Jul/Set - 2016