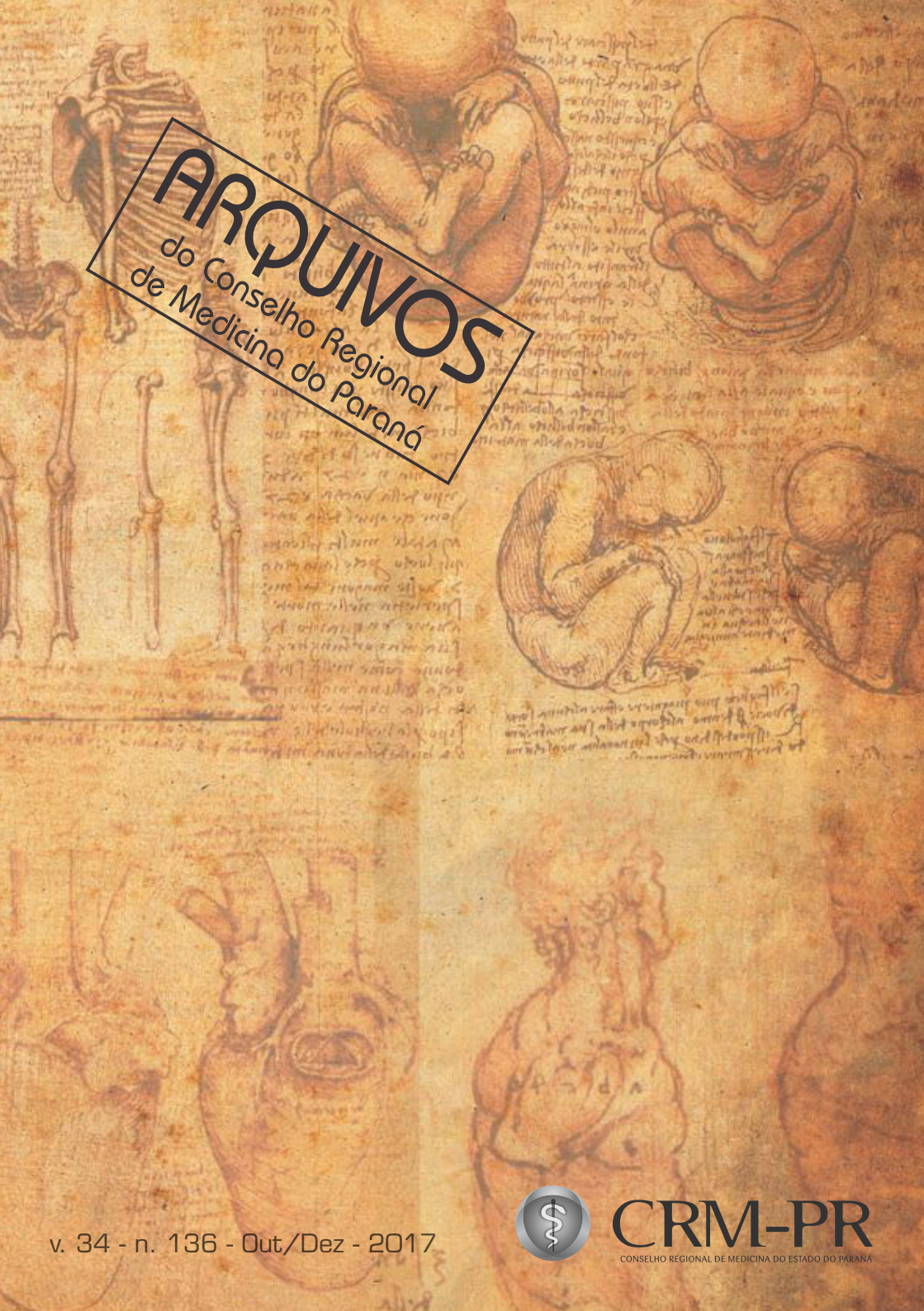

ARQUIVOS do Conselho Regional de Medicina do Paraná

v. 34 - n. 136 - Out/Dez - 2017

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	2017	v. 34	n. 136	p. 185-256	Out/Dez

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)

JORNALISTA ASSISTENTE

Bruna Bertoli Diegoli

ASSISTENTE

Flávio Seigi Kuzuoka

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 – 01/02/2017 a 30/09/2018

Presidente:	Cons.	Wilmar Mendonça Guimarães
Vice-Presidente:	Cons.	Roberto Issamu Yosida
Secretário-Geral:	Cons.	Luiz Ernesto Pujol
1º Secretário:	Cons.	Carlos Roberto Naufel Junior
2º Secretário:	Cons.	Mauro Roberto Duarte Monteiro
1º Tesoureiro:	Cons.	José Clemente Linhares
2º Tesoureiro:	Cons.	Clovis Marcelo Corso
Corregedor-Geral:	Cons.	Maurício Marcondes Ribas
1º Corregedor:	Cons.	Álvaro Vieira Moura
2º Corregedor:	Cons.	Fábio Luiz Ouriques

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
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
Luiz Ernesto Pujol

DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO (DEFEP)

Gestor
Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha

1º Gestor
Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho

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, 2017;34(136):185-256
Trimestral
1. Ética 2. Bioética 3. Moral 4. Dever Médico 5. Direito Médico
I. Conselho Regional de Medicina do Paraná
Arq Cons Region Med do PR
ISSN 2238-2070 ABNT

DELEGACIAS REGIONAIS

APUCARANA
Artur Palú Neto (Diretor)
Osmar Yoshiyuki Sigueoka(Vice-Diretor)
Sérgio Seidi Uchida (Secretário)
Leonardo Marchi
Pedro Elias Batista Gonçalves
Pieker Fernando Migliorini
Ribamar Leonildo Maroneze

CAMPO MOURÃO
Rodrigo Seiga (Diretor)
Fábio Sinisgalli Romanello Campos (Vice-Diretor)
Nancy Yoko Hada Sanders (Secretária)
Artur Andrade
Carlos Roberto Henrique
Dairton Luiz Legnani
Fernando Dlugosz
Homero Cesar Cordeiro
Manuel da Conceição Gameiro

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

CURITIBA E LITORAL DO PARANÁ
Marcelo Henrique de Almeida (Diretor)
Arare Gonçalves Cordeiro Júnior (Vice-Diretor)
Bruno Bertoli Esmanhoto (Secretário)
Evandro Antonio Sbalcheiro Mariot
Filipe Carlos Caron
José Antônio Ferreira Martins
Melissa Renata Pinto Luciani Fiqueira

FOZ DO IGUAÇU
Pablo Zanatta (Diretor)
Luiz Henrique Zaions (Vice-Diretor)
Marta Vaz Dias de Souza Boger (Secretária)
Elba Virgínia Benítez Aguero
Eduardo Hassan
Jacilene de Souza Costa
Luiz Cláudio Casagrande
Marco Aurélio Farinazzo
Raphael Bezerra de Menezes Costa
Victor Emmanuel Evangelista da Silva

FRANCISCO BELTRÃO
Irno Francisco Azzolini (Diretor)
Vicente de Albuquerque Maranhão Leal (Vice-Diretor)
Badwan Abdel Jaber (Secretário)
Aryzone Mendes de Araujo Filho
Cícero José Bezerra Lima
José Bortolas Neto
Márcio Ramos Schenato
Mary Angela Sabadin
Rubens Fernando Schirr

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

LONDRINA
Fátima Mitsie Chibana Soares (Diretora)
Alcindo Cerci Neto (Vice-Diretor)
Ivan José Blume de Lima Domingues (Secretário)
Antônio Caetano de Paula
Fábio Ferreira Lehmann
Luiza Kazuko Moriya
Mário Machado Júnior
Naja Nabut
Pedro Humberto Perin Leite

MARINGÁ
Márcio de Carvalho (Diretor)
Luiz Alberto Mello e Costa (Vice-Diretor)
Fabíola Menegoti Tasca (Secretária)
Ana Maria Silveira Machado de Moraes
Cesar Helbel
Enio Teixeira Molina Filho
Kátia Hitomi Nakamura
Paulo Roberto Aranha Torres
Vicente Massaji Kira

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

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

PONTA GROSSA
Tatiana Menezes Garcia Cordeiro (Diretora)
Northon Arruda Hilgenberg (Vice-Diretor)
Ladislao Obrzut Neto (Secretário)
Gisele Cuzzuol Pedrini
Luiz Jacintho Siqueira
Meierson Reque
Pedro Paulo Rankel
Victor Mauro

RIO NEGRO
Cláudio Veiga Lopes (Diretor)
Helton Boettcher (Vice-Diretor)
Anderson Aurélio de Almeida (Secretário)
Aroldo Greschechen Junior
Jacy Gomes
Jonas de Mello Filho
Leandro Gastim Leite

SANTO ANTÔNIO DA PLATINA

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

TOLEDO
Ivan Garcia (Diretor)
Nilson Fabris (Vice-Diretor)
Gláucio Luciano Bressanim (Secretário)
Eduardo Gomes
José Afrânio Davidoff Junior
Milton Miguel Romeiro Berbicz
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

Escolas médicas demais, saúde de menos
Wilmar Mendonça Guimarães 196

Ética médica na publicidade e nas redes sociais
Nemésio Tomasella de Oliveira 198

Ensino a distância nas áreas da saúde: mito e desafios
Luiz Roberto de Oliveira 201

ARTIGO JURÍDICO

A responsabilidade civil por erro médico e o dever de indenizar
Marcelo Mello Fagundes 204

RESOLUÇÃO CFM

Critérios do diagnóstico de morte encefálica
CFM 208

Obrigatoriedade das comissões de óbito
CFM 219

ARQUIVOS
do Conselho Regional de Medicina do Paraná

PARECER CFM

Perícia médica e presença de assistente técnico não médico
Rosylane Nascimeno das Mercês Rocha 227

Operadora de saúde oferecer segunda opinião e a ética
Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti 236

PARECER CRM-PR

Procedimentos médicos e a descrição cirúrgica
Carlos Roberto Naufel Júnior 240

Validade de cópia digitalizada de avaliação pericial
Fábio Luiz Ouriques 243

ÍNDICE REMISSIVO 248

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Preservação da memória da saúde pública no Paraná
Ehrenfried Othmar Wittig 252

ESCOLAS MÉDICAS DEMAIS, SAÚDE DE MENOS

Too many medical schools, less health

Wilmar Mendonça Guimarães *

Palavras-chave – *Formação, medicina, diploma, avaliação, assistência, qualidade.*

Keywords – *Training, medicine, diploma, evaluation, assistance, quality.*

A moratória de cinco anos para abertura de escolas médicas chega com atraso e sob agravante de o MEC acolher os últimos processos liberando cursos e ampliação de vagas. Menos mal se a decisão de fato for cumprida, se não se flexibilizar para os graduados no exterior, exigindo-lhes o Revalida, e se a Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (Anasem), inaugurada em 2016, impuser rigor e até o fechamento de cursos descompromissados com a formação de qualidade.

Não somos contra a abertura de centros formadores, mas nos opomos ao processo mercantilista que se instaurou no campo da Medicina, lançando ao mercado profissionais que, despreparados e inseguros, estarão mais suscetíveis a desvios éticos e ao repúdio da sociedade por ações ou omissões impactantes na saúde e na vida das pessoas.

Como órgão supervisor e também julgador e disciplinador das atividades médicas, ao CRM cabe zelar e trabalhar por todos os meios pelo perfeito desempenho ético da medicina, pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente. Assim, não tem função corporativa, mas de defesa da saúde do ser humano e da coletividade.

* É presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

As necessidades de saúde devem ser tomadas como ponto de chegada e não como ponto de partida da educação médica. A formação ficou comprometida com os equívocos e irresponsabilidades dos governos nas últimas duas décadas, ao se implantar política de abertura indiscriminada de cursos ignorando critérios elementares, como infraestrutura e corpo docente qualificado. Cidades sequer com atenção básica de saúde estruturada ganham escola como fator propulsor da economia, mas longe de assegurar a melhor formação médica e a fixação de profissionais e assistência de fato.

As duas primeiras escolas médicas brasileiras surgiram em 1808, esperando 90 anos para receber a terceira e outra década para inaugurar mais quatro, incluindo a UFPR. Ao final de 1999 tínhamos 102 e, 10 anos depois, elas somavam 176. Com os últimos cinco cursos autorizados no fim de novembro, dois deles no Paraná – Umuarama e Guarapuava – chegamos a 303. Triplicamos em 20 anos e agora há a oferta de 29.793 vagas de ingresso, sendo 1.954 nas – agora 20 escolas do nosso Estado. Ressalte-se que a taxa média de crescimento anual da população na última década foi de 1,64%.

O Brasil é recordista absoluto de cursos médicos, na proporção com habitantes. A Índia, com quase 1,3 bilhão de pessoas, tem 381 escolas. A China, com população um pouco maior, tem 150, e os Estados Unidos somam 147. Se temos hoje quase 450 mil médicos em atividade no país – 25.351 no Paraná , a projeção é de que o número triplique no começo da segunda metade deste século. Com certeza isto não será indicativo de fixação de profissionais nos vazios assistenciais e ou de melhor atenção à saúde da população. Sem as condições de trabalho necessárias para o exercício médico seguro e qualificado, profissionais malformados serão cada vez mais dependentes da tecnologia e distantes de resolubilidade e humanização.

O Relatório Flexner é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos, com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial. Naquela época, a mercantilização do ensino médico era impressionantemente similar à situação brasileira deste momento. Em sua edição de 24 de julho de 1910, o jornal The New Times deu destaque ao relatório com a manchete "Fábrica para formar ignorantes". Um exagero? Talvez. Mas mostra, no mínimo, como caminhamos na contramão da história, ignorando os aprendizados de um século. A sociedade não pode continuar sendo ludibriada com falsa propaganda de que médicos, em número, sejam sinônimo de garantia de boa assistência.

ÉTICA MÉDICA NA PUBLICIDADE E NAS REDES SOCIAIS

Medical ethics in advertising and social networks

Nemésio Tomasella de Oliveira *

Palavras-chave – *Publicidade, propaganda, médico, ética, mídias sociais.*

Keywords – *Advertising, advertising, medical, ethics, social media.*

O competente e ético exercício da medicina exige conhecimento técnico e científico, domínio de protocolos, cultivo de uma boa relação médico-paciente e respeito aos limites da propaganda e da publicidade médica. Muitos profissionais ignoram este último ponto e, por vezes, se colocam em situações delicadas de afronta aos critérios estabelecidos em resoluções emanadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

Duas delas – as Resoluções CFM nº 1.974/11 e nº 2.126/15 – delineiam claramente o que pode e o que não pode ser feito nessa área, estabelecendo a zona proibida do sensacionalismo, da autopromoção e da concorrência desleal. A leitura dessas normas, disponíveis em formato digital pelo Portal do CFM (www.portal.cfm.org.br), é recomendada àqueles que pretendem estender o cobertor da ética a todos os espaços da prática médica.

* É conselheiro federal pelo Tocantins e membro das Comissões do CFM de Assuntos Políticos, de Comunicação e de Medicina Legal.

A Resolução nº 2.126 tem um interesse a mais para os profissionais. É ela que trata da ética médica nas redes sociais e na internet. Temas como distribuição de selfies (autorretratos), anúncio de técnicas não validadas cientificamente e a forma adequada de interação dos profissionais em mídias sociais foram tratados nesse documento.

Em momento algum se procurou censurar ou cercear o direito do médico, mas sim estabelecer parâmetros que, se observados, inserem a prática profissional num terreno saudável, onde predomina o respeito ao outro, evitando-se os abusos materializados na promessa de resultados, na exposição desnecessária do ato médico e na quebra do sigilo no tratamento de pacientes, um dos princípios fundamentais da medicina.

Entre outros pontos, essa norma explica que os selfies não podem ser feitos em situações de trabalho e atendimento. Na visão do CFM, essa limitação protege a privacidade e o anonimato inerentes ao ato médico e estimula o profissional a fazer uma permanente reflexão sobre seu papel na assistência aos pacientes.

Da mesma forma, a Resolução nº 2.126 orienta que, nas mídias sociais (sites, blogs, Facebook, Twitter, Instagram, YouTube, WhatsApp e similares), como já havia sido determinado, continua vedado ao médico anunciar especialidade/área de atuação não reconhecida ou para a qual não esteja qualificado e registrado junto aos Conselhos de Medicina.

Esse texto complementa a Resolução nº 1.974/11, que desaconselha expressamente a publicação de imagens do tipo "antes" e "depois", de compromissos com êxito em um procedimento e a adjetivação excessiva ("o melhor", "o mais completo", "o único", "o mais moderno"), tão naturais em ambiente de competição puramente comercial.

A regra em questão também veda ao médico consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa ou a distância, assim como expor a figura de paciente em divulgação de técnica, método ou resultado de tratamento. Além disso, orienta que nas peças publicitárias sempre constem dados como o CRM e o Registro de Qualificação de Especialista (RQE). No caso de estabelecimentos de saúde, deve ser indicado o nome do diretor-técnico-clínico (com suas informações cadastrais visíveis).

Ao observar os critérios definidos pelo CFM, o médico valoriza a conduta ética nas suas atividades profissionais, além de se proteger efetivamente de eventuais

processos movidos por terceiros em busca de indenizações por danos materiais ou morais decorrentes de abusos.

Vale ressaltar que, ciente do dinamismo que envolve essa temática, o CFM determinou que a Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame) permaneça atenta para propor novas propostas de resolução se for necessário.

Assim, o CFM continua a cumprir seu papel normatizador com base em direitos previstos na Constituição de 1988, como a inviolabilidade da vida privada e o respeito e a honra à imagem pessoal, sempre oferecendo parâmetros seguros aos médicos sobre a postura ética e legal adequada em sua relação com os pacientes e com a sociedade.

ENSINO A DISTÂNCIA NAS ÁREAS DA SAÚDE: MITO E DESAFIOS

Distance teaching in the health areas: myth and challenges

Luiz Roberto de Oliveira *

Palavras-chave – *Ensino, tecnologia, comunicação, pedagógico, médico.*

Keywords – *Teaching, technology, communication, pedagogical, medical.*

O interesse pela educação a distância (EaD), em qualquer de suas modalidades, ou pelo ensino virtual, quando o intento for referir-se mais ou apenas ao uso das tecnologias informacionais computacionais hoje viabilizadas com emprego das Tecnologias Digitais da Informação e das Comunicações (TDIC), tão diversificadas quanto ubíquas desperta curiosidade e discussões, opiniões polarizadas contra e a favor, muitas vezes fruto da pouca compreensão de aspectos fundamentais do tema.

O uso das TDIC constitui tendência universal irreversível. O efeito central dessas tecnologias, o cerne de sua influência em quase todas as áreas da sociedade atual, algo sem precedentes na história humana, decorre primariamente de seu impacto na comunicação. Atinge, além disso, as diversas maneiras de manipular o conhecimento, interferindo em todas as etapas dessa atividade. Aplica-se à coleta de

* Mestre e doutor em Medicina, prof. associado IV do Departamento de Cirurgia, Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará e coordenador da Câmara Técnica de Informática em Saúde do Conselho Regional de Medicina do Ceará.

dados, seu armazenamento, seu tratamento na produção de conhecimento significativo e, sem dúvida, sua disponibilização, transmissão e nas várias possibilidades de adaptação midiática. É possível obter boa qualidade de ensino sem tecnologia digital? É claro que sim. Mas com seu uso há muitas possibilidades de melhorar a educação e facilitar a aprendizagem. Basta aderir ao que já se tem como certo sobre melhores práticas em EaD. Aliás, convém lembrar que o problema básico não é tecnológico, e sim pedagógico.

O ensino virtual, enfim, funciona, mas não de qualquer modo. O contexto, portanto, não se restringe simplesmente a ser contra ou a favor. Posicionar-se contrário ao uso da EaD nas graduações da área da Saúde, tendo como maior argumento apenas a tradição do ensino à beira do leito, é ignorar todos os avanços do ensino híbrido e alimentar o mito da presencialidade, admitindo-o como única forma válida de aprender, esquecendo, negligenciando e subvertendo a verdade dos conhecimentos acerca das inteligências múltiplas, da andragogia, da heutagogia, do construcionismo, desconhecendo, portanto, aspectos elementares das teorias de aprendizagem. Tal posição é, no mínimo, ignorar ensinamentos de Paulo Freire sobre a dialogicidade humana. Equivale a atribuir, de certa forma, a qualquer instituição que a condene um status de imobilidade intelectual, ao se colocar contra algo que cresce e se renova vertiginosamente, despertando a atenção em várias partes do mundo como fator crítico de desenvolvimento. A atual produção científica avassaladora, impede os meios tradicionais de atender às demandas por mais e permanente formação. O importante é estar próximo do paciente com informação adequada para melhor atendê-lo no local e no momento certos, independente de impedimentos de tempo e localização geográfica. As TDIC, nesse caso, cumprem muito bem seu esperado papel de acelerar o primeiro deles e encurtar distâncias, redimensionando tais fatores.

A tecnologia, no entanto, pode facilmente descambar para o tecnopólio, conforme alerta Neil Postman, que o define como "a rendição da cultura à tecnologia". Isso pode acontecer em todos os setores, não apenas no ensino e não somente no ensino na área da Saúde. É contra isso que se deve pugnar.

O melhor meio de evitar esse erro condenável é conhecer quais as melhores contribuições das TDIC para melhorar as tecnologias educacionais, inclusive na Saúde, diante de suas especificidades. O caminho, assim, não é assumir uma postura conservadora, negando o progresso, mesmo potencial, suscetível de ser obtido

em qualquer área mediante emprego da tecnologia. Ela deve ser considerada, além disso, como afirma Goodman, "um ramo da filosofia moral, não da ciência". Portanto, como também nos ensina Franco Júnior, torna-se necessário admitir "uma reflexão que discuta, problematize e interprete o significado dos valores morais".

E se nos aproximássemos, pela vertente da ética, do eixo central da questão de aceitar ou não a EaD baseada na web como válida no ensino de graduação na área da Saúde, será inevitável enfrentar as perguntas: é ético não utilizar o ensino virtual e suas potencialidades benéficas na formação de profissionais de saúde, tendo em vista que eles adentrarão o mercado profissional sem opções que lhes permitam não utilizar as TDIC? É ético condenar a EaD deixando futuros profissionais sem melhores condições de atender à sua condição de aprendizes ao longo da vida, sabendo que será muito mais fácil fazer isso por meio on-line, desde que disponibilizada com qualidade? Seria ético não ensinar como aprender com o uso das TDIC e como utilizá-las melhor nas profissões ligadas à Saúde? A EaD on-line, considerada como processo, possui óbvia contingência como algo em mutação, em crescimento. Não é terreno para aventuras e nem diletantismo. Menos ainda para condenações em que o conservadorismo mais se aproxima do obscurantismo irrefletido. À beira do leito, cada vez mais, é hoje necessário aderir à tecnologia que humaniza e não à ignorância que deforma.

A RESPONSABILIDADE CIVIL POR ERRO MÉDICO E O DEVER DE INDENIZAR

Civil liability for medical error and the duty of indemnification

Marcelo Mello Fagundes *

Palavras-chave – *Responsabilidade civil, indenização, erro, denúncia, médico.*

Keywords – *Civil liability, indemnification, error, complaint, medical.*

Nos últimos anos, o número de processos contra médicos teve um crescimento exponencial.Com esse cenário, é necessário analisar em detalhes se o erro médico realmente ocorreu ou se o processo decorre apenas de um mero descontentamento com o resultado do tratamento por parte do paciente.

Este artigo propõe esclarecer para o público não especializado nas carreiras jurídicas o mecanismo de funcionamento para realizar essa análise mediante a breve apresentação de alguns conceitos básicos.

Primeiramente, é necessário apresentar o conceito de responsabilidade civil, também aplicado na responsabilidade civil por erro médico e definido da seguinte maneira por Maria Helena Diniz: "A responsabilidade civil é a aplicação de medidas que obriguem alguém a reparar dano moral ou patrimonial causado a terceiros em razão de ato do próprio imputado, de pessoa por quem ele responde, ou de fato de

* É Advogado em Curitiba, inscrito na OAB-PR (72.329).

coisa ou animal sob sua guarda (responsabilidade subjetiva), ou, ainda, de simples imposição legal (responsabilidade objetiva)."

Com esta definição, é possível constatar que, mediante o cometimento de um ato ilícito (art. 927 do Código Civil), o causador do dano deverá reparar a vítima.

Passada essa primeira exposição de suma importância, é imprescindível examinar em mais detalhes o mecanismo de funcionamento. Conforme já conceituado, a responsabilidade civil se divide em duas modalidades: a objetiva e a subjetiva.

A responsabilidade civil objetiva tem dois requisitos: o dano e o nexo causal (ou nexo de causalidade). Porém, os médicos respondem pela responsabilidade civil subjetiva. Nessa modalidade tem como requisitos: o dano, o nexo causal e a culpa. Para responsabilização por erro médico é necessário o preenchimento dos três.

O dano é o prejuízo moral ou material que a vítima sofreu, sendo que esse dano tem que ser atual, certo e real, evitando assim cenários de situações hipotéticas. No dano material poderá haver aplicação dos danos emergentes, ou seja, trata-se do que a vítima realmente perdeu com o dano sofrido (gastos com remédios, gastos com outras cirurgias etc.) e também de lucros cessantes, que representam o que a vítima efetivamente deixou de ganhar na sua profissão por conta do dano sofrido.

O nexo de causalidade é o ponto que liga a conduta do agente ao dano. O profissional realizou o ato médico e, em decorrência disso, a vítima sofreu um dano. Esse elo que os une é o nexo de causalidade.

Entre os três requisitos, a culpa é o mais importante para o presente trabalho e divide-se em mais três requisitos. São eles a imprudência, a negligência e a imperícia (Código de Ética Médica e Código Civil).

A imprudência é a prática de uma ação irrefletida, ou também, uma ação precipitada. Um exemplo seria o cirurgião que não aguarda a chegada do médico anestesista e inicia a cirurgia mesmo com a sua ausência, surgindo assim um erro pela falta de atuação desse segundo profissional.

A negligência é a falta de cuidado ou desatenção por parte do profissional na sua atividade laborativa. Ela implica em omissão ou falta de observação no dever de agir. Ressalta-se, nesse requisito, que o profissional não age com o cuidado necessário. Um exemplo para deixar mais claro é quando o médico esquece uma tesoura cirúrgica no interior do corpo do paciente.

Como é possível observar, nos dois itens, um tem uma ação enquanto o outro tem uma omissão.

Por último, temos a imperícia. Este requisito é a falta de aptidão ou habilidade específica para a realização do ato médico. Um exemplo fácil para entender isso é o médico cardiologista que resolve realizar uma cirurgia neurológica.

É necessário o preenchimento de um dos três requisitos obrigatórios, que são exigidos pela lei, ou seja, o médico tem que ter agido com imprudência, negligência ou com imperícia. Sem o cometimento de um dos três, ele não terá o dever de indenizar. Vale destacar que a análise desses requisitos será feita por perícia no decorrer do processo.

Com esse embasamento, é necessário realizar a diferenciação de alguns conceitos para entender o quadro geral. Por exemplo: o que é ato médico? Existem outros tipos de atos?

A resposta é sim! Existem outros tipos. O ato médico é o que só pode ser realizado pelo médico. É um ato exclusivo e que, devido a sua formação profissional, só ele poderá praticar. Existe também o ato paramédico, realizado por outros profissionais da saúde, como enfermeiros, socorristas, fisioterapeutas etc. E, por fim, o ato extramédico, no qual é praticado por funcionários do hospital.

Quem poderá ajuizar uma ação e quem poderá responder? A própria vítima ou, na morte dela, o seu espólio (art. 943 do Código Civil e art. 110 do CPC). Os seus familiares poderão requerer a compensação pelo dano sofrido em nome próprio (dano reflexo ou ricochete). Poderá responder pela ação o médico, o hospital e o plano de saúde (responsabilidade solidária).

Ainda, a profissão do médico é uma atividade meio e não de fim. Ou seja, é uma atividade que não tem como prometer um resultado, mas sim que o profissional irá empregar as melhores técnicas para atingir o objetivo esperado. O preceito funciona assim porque na área da saúde existem inúmeros fatores que influenciarão o tratamento, como a reação aos medicamentos, o cumprimento das prescrições médicas por parte dos pacientes etc. Essa regra geral não se aplica a cirurgias plásticas, mas essa é outra discussão.

Como dito no presente artigo e levando em consideração esse cenário na relação entre médico-paciente, existe um vínculo contratual. Ou seja, com a aplicação do

Código de Defesa do Consumidor e o consequente emprego do art.6 do CDC, no qual o dispositivo legal trata sobre o direito de informação.

No direito de informação, ao consumidor é resguardada a ampla informação sobre o serviço prestado. Devem ser prestadas informações sobre os riscos, as contraindicações, os possíveis efeitos colaterais, as probabilidades de êxito, tratamentos alternativos/similares etc.

Pela exposição feita, fica claro que o ponto mais importante é o que trata sobre a culpa. Portanto, não agindo o profissional com imprudência, negligência ou imperícia, não terá ele o dever de indenizar o paciente por um mero descontentamento com o tratamento e, respeitando tais normas legais, o profissional estará amplamente amparado pela legislação caso venha a responder a um processo penal ou judicial.

CRITÉRIOS DO DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA

Criteria for the diagnosis of encephalic death

*CFM **

Palavras-chave – *Morte encefálica, diagnóstico, legislação, notificação, captação de órgãos.*

Keywords – *Brain death, diagnosis, legislation, notification, organ harvesting.*

EMENTA

Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. Notificação. Retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Legalidade e caráter ético da suspensão dos procedimentos de suporte terapêutico.

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

CONSIDERANDO que a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, determina em seu artigo 3º que compete ao Conselho Federal de Medicina definir os critérios para diagnóstico de morte encefálica (ME);

*Conselho Federal de Medicina.

CONSIDERANDO o Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017, que regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento;

CONSIDERANDO que o artigo 13 da Lei nº 9.434/1997 determina ser obrigatório para todos os estabelecimentos de saúde informar as centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos das unidades federadas onde ocorrer diagnóstico de morte encefálica feito em pacientes por eles atendidos;

CONSIDERANDO que a perda completa e irreversível das funções encefálicas, definida pela cessação das atividades corticais e de tronco encefálico, caracteriza a morte encefálica e, portanto, a morte da pessoa;

CONSIDERANDO que a Resolução CFM nº 1.826/2007 dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suporte terapêutico quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não doador de órgãos;

CONSIDERANDO que a comprovação da ME deve ser realizada utilizando critérios precisos, bem estabelecidos, padronizados e passíveis de ser executados por médicos em todo território nacional;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na reunião plenária de 23 de novembro de 2017;

RESOLVE:

Art. 1º – Os procedimentos para determinação de morte encefálica (ME) devem ser iniciados em todos os pacientes que apresentem coma não perceptivo, ausência de reatividade supraespinhal e apneia persistente, e que atendam a todos os seguintes pré-requisitos:

a) presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar morte encefálica;

b) ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica;

c) tratamento e observação em hospital pelo período mínimo de seis horas. Quando a causa primária do quadro for encefalopatia hipóxico-isquêmica, esse período de tratamento e observação deverá ser de, no mínimo, 24 horas;

d) temperatura corporal (esofagiana, vesical ou retal) superior a 35°C, saturação arterial de oxigênio acima de 94% e pressão arterial sistólica maior ou igual a 100 mmHg ou pressão arterial média maior ou igual a 65mmHg para adultos, ou conforme a tabela a seguir para menores de 16 anos:

	Pressão Arterial	
Idade	Sistólica (mmHg)	PAM (mmHg)
Até 5 meses incompletos	60	43
De 5 meses a 2 anos incompletos	80	60
De 2 anos a 7 anos incompletos	85	62
De 7 a 15 anos	90	65

Art. 2º – É obrigatória a realização mínima dos seguintes procedimentos para determinação da morte encefálica:

a) dois exames clínicos que confirmem coma não perceptivo e ausência de função do tronco encefálico;

b) teste de apneia que confirme ausência de movimentos respiratórios após estimulação máxima dos centros respiratórios;

c) exame complementar que comprove ausência de atividade encefálica.

Art. 3º – O exame clínico deve demonstrar de forma inequívoca a existência das seguintes condições:

a) coma não perceptivo;

b) ausência de reatividade supraespinhal manifestada pela ausência dos reflexos fotomotor, córneo-palpebral, oculocefálico, vestíbulo-calórico e de tosse.

§ 1º – Serão realizados dois exames clínicos, cada um deles por um médico diferente, especificamente capacitado a realizar esses procedimentos para a determinação de morte encefálica.

§ 2º – Serão considerados especificamente capacitados médicos com no mínimo um ano de experiência no atendimento de pacientes em coma e que tenham acompanhado ou realizado pelo menos dez determinações de ME ou curso de capacitação para determinação em ME, conforme anexo III desta Resolução.

§ 3º – Um dos médicos especificamente capacitados deverá ser especialista em uma das seguintes especialidades: medicina intensiva, medicina intensiva pediátrica, neurologia, neurologia pediátrica, neurocirurgia ou medicina de emergência. Na indisponibilidade de qualquer um dos especialistas anteriormente citados, o procedimento deverá ser concluído por outro médico especificamente capacitado.

§ 4º – Em crianças com menos de 2 (dois) anos o intervalo mínimo de tempo entre os dois exames clínicos variará conforme a faixa etária: dos sete dias completos (recém-nato a termo) até dois meses incompletos será de 24 horas; de dois a 24 meses incompletos será de doze horas. Acima de 2 (dois) anos de idade o intervalo mínimo será de 1 (uma) hora.

Art. 4º – O teste de apneia deverá ser realizado uma única vez por um dos médicos responsáveis pelo exame clínico e deverá comprovar ausência de movimentos respiratórios na presença de hipercapnia (PaCO2 superior a 55mmHg).

Parágrafo único. Nas situações clínicas que cursam com ausência de movimentos respiratórios de causas extracranianas ou farmacológicas é vedada a realização do teste de apneia, até a reversão da situação.

Art. 5º – O exame complementar deve comprovar de forma inequívoca uma das condições:

a) ausência de perfusão sanguínea encefálica ou

b) ausência de atividade metabólica encefálica ou

c) ausência de atividade elétrica encefálica.

§ 1º – A escolha do exame complementar levará em consideração situação clínica e disponibilidades locais.

§ 2º – Na realização do exame complementar escolhido deverá ser utilizada a metodologia específica para determinação de morte encefálica.

§ 3º – O laudo do exame complementar deverá ser elaborado e assinado por médico especialista no método em situações de morte encefálica.

Art. 6º – Na presença de alterações morfológicas ou orgânicas, congênitas ou adquiridas, que impossibilitam a avaliação bilateral dos reflexos fotomotor, córneo-palpebral, oculocefálico ou vestíbulo-calórico, sendo possível o exame em um dos lados e constatada ausência de reflexos do lado sem alterações morfológicas,

orgânicas, congênitas ou adquiridas, dar-se-á prosseguimento às demais etapas para determinação de morte encefálica.

Parágrafo único. A causa dessa impossibilidade deverá ser fundamentada no prontuário.

Art. 7º – As conclusões do exame clínico e o resultado do exame complementar deverão ser registrados pelos médicos examinadores no Termo de Declaração de Morte Encefálica (Anexo II) e no prontuário do paciente ao final de cada etapa.

Art. 8º – O médico assistente do paciente ou seu substituto deverá esclarecer aos familiares do paciente sobre o processo de diagnóstico de ME e os resultados de cada etapa, registrando no prontuário do paciente essas comunicações.

Art. 9º – Os médicos que determinaram o diagnóstico de ME ou médicos assistentes ou seus substitutos deverão preencher a DECLARAÇÃO DE ÓBITO definindo como data e hora da morte aquela que corresponde ao momento da conclusão do último procedimento para determinação da ME.

Parágrafo único. Nos casos de morte por causas externas a DECLARAÇÃO DE ÓBITO será de responsabilidade do médico legista, que deverá receber o relatório de encaminhamento médico e uma cópia do TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA.

Art. 10º – A direção técnica do hospital onde ocorrerá a determinação de ME deverá indicar os médicos especificamente capacitados para realização dos exames clínicos e complementares.

§ 1º – Nenhum desses médicos poderá participar de equipe de remoção e transplante, conforme estabelecido no art. 3º da Lei nº 9.434/1997 e no Código de Ética Médica.

§ 2º – Essas indicações e suas atualizações deverão ser encaminhadas para a Central Estadual de Transplantes (CET).

Art. 11º – Na realização dos procedimentos para determinação de ME deverá ser utilizada a metodologia e as orientações especificadas no ANEXO I (MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA DETERMINAÇÃO DA MORTE ENCEFÁLICA), no ANEXO II (TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA) e no ANEXO III (CAPACITAÇÃO PARA DETERMINAÇÃO EM MORTE ENCEFÁLICA) elaborados e atualizados quando necessários pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 12º – Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM nº 1.480, publicada no Diário Oficial da União, seção I, p. 18227-18228, em 21 de agosto de 1997.

Brasília, DF, 23 de novembro de 2017.

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO
Presidente em exercício

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.173/2017

A Lei nº 9.434/1997 estabelece em seu artigo 3º que o diagnóstico de morte encefálica (ME) deve ser realizado "mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina".

Atendendo a essa determinação, o CFM elaborou a Resolução nº 1.480/1997, marco ético e legal para o diagnóstico de ME. Porém, devido aos avanços tecnológicos, ao melhor entendimento do processo de ME e à experiência brasileira em determinações de ME nos últimos vinte anos, fez-se necessária uma revisão da referida resolução.

O diagnóstico de ME tem evoluído nas últimas cinco décadas. Desde a publicação de *The depassed coma: preliminary memoir*, que definiu pela primeira vez o conceito de ME, e de sua consolidação em 1968, pelo *Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*, pouco se tem acrescentado. Nos EUA, em 1981, o relatório da *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, Defining death: a report on the medical, legal, and ethical issues in the determination of death*, determinou que cabe à ciência médica o estabelecimento de critérios para a finalidade de diagnóstico de morte e incorporou à legislação americana, no *Uniform determination of death act*, esse conceito de morte. Os *Guidelines for the determination of death*, publicados também em 1981, são a base das Diretrizes da Academia Americana de Neurologia e são utilizados até hoje no Brasil e no mundo. Uma revisão baseada em evidências científicas desses critérios reafirmou sua validade e aplicabilidade.

Em 2002, Wijdicks realizou levantamento dos critérios para determinação da ME em oitenta países. Destes, setenta possuíam diretrizes clínicas definidas para o diagnóstico da ME, com presença de coma e ausência de reflexos de tronco encefálico e de resposta motora. Em apenas 55 Estados havia legislação para isso. A participação de dois médicos era exigida em 34%. Em apenas 59% dos países era exigido teste de apneia com nível de hipercapnia definido.

A atualização desse levantamento, realizada por Wahlster et al. em 2015, incluindo agora 91 países, constatou que em 70% dos locais pesquisados existia legislação específica para determinação de ME. Em dois terços havia exigência de um médico com treinamento em neurologia, neurocirurgia ou terapia intensiva para realizar a determinação de ME. Em 56% dos países havia critério específico para crianças. Foram constatadas diferenças importantes no tempo de observação entre os exames, no teste de apneia e nos exames complementares.

Shappel et al. revisaram a determinação da ME em 226 doadores de órgãos de 68 hospitais dos EUA. Os profissionais que realizaram procedimentos foram intensivistas (37%), neurologistas (28%), neurocirurgiões (15%) e de outras especialidades (20%).

As normas adotadas no Brasil pela Resolução nº 1.480/1997 incorporaram os procedimentos internacionais com maior grau de rigidez e segurança.

Entre os anos de 2001 e 2016 foram realizados no Brasil 104.268 determinações de ME em conformidade com a Resolução CFM nº 1.480/1997 e em acordo com a Lei nº 9.434/1997 (do Sistema Nacional de Transplantes/Ministério da Saúde). Esses dados indicam a segurança das normas em uso e sua plena aceitação pela sociedade. Todavia, com o intuito de aprimorar a Resolução nº 1.480/1997, foram realizadas nos últimos seis anos amplas discussões no âmbito das sociedades médicas e do CFM.

Dessas discussões foram observados quatro pontos mais relevantes a ser aprimorados:

1) Tendo em vista que até o momento a determinação do diagnóstico de ME não era obrigatória e existindo entendimento de que deveria ser realizada somente em potenciais doadores de órgãos, esta Resolução torna obrigatória a determinação da ME em todos os pacientes que apresentem coma não perceptivo e apneia persistente.

2) Questionamentos sobre a execução e a interpretação dos procedimentos de ME estabelecidos na Resolução nº 1.480/1997, tais como temperatura corporal mínima, segurança do teste de apneia, hipernatremia, uso de drogas depressoras do sistema nervoso central, lesões congênitas ou adquiridas que prejudiquem parte do exame clínico (como agenesia de globo ocular, traumatismo grave de face e coluna cervical e otorragias), motivaram melhor definição nesta Resolução.

3) A experiência internacional e nacional, baseada num melhor entendimento da fisiopatologia da ME e na inclusão de novas tecnologias no diagnóstico e cuidado dos pacientes, indica que o intervalo mínimo de tempo para a determinação da ME pode ser reduzido, mantendo-se a segurança e acurácia do procedimento.

4) Para aprimorar precisão e padronização da realização dos procedimentos de determinação de ME, esta Resolução estabelece critérios para capacitação dos médicos responsáveis pela realização dos testes clínicos e exames complementares.

A ME é a forma mais atual de entendimento da morte do ser humano. Com esta, Resolução, o CFM renova seu compromisso com a sociedade, garantindo que todo cidadão tenha direito ao diagnóstico seguro da morte, almejando que esse momento seja o menos doloroso possível para seus familiares.

HIDERALDO LUIS SOUZA CABEÇA
Conselheiro Relator

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.480, de 8 de agosto de 1997. Estabelece os critérios para caracterização de ME. Diário Oficial da União. 21 ago 1997.
2. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.826, de 24 de outubro de 2007. Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de ME de indivíduo não doador. Diário Oficial da União. 24 out 2007.
3. Brasil. Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Leinº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1 jul 1997.

4. Brasil. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Diário Oficial da União. 5 fev 1997.

5. Brasil. Lei nº 11.521, de 18 de setembro de 2007. Altera a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para permitir a retirada pelo Sistema Único de Saúde de órgãos e tecidos de doadores que se encontrem em instituições hospitalares não autorizadas a realizar transplantes. Diário Oficial da União. 19 set 2007.

6. Definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death.JAMA. 1968 Aug;205(6):337-40.

7. Espanha. Real Decreto 2.070/1999, de 30 de dezembro de 1999. Por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos. Boletín Oficial del Estado. 4 ene 2000.

8. Espinel E, Deulofeu R, Sabater R, Mañalich M, Domingo P, Rué M. The capacity for organ generation of hospitals in Catalonia, Spain: a multicenter study. Transplant Proc. 1989 Feb;21(1):1419-21.

9. Salih MAM, Harvey I, Frankel S, Coupe DJ, Webb M, Cripps HA. Potential availability of cadaver organs for transplantation. BMJ. 1991 May;302(6784):1053-5.

10. Lampl Y, Gilad R, Eschel Y, Boaz M, Rapoport A, Sadeh M. Diagnosing brain death using the transcranial Doppler with a transorbital approach. Arch Neurol. 2002 Jan;59(1):58-60.

11. Shaner DM, Orr RD, Drought T, Miller RB, Siegel M. Really, most sincerely dead: policy and procedure in the diagnosis of death by neurologic criteria. Neurology. 2004 May;62(10):1683-6.

12. Mantesanz R, Miranda B. The Spanish experience in organ donation. In: Chapman JR, Deierhoi M, Wight C. Organ and tissue donation for transplantation. London: Arnold; 1997. p. 361-72.

13. Pestana JOM, Vaz MLS, Delmonte CA, Cavecchia SR, Pacheco M, Piveta VM, et al. Estimativa do número de potenciais doadores de órgãos na cidade de São Paulo. Rev. Assoc Med Bras. 1992;38(2):97-100.

14. Mollaret P, Goulon M. The depassed coma: preliminary memoir. Rev. Neurol (Paris). 1959 Jul;101:3-15.

15. Navarro A, Escalante JL, Andrés A. Donor detection and organ procurement in the Madrid region. Transplant Proc. 1993 Dec.;25(6):3130-1.

16. Guidelines for the determination of death: report of the medical consultants on the diagnosis of death to the President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. JAMA. 1981 Nov;246(19):2184-6.

17. Diagnosis of brain death. Statement issued by the honorary secretary of the Conference of Medical Royal Colleges andtheir Faculties in the United Kingdom on 11 October 1976. Br Med J. 1976 Nov;2(6045):1187-8.

18. Schütt GR, Henne-Bruns D. Organ donation: the influence of personal attitude on professional behavior. Transplant Proc. 1997 Dec;29(8):3246.

19. Wijdicks EFM.Determining brain death in adults. Neurology. 1995 May;45(5):1003-11.

20. Practice parameters for determining brain death in adults (summary statement): the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 1995 May;45(5):1012-4.

21. Wijdicks EFM. The diagnosis of brain death. N Engl J Med. 2001 Apr; 344(16):1215-21.

22. Wijdicks EFM. Brain death worldwide: accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria. Neurology. 2002 Jan;58(1):20-5.

23. Wijdicks EFM, Varelas PN, Gronseth GS, Greer DM.Evidence-based guideline update: determining brain death in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2010 Jun;74(23);1911-18.

24. Lang CJ, Heckmann JG. Apnea testing forthe diagnosis of brain death. Acta Neurol Scand. 2005 Dec;112(6):358-69

25. Luccas FJC, Braga NIO, Silvado CES. Recomendações técnicas para o registro do eletrencefalograma (EEG) na suspeita da morte encefálica. Arq Neuropsiquiatr. 1998 set; 2011;56(3b):697-702.

26. Freitas GR. Morte encefálica. In: Zétola VHF, Lange MC, editores. Manual de Doppler Transcraniano da Academia Brasileira de Neurologia. Curitiba: 2006, p. 44-9.

27. Bresolin NL, Fernandes VR. Sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular. [publicação on-line] Associação de Medicina Intensiva Brasileira; 2002. [acesso em 19 maio 2011]. Disponível em: <https://goo.gl/N6Shpm>.

28. Determining brain death: basic approach and controversial issues. Nelson A, Lewis A. Am J Crit Care. 2017 Nov;26(6):496-500.

29. Lewis A, Adams N, Chopra A, Kirschen MP. J. Use of ancillary tests when determining brain death in pediatric patients in the United States. J Child Neurol. 2017 Oct;32(12):975-800.

30. Lewis A, Greer D. Current controversies in brain death determination. Nat Rev Neurol. 2017 Aug;13(8):505-9.

31. Dibo FHA, Gravena ÂAF, Freitas RA, Dell'Agnolo CM, Almeida Benguella E, Pelloso SM, et al. Brain death: knowledge of future Brazilian physicians. Transplant Proc. 2017 May;49(4):750-5.

32. Neavyn MJ, Stolbach A, Greer DM, Nelson LS, Smith SW, Brent J, Tormoehlen LM, American College of Medical Toxicology. ACMT position statement: determining brain death in adults after drug overdose. J Med Toxicol. 2017 Sep;13(3):271-3.

33. Walter U, Schreiber SJ, Kaps M. Doppler and duplex sonography for the diagnosis of the irreversible cessation of brain function ("brain death"): current guidelines in Germany and neighboring countries. Ultraschall Med. 2016 Dec;37(6):558-78.

34. Chang JJ, Tsivgoulis G, Katsanos AH, MalkoffMD, Alexandrov AV. Diagnostic accuracy of transcranial Doppler for brain death confirmation: systematic review and meta-analysis. AJNR Am. J. Neuroradiol. 2016 Mar;37(3):408-14.

35. Greer DM, Wang HH, Robinson JD, Varelas PN, Henderson GV, Wijdicks EF. Variability of brain death policies in the United States. JAMA Neurol. 2016 Feb;73(2):213-8.

36. Wijdicks EF. Determining Brain Death. Continuum. 2015 Oct;21(5):1411-24.

37. Araki T, Yokota H, Ichikawa K, Osamura T, Satomi A, Tsuru T, et al. Simulation-basedtraining for determination of brain death by pediatric healthcare providers. Springerplus. 2015 Aug;4(1):412.

38. Wahlster S, Wijdicks EF, Patel PV, Greer DM, Hemphill JC 3rd, Caron M, et al. Brain death declaration: practices and perceptions worldwide. Neurology. 2015 May;84(18):1870-9.

39. Shemie SD, Hornby L, Baker A, Teitelbaum J, Torrance S, Young K, et al. International guideline development for the determination of death. Intensive Care Med. 2014 Jun;40(6):788-97.

40. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes: estatísticas de transplantes. [acesso em 12 jun 2016]. Disponível em: <https://goo.gl/mmQuZp>.

41. National Conference of Commissioners on Uniform State Laws (Estados Unidos). Uniform Determination ofDeath Act. [publicação on-line] [cited 12 Jun 2014] Available from: <https://goo.gl/XH3uq7>.

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.173/2017

Resolução aprovada na sessão plenária de 23/11/2017

Publicada no D.O.U. de 15 de dezembro de 2017, Seção I, p. 274-6

OBRIGATORIEDADE DAS COMISSÕES DE ÓBITO

Obligation of obit committees

CFM *

Palavras-chave – *Óbito, comissão, revisão, protocolo, médico, atestado.*

Keywords – *Death, commission, review, protocol, doctor, attestation.*

EMENTA

Regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013; e

CONSIDERANDO que a Resolução CFM nº 2.147/16 reconhece ser o Diretor Técnico, nos termos da Lei, a autoridade responsável, junto aos Conselhos Regionais de Medicina e autoridades sanitárias, pelos aspectos formais do funcionamento das unidades assistenciais de saúde que representa, cabendo zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;

*Conselho Federal de Medicina.

CONSIDERANDO que o Parecer CFM nº 20/2015, de 22 de maio de 2015, estabelece que a Comissão de Óbito tem atividade exclusiva e funções específicas, sendo obrigatória nos estabelecimentos hospitalares públicos e privados;

CONSIDERANDO que a Portaria MS nº 170, de 17 de dezembro de 1993, estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para credenciamento em alta complexidade em oncologia;

CONSIDERANDO que a Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.000, de 15 de abril de 2004, estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito nos Hospitais de Ensino;

CONSIDERANDO que a Portaria MS/GM nº 1405, de 29 de junho de 2006, institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimentos de Causas Mortis;

CONSIDERANDO que a Portaria MS nº 3123, de 7 de dezembro de 2006, estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para o processo de contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde; e

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 26 de outubro de 2017,

RESOLVE:

Art. 1º – Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Óbito em todas as unidades hospitalares e UPA, adequando-se as já existentes às normas desta resolução.

Art. 2º – Os membros componentes da Comissão de Revisão de Óbito serão indicados pela Direção Técnica da instituição.

Art. 3º – Compete à Comissão de Revisão de Óbito a avaliação de todos os óbitos ocorridos na unidade, devendo, quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal.

Art. 4º – A Comissão de Revisão de Óbito deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

§ 1º – Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos.

§ 2º – Outros profissionais de saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.

§ 3º – O coordenador da Comissão de Revisão de Óbito será obrigatoriamente médico.

Art. 5º – A Comissão de Revisão de Óbito se reunirá mensalmente, caso haja óbito a ser analisado, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário.

Art. 6º – A análise da conduta do médico assistente ao paciente falecido deverá ser feita obrigatoriamente por médico componente da Comissão de Revisão de Óbito, sendo vedada a análise da conduta médica por outro profissional não médico membro da Comissão.

Art. 7º – Não compete ao médico membro da Comissão de Revisão de Óbitos, ao analisar a conduta do médico que assistiu ao paciente, emitir juízo de valor em relação à imperícia, imprudência ou negligência, pois esta competência é exclusiva dos Conselhos de Medicina.

Parágrafo único. O médico membro da Comissão de Revisão de Óbito, ao analisar a conduta do médico que assistiu o paciente, deve se limitar a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados.

Art. 8º – Os óbitos analisados pela Comissão de Revisão de Óbito que necessitem esclarecimentos em relação as condutas médicas adotadas devem ser encaminhados ao diretor técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da instituição, que deverá observar as disposições da Resolução CFM nº 2.152/2016 e, na ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos Conselhos Profissionais dos profissionais envolvidos.

Art. 9º – É vedado a utilização do termo morte evitável para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente.

Parágrafo único. Estes casos devem ser classificados como óbito a esclarecer.

Art. 10 – Os membros da Comissão de Revisão de Óbito estão obrigados a manter a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise.

Art. 11 – A Comissão de Revisão de Óbito emitirá anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue ao diretor técnico para as providências necessárias.

Parágrafo único. É responsabilidade do diretor técnico a implantação, na instituição, das medidas corretivas necessárias para a melhora no percentual de óbitos, com base no relatório anual da Comissão de Revisão de Óbito, devendo comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 12 – A duração do mandato da Comissão de Revisão de Óbito será de no máximo 30 (trinta) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido.

Parágrafo único. Ao término do mandato, a diretoria técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

Art. 13 – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, DF, 30 de outubro de 2017.

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO
Presidente em exercício

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-Geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.171/2017

A análise dos óbitos ocorridos em instituições hospitalares e UPA são de valor epidemiológico extraordinário para se traçar o perfil das mortes nestes locais, permitindo que se estabeleçam protocolos preventivos e terapêuticos, diminuir o número de óbitos nestas unidades de saúde.

Delimitamos a implantação das Comissões de Revisão de Óbito em instituições hospitalares e UPA, por serem estas unidades os locais onde ocorrem a quase

totalidade das mortes em unidades de saúde. Infelizmente, no Brasil, as UPA se tornaram verdadeiras unidades hospitalares, com salas vermelhas, atendendo pacientes em situação de alta complexidade, intubados, em ventiladores, que permanecem em tratamento nestes locais por longos períodos, frequentemente indo a óbito antes de serem transferidos para instituições hospitalares. Deve ser enfatizado que, de acordo com as normas do Ministério da Saúde, UPA são unidades de saúde de atendimento secundário, intermediárias entre a atenção básica e as instituições hospitalares. No entanto, devido à crise que assola o setor de urgência e emergência dos hospitais brasileiros, com superlotação dos prontos-socorros, falta de leitos em Unidades de Terapia Intensiva, falta de leitos hospitalares de retaguarda, as UPA se transformaram em locais de atendimento a pacientes de quadro grave, de alta complexidade, sem que tenham condições para isto, tanto pela falta de capacidade infraestrutural, e de insumos materiais necessários para atender a pacientes de tamanha gravidade, quanto por não dispor de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros profissionais de saúde com capacitação adequada para atender a esses doentes. Devido a esse desvio de função das UPA, temos um grande número de pacientes que morrem nestas unidades, assim se justificando a implantação de Comissão de Revisão de Óbito nas UPA.

O Conselho Federal de Medicina e o Ministério da Saúde, ao estabelecerem a obrigatoriedade da implementação da Comissão de Revisão de Óbito nessas instituições, reconhecem a importância desta análise para que se tenha o perfil dos óbitos ocorridos, objetivando estabelecer políticas públicas voltadas para as causas que culminaram em óbitos que poderiam ter sido evitados.

As causas de óbitos são frequentemente multifatoriais, sendo a epidemia do trauma a maior causa de óbito na população jovem, enquanto as doenças cardiovasculares e oncológicas respondem pela maioria dos óbitos na população mais idosa.

Para que se trace o perfil dos óbitos que ocorrem em determinada instituição é fundamental que a Comissão de Revisão de Óbito seja multiprofissional, possibilitando uma análise ampla e especializada, onde se abordem todos os aspectos envolvidos no óbito, pelos diferentes profissionais envolvidos no tratamento do paciente, objetivando acima de tudo traçar o perfil epidemiológico dos óbitos da instituição.

A Comissão de Óbito é de responsabilidade do diretor técnico da unidade e a ele subordinada, por ser o médico responsável ética e legalmente pelo cumprimento

das normas administrativas da instituição. Por esta razão, é de competência do diretor técnico a indicação dos componentes da Comissão de Revisão de Óbito, que cumprirão mandato de no máximo 30 (trinta) meses, só podendo ser substituídos neste período a pedido. Ao fim do mandato a diretoria técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

A Comissão de Revisão de Óbito deve ser multiprofissional, sendo composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo eles obrigatoriamente médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde. Caso se faça a opção de formar a Comissão com mais de três membros, cada profissão deve ser representada por um único profissional, exceto o enfermeiro, com o máximo de 2 (dois), e do médico, com o máximo de 3 (três) membros. O número maior de médicos e enfermeiros se justifica por serem os dois profissionais mais diretamente envolvidos na assistência ao paciente.

Ao analisar o óbito, os membros da Comissão de Revisão de Óbito não podem nem devem substituir as competências legais dos Conselhos de Profissão, decretando se houve ou não erro dos profissionais que assistiram o paciente. É da responsabilidade de cada profissional da Comissão analisar a conduta do seu colega de profissão que assistiu o paciente, porém deve limitar-se a elaborar relatório conclusivo que trate exclusivamente dos fatos analisados, de forma circunstancial. Caso sejam necessários maiores esclarecimentos em relação à conduta dos profissionais que assistiram ao paciente, a análise do óbito deve ser encaminhada à Comissão de Ética Médica da instituição, quando forem necessários esclarecimentos da conduta médica adotada, e na ausência desta ao Conselho Regional de Medicina; quando o esclarecimento for de conduta adotada por outro profissional de saúde não médico, a análise do óbito deve ser encaminhada ao Conselho de profissão do profissional envolvido.

Óbitos que necessitem esclarecimentos além das competências da Comissão de Revisão de Óbito devem ser classificados como óbito a esclarecer, sendo vedada a denominação morte evitável.

É importante que se esclareça em qual contexto o termo morte evitável passou a ser utilizado:

O Parecer Cremesp nº 76.888/2005, de 2 de julho de 2007, estabeleceu que não existe uma única definição para o termo morte evitável, mas que seriam mortes

que poderiam ser evitadas por meios e tecnologia preventivos ou curativos atualmente disponíveis na sociedade, sendo eventos que não deveriam acontecer. Suas causas poderiam ser eliminadas ou seus efeitos controlados, estando relacionadas a deficiências do sistema de atenção a saúde prestada a determinada população quanto a medidas profiláticas, preventivas ou curativas, sendo considerado como indicador de qualidade dos cuidados à saúde, não sendo relacionados diretamente a erros médicos, apesar destes poderem resultar em mortes evitáveis.

Apesar deste conceito, o que se consagrou na prática médica é que quando a morte é classificada como evitável, imediatamente esta é associada a erro médico, especialmente nos cenários das Comissões de Óbito. Infelizmente, na prática médica atual, o termo morte evitável revela-se preconceituoso, implicando pré-julgamento de que houve erro no óbito do paciente, particularmente por parte do médico. Além disso, deve ser ressaltado que uma morte só pode ser classificada legalmente como morte evitável após ser analisada pelo Conselho de Medicina com tal conclusão. O óbito, uma vez classificado pela Comissão de Revisão de Óbito como morte evitável, sendo esta denominação do conhecimento da família, implicará quase que obrigatoriamente em denúncia no âmbito ético e legal contra os profissionais envolvidos na assistência ao paciente, especialmente o médico.

A denominação de determinado óbito pela Comissão de Revisão de Óbito como morte evitável em nada contribui para o esclarecimento do mesmo, devendo ser substituído por óbito a esclarecer, termo mais apropriado, que não carrega qualquer tipo de pré-julgamento sobre possível erro envolvido na morte do paciente, e que atingirá os objetivos propostos pela Comissão de Revisão de Óbito de esclarecer todos os aspectos envolvidos na morte do paciente, com o encaminhamento da análise do óbito ao Conselho de Ética Médica da instituição ou CRM, quando o médico estiver envolvido, ou ao Conselho de Profissão quando a atuação de outro profissional assistente estiver sob análise.

É essencial lembrar que o acesso ao prontuário do paciente é ato de extrema responsabilidade de todos os profissionais de saúde envolvidos, e que a privacidade, confidencialidade e o sigilo das informações ali contidas estão garantidas no artigo V da Constituição Federal e no Código Penal Brasileiro. Todos os profissionais de saúde, respeitadas as competências de cada profissão, estão obrigados a guardar as informações contidas no prontuário, em respeito ao falecido, e aos direitos que ele tinha quando vivo, sob pena de responsabilização ética e legal para o profissional

que quebrar este direito constitucional.

Por todo o exposto é de fundamental importância que o Conselho Federal de Medicina normatize o funcionamento das Comissões de Revisão de Óbito por Resolução específica.

HERMANN ALEXANDRE VIVACQUA VON TIESENHAUSEN
Conselheiro Relator

RESOLUÇÃO CFM nº 2.171/2017
Resolução aprovada na sessão plenária de 30/10/2017.
Publicada no D.O.U. de 08/Jan/2018, Seção I, p. 91

PERÍCIA MÉDICA E PRESENÇA DE ASSISTENTE TÉCNICO NÃO-MÉDICO

Medical expertise and presence of non-medical technical assistant

Rosylane Nascimeno das Mercês Rocha *

Palavras-chave – *Perícia, sigilo, privacidade, médico, advogado, ética, autonomia.*

Keywords – *Expertise, secrecy, privacy, doctor, lawyer, ethics, autonomy.*

EMENTA

Possibilidade ou não da participação no ato pericial (anamneses e exame físico) de assistentes técnicos não-médicos das partes durante os procedimentos. Configura infração ética realizar perícia médica sem a presença de assistente técnico não-médico. O médico perito não está impedido de vedar a participação de advogados das partes na perícia quando se sentir constrangido em sua autonomia e exercício profissional.

CONSULTA

A Juíza da 3ª Vara do Trabalho de Recife–TRT/6.ª Região formulou questionamento a este egrégio Conselho nos seguintes termos: Diversos incidentes que vêm ocorrendo quando da realização das perícias médicas nos processos que tramitam

*Conselheira relatora do CFM

neste Juízo, com o fito de estabelecer eventual nexo de causalidade ou concausa entre as atividades desempenhadas pelos ex-empregados e empregados das empresas e doenças ocupacionais equiparadas a acidente de trabalho ou ainda para se constatar eventual incapacidade laboral (parcial ou total).

A celeuma diz respeito à participação dos assistentes técnicos das partes, geralmente fisioterapeutas e advogados. Os peritos médicos nomeados por este Juízo têm firmado entendimento de que os assistentes técnicos não podem acompanhar as anamneses e os exames físicos, mesmo com o consentimento do paciente, uma vez que não são médicos. Alegam, em síntese, que a participação dos assistentes (não-médicos) implica em expressa violação à Lei do Ato Médico (12.842/2013).

Sendo assim, a fim de dirimir os conflitos acima relatados, que têm se tornado frequentes nos processos e vêm retardando a prestação jurisdicional, formulo a presente consulta para que esse Conselho informe ao Juízo se, de fato, a participação de não-médicos, na condição de assistentes das partes nas anamneses e nos exames físicos é permitida à luz das normas que disciplinam o assunto ou se viola alguma prerrogativa dos peritos médicos.

PARECER

Em síntese, trata-se de solicitação de manifestação a este egrégio Conselho sobre a participação de assistentes técnicos não-médicos e sobre a presença de advogados no ato médico pericial.

Preliminarmente, é importante que não se confunda assistência técnica com acompanhamento da perícia médica por advogado. Para melhor efeito didático, dividiremos o parecer em duas partes:

1) Participação de assistente técnico não-médico na perícia médica; e

2) Presença de advogado no ato médico pericial.

PARTE 1 – PARTICIPAÇÃO DE ASSISTENTE TÉCNICO NÃO MÉDICO NA PERÍCIA MÉDICA.

A perícia médica é uma expressão que remete a dois entendimentos distintos e, frequentemente, confundidos: o primeiro se refere à qualidade do médico, sua expertise em determinada área de atuação da medicina; o segundo, ao documento

médico-legal produzido pelo perito-médico. Segundo Hermes Rodrigues de Alcântara, é em sentido amplo todo e qualquer ato propedêutico ou exame, feito por médico, com a finalidade de contribuir com as autoridades administrativas, policiais ou judiciárias na formação de juízos a que estão obrigados.

A perícia médica é considerada uma arte, pois, mesmo aplicando técnicas e métodos muito exatos e sofisticados em busca de uma verdade objetiva, utiliza valores que em outras áreas do conhecimento médico não teriam a mesma interpretação. Tal é a complexidade do ato pericial que é necessária adequada formação, mesmo para médicos legalmente habilitados. Asseverou Claude Bernard: "A ciência repele o indeterminado e quando, em medicina pericial, se fundamentam opiniões na inspiração médica ou numa intuição mais ou menos vaga das coisas, estamos fora da ciência [...]".

Para a elaboração da Prova Técnica, segundo o Art. 156 do novo Código de Processo Civil, o juiz será assistido por perito quando a prova do fato depender de **conhecimento técnico ou científico** e os peritos serão nomeados entre os **profissionais legalmente habilitados.** [...] No § 3º dispôs que os tribunais realizarão avaliações e reavaliações periódicas para manutenção do cadastro, **considerando a formação profissional, a atualização do conhecimento e a experiência dos peritos interessados.** (grifo nosso).

Toda atividade profissional é propulsada essencial e juridicamente pelo que se denomina lex artis ad hoc, que presume a diligência, a prudência e a perícia profissionais, porque estes atributos caracterizam o procedimento profissional (Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior, 2004).

O CPC foi taxativo, então, ao evocar a habilitação legal dos profissionais à realização da Perícia. No Art. 465, o mesmo Código determinou que "**o juiz nomeará perito especializado no objeto da perícia** e fixará de imediato o prazo para a entrega do laudo" (grifo nosso).

Consoante o Parecer CFM nº 45/2016, do qual destacamos: O juiz nomeará perito especializado no objeto da perícia, ou seja: consoante a área de especialidade, técnica ou de expertise, nomeará perito em: engenharia, contabilidade, medicina, informática, agronomia etc.

O termo "especialidade" no CPC é genérico e não se refere às especialidades médicas, mas sim à área do conhecimento técnico ensejado pelo objeto da perícia.

O objeto da perícia, in casu, seria:

a) determinação de nexo causal;

b) avaliação de capacidade laborativa/aptidão; e

c) avaliação de sequela/valoração do dano corporal.

O nexo causal é a relação indissociável entre causa e efeito, entre conduta e resultado, retratado na equação: Evento + Dano = Nexo Causal. O dano exige a determinação do diagnóstico nosológico, que está relacionado ao diagnóstico etiológico e ao diagnóstico diferencial.

A avaliação de capacidade laborativa, de aptidão ou inaptidão para o trabalho, nada mais é do que atestação de saúde, e a avaliação de sequela e da valoração do dano dizem respeito ao prognóstico referente ao diagnóstico nosológico, ou seja, a sequela.

Mediante os itens que compreendem o objetivo da perícia médica trabalhista, temos o que disciplina a Lei nº 12.842/2013:

Art. 4º – São atividades privativas do médico: X – determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico; XII– realização de perícia médica [...]; XIII – atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis seqüelas (grifo nosso).

Comprovado está que, legalmente, somente o médico poderá determinar nexo causal, fazer a avaliação de capacidade laborativa e a valoração da sequela.

O profissional não-médico, ao atuar como assistente técnico em perícia médica, exerce ilegalmente a medicina, pois no momento da perícia fará a coleta anamnese, exame físico e mental, se não, vejamos:

O assistente técnico, para realizar o seu trabalho, necessitará cumprir as mesmas etapas do perito oficial, com a finalidade de definir o diagnóstico, realizar atestação de saúde e determinar o prognóstico para subsidiar seu parecer técnico. Durante o ato médico pericial, o assistente técnico terá o direito de intervir, realizar perguntas, propor diligência etc. Há, de fato, efetiva participação do assistente técnico no momento da perícia.

Ainda, caso a sua conclusão seja divergente da conclusão do perito oficial, o assistente técnico fará o contraponto, em seu parecer técnico, com argumentos técnico-científicos sobre o caso concreto da perícia médica que foi designada pela

autoridade competente.

Nesse caso, é inconteste de que o assistente técnico necessariamente precisa ser médico, pois está configurado o ato privativo do profissional médico previsto na Lei nº 12.842/2013.

No exemplo concreto ofertado pela MM.ª juíza consulente, o Decreto-Lei nº 938/1969, que regulamenta a profissão de Fisioterapia, traz de forma taxativa em seu Art. 3º a atribuição do profissional fisioterapeuta.

"Art. 3º É atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do cliente.

Para além dessa atribuição, não há qualquer outra, tampouco perícia médica. Não lhe sendo assegurada, portanto, competência técnica e legal para atuar como assistente técnico em perícia médica.

Vencida a etapa das competências técnica e legal, passamos à análise da atividade de assistência técnica.

Sobre a assistência técnica, o CPC, repise-se, dispôs:

Art. 465. O juiz nomeará perito especializado no objeto da perícia e fixará de imediato o prazo para a entrega do laudo.

§ 1º. Incumbe às partes, dentro de 15 (quinze) dias contados da intimação do despacho de nomeação do perito:

II – indicar assistente técnico;

Art. 466. [...]

§ 1º. Os assistentes técnicos são de confiança da parte e não estão sujeitos a impedimento ou suspeição.

§ 2º. O perito deve assegurar aos assistentes das partes o acesso e o acompanhamento das diligências e dos exames que realizar [...]. (grifo nosso).

Art. 477. O perito protocolará o laudo em juízo, no prazo fixado pelo juiz [...].

§ 1º. As partes serão intimadas para, querendo, manifestar-se sobre o laudo do perito do juízo no prazo comum de 15 (quinze) dias, podendo o

assistente técnico de cada uma das partes, em igual prazo, apresentar seu respectivo parecer.

§ 2º. O perito do juízo tem o dever de, no prazo de 15 (quinze) dias, esclarecer ponto:

I – sobre o qual exista divergência ou dúvida de qualquer das partes, do juiz ou do órgão do Ministério Público;

II – divergente apresentado no parecer do assistente técnico da parte.

§ 3º. **Se ainda houver necessidade de esclarecimentos, a parte requererá ao juiz que mande intimar o perito ou o assistente técnico a comparecer à audiência de instrução e julgamento** [...]. (grifo nosso).

Insofismável o reconhecimento do legislador diante do importante papel dos assistentes técnicos, trazendo, no novo texto legal, a obrigação de o perito às impugnações e divergências suscitadas pelos assistentes técnicos, ainda que esses sejam indicados em confiança das partes, e não sujeitos a impedimento e suspeição.

Se, de um lado, nos parece ilógico, descabido e incoerente a contratação de um profissional não habilitado tecnicamente para o objeto da perícia (no caso, perícia médica); de outro lado, não é possível o médico discutir assuntos médicos e técnicos com profissionais não-médicos, sendo ainda mais nocivo participar de uma discussão técnica em audiência com o Juízo. Nessa mesma lógica, não seria designado um médico como assistente técnico de uma perícia de economia ou engenharia florestal, por exemplo.

Sobre não estar ameaçado de impedimento ou suspeição, a intenção do legislador foi salientar que a imparcialidade está prevista apenas para o magistrado julgador e para o jurisperito, não sendo aplicável aos assistentes técnicos.

Ademais, a discussão técnica entre o jurisperito e os assistentes técnicos, ao final da perícia médica, é salutar, não confrontando o CPC nem o CEM, na medida em que o perito não passará suas conclusões e nem compartilhará seu laudo pericial. Conforme Despacho Cojur CFM nº 243/2015:

O compartilhamento de laudos entre o perito judicial e os assistentes técnicos das partes não tem amparo legal, sendo até mesmo motivo de uma suspeição do perito, se comprovado que essa troca de alguma forma retirou a imparcialidade do Expert.

A discussão técnica com não médicos sobre o caso concreto da prova pericial fere

a conduta ética, como já exposto anteriormente, mormente o Art.10 do Código de Ética Médica:

Art. 10. Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina ou com profissionais ou instituições médicas nas quais se pratiquem atos ilícitos.

Ressalte-se que a proibição por parte dos magistrados ou dos peritos do juízo para que assistentes técnicos não-médicos participem da perícia médica não pode ser considerada cerceamento de defesa, ao passo que as partes devem ser advertidas a designar o Profissional Médico em consonância com o novo CPC e a Lei nº 12.842/2013.

Assim, tem ocorrido em Varas do Trabalho do TRT da 10ª Região que, ao designar o perito do juízo, já consignem no Despacho:

"Intimem-se as partes, devendo cientificar os assistentes técnicos médicos, únicos autorizados a acompanhar o exame médico".

PARTE 2 – PRESENÇA DE ADVOGADO NO ATO MÉDICO PERICIAL.

A consulta versou sobre o fato de alguns peritos não permitirem o acompanhamento da perícia médica por advogado, pois haveria afronta à Lei nº 12.842/2013.

Em inúmeros casos, os médicos peritos evocam a proteção ao sigilo profissional e a ofensa à Lei nº 12.842/2013.

O tema sigilo médico está umbilicalmente ligado ao princípio da dignidade da pessoa humana. A Constituição Cidadã de 1988, em seu Art. 5º, Inciso X, assim resguardou a privacidade e o sigilo:

X – são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação.

O Código de Ética Médica, a seu turno, instituído pela Resolução CFM 1.931/2009, destinou um capítulo inteiro (Capítulo X) ao sigilo médico, sagrado instituto hipocrático, além, de resoluções e diversos pareceres atinentes ao tema.

O sigilo pertence ao paciente/periciado, e não ao médico. Se há prévia autorização expressa do periciado para que os advogados das partes acompanhem a perícia, não há que se falar em quebra de sigilo.

Ademais, aqui não falamos apenas em relação ao procurador do autor/reclamante, mas também do procurador do réu/reclamado. Frise-se que dar acesso somente a uma das partes pode configurar parcialidade e levar à nulidade do ato médico pericial e, ainda, que a perícia médica tem início quando o periciado adentra o consultório médico e não se resume ao exame físico.

A solicitação e a autorização expressas do periciado para acompanhamento da perícia pelos advogados das partes deverão constar dos autos do processo, bem como, caso ocorra, a negativa do jurisperito, fundamentada.

Atente-se de que o faz parte do processo é a prova pericial, ou seja, o laudo pericial, e não a construção da prova, o ato médico pericial em si. Ainda, a Lei nº 8. 908/1994, em seu Art. 7º, Inciso VI, alíneas "c" e "d", não incluiu estabelecimentos particulares, como o consultório médico para livre ingresso de advogados. Salvo melhor juízo, a presença do advogado está a critério do perito auxiliar do magistrado, ante o caso concreto, não configurando infringência a prerrogativa profissional do advogado. Afinal, não há qualquer atuação possível ao advogado em relação ao procedimento médico, não lhe sendo permitido qualquer interferência no momento do exame pericial e nem mesmo teria valor o seu depoimento para apontar possíveis falhas no exame médico.

Destarte as pontuações acima, acrescente-se a autonomia do médico que é um dos pilares da ética em nome da qual evocamos o inciso VIII dos Princípios Fundamentais:

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

Com esse entendimento, pode o médico perito do juízo vedar a presença de advogados para acompanhar a perícia, quando se sentir pressionado, constrangido ou com sua liberdade profissional ameaçada, devendo peticionar ao juízo sua decisão fundamentada.

CONCLUSÃO

I. É infração ética realizar perícia médica em presença de assistente técnico não-médico;

II. O médico perito do juízo não está impedido de vedar a participação de advogados das partes para acompanhar a perícia, quando se sentir pressionado, constrangido ou com sua liberdade profissional ameaçada;

III. A solicitação e a autorização expressas do periciado para acompanhamento da perícia pelos advogados das partes deverão constar dos autos do processo, bem como, caso ocorra, a negativa do jurisperito, fundamentada;

IV. O médico perito do juízo, ao permitir a presença de advogados das partes durante o exame médico pericial, vedará qualquer interferência dos mesmos no ato médico.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, DF, 15 de dezembro de 2017.

ROSYLANE NASCIMENTO DAS MERCÊS ROCHA
Conselheira relatora

PARECER CFM nº 50/2017
Processo-Consulta nº 27/2017
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 15/12/2017.

OPERADORA DE SAÚDE OFERECER SEGUNDA OPINIÃO E A ÉTICA

HEALTH CARE PROVIDER OFFER SECOND OPINION AND ETHICS

Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti *

Palavras-chave – *Assistente, segunda opinião, ética, junta médica, auditoria, paciente.*

Keywords – *Assistant, second opinion, ethics, medical board, audit, patient.*

EMENTA

A segunda opinião quanto à conduta médica é de livre escolha de pacientes, responsáveis legais e do próprio médico assistente, de acordo com o artigo 39 do Código de Ética Médica.

CONSULTA

Encaminhada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (Cremego) propaganda da Bradesco Saúde sobre 2ª opinião médica, nos termos como abaixo registramos, com pedido de esclarecimentos ao CFM: "É um programa oferecido pela Bradesco Saúde para proporcionar a você, segurado, mais tranquilidade e segurança no momento do tratamento a ser seguido".

*Conselheiro relator do CFM.

"Caso você possua indicação cirúrgica em algumas patologias ou procedimentos abaixo e tenha havido solicitação de autorização pelo hospital, a Bradesco Saúde entrará em contato com você indicando uma nova consulta, que poderá ser realizada por especialistas dos principais hospitais do país como: Albert Einstein (SP), Edmundo Vasconcelos (SP) e Mater Dei (BH), sem custos, com o objetivo de enriquecer o diagnóstico por meio de uma avaliação diferenciada".

Relaciona abaixo alguns serviços em diversos estados da Federação:

Doenças degenerativas da coluna Einstein (São Paulo) e Mater Dei (Belo Horizonte), Bucomaxilofacial Einstein (São Paulo), Escoliose Edmundo Vasconcelos (São Paulo), Dispositivos cardíacos e marca-passo Einstein (São Paulo), Obesidade (Bariátrica) Serviços em diversos estados.

PARECER

Em Parecer CFM nº 9/2001, elaborado pelo conselheiro federal Luiz Salvador Miranda de Sá Júnior, podemos aquilatar o quanto esse conflito é posto sempre que o entendimento do que seja a segunda opinião nos termos do Código de Ética Médica é interpretado com o objetivo de empresas oferecerem esse serviço a sua clientela por meio do credenciamento de terceiros, estimulando uma rotina que seria auditorial, posto que serviria para confirmar ou referendar indicações feitas pelo médico que assiste ao paciente, ou mesmo contrariar.

Transcrevo na íntegra o referido parecer prolatado em agosto do ano 2000: "Desde tempos imemoriais, quando o médico não encontrava solução para um problema técnico (diagnóstico, tratamento ou outro) ou quando um paciente não se contentava com a opinião ou a conduta de seu médico assistente, buscava-se algum outro médico para ajudar a superar suas dúvidas ou ultrapassar as dificuldades. Na tradição europeia, instituíram-se as Juntas Médicas para essa finalidade. Por iniciativa do médico assistente, ou a pedido do paciente ou de seu responsável, convoca-se uma Junta de pelo menos três colegas para examinar o caso, avaliar a conduta em causa e dar uma opinião. Se não houvesse consenso na resposta, outra Junta Médica poderia ser convocada."

Já na tradição norte-americana, instituiu-se a chamada "segunda opinião". Mais simples, mais barata e mais direta. O médico assistente ou o paciente consultam outro profissional em busca de ajuda.

O Código de Ética Médica em vigor regulamenta a prática relacionada com a atividade das Juntas Médicas, instituição de revisão técnica bem arraigada em nossa cultura médica. A prática da segunda opinião, entretanto, respaldada na ideologia liberalista norte-americana e com farto apoio no cinema, na televisão e nos jornais, ocorre sem qualquer regulação ou regulamentação, senão o senso moral das pessoas envolvidas.

O presente pedido de parecer, bem sintonizado com a ideologia liberalista e privatizante, foi provocado por alguém que pretende se organizar em empresa para explorar o ramo da segunda opinião. Não obstante, a ideia me parece infeliz, no mínimo. Julgo que, no melhor espírito da ideologia que preside esta proposta, deve-se deixar que o médico e o paciente escolham com liberdade, a quem desejam pedir a segunda, terceira, quarta ou outra opinião sobre matéria de seu interesse.

Já em 2014, o Parecer CFM nº 8/2014, de autoria do conselheiro José Fernando Maia Vinagre, traz em sua ementa: Os planos de saúde, cooperativas de trabalho médico e clínicas de referência não poderão impor aos usuários e aos seus médicos assistentes o local onde esses pacientes deverão ser tratados, bem como não poderão enviá-los para outros médicos.

Embora não trate especificamente da segunda opinião, o parecer citado acima é balizador de como tem se comportado o CFM sempre que o assunto é tirar do médico assistente e/ou dos pacientes e familiares o direito de escolha.

Pois bem, o Código de Ética Médica garante ao paciente o direito à segunda opinião.

Reza do Código de Ética Médica, em seu artigo 39, no capítulo sobre a relação do médico com o paciente ou seu responsável legal, a vedação ao médico "opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal".

Como está explicitado no material propagandístico em análise, quanto à segunda opinião, há ao menos dois direcionamentos:

1 – para um conjunto de especialidades;

2 – para determinados especialistas em determinados serviços.

Fica então evidente que essa segunda opinião não tem o perfil do previsto no Código de Ética Médica, contendo mais elementos auditoriais do que o de uma banca ou de ato individual para retirada de dúvidas pelas partes.

Em seu perfil, não alcança todas as possibilidades de adoecimentos, ficando clara a intenção de abordar procedimentos cujo interesse desejariam controlar.

Os hospitais referenciados, embora pareça natural em um sistema de livre concorrência, prestam o serviço de modo direcionado para algumas especialidades, o que cerceia a liberdade do médico assistente e a de pacientes e familiares de escolher especialista de seu interesse. Desse modo, se colocam como auditores das prescrições terapêuticas dos médicos assistentes.

Como se exprimiu no ano 2000 o sábio, e sempre lembrado por sua erudição, conselheiro Luiz Salvador Miranda de Sá Júnior:

"Não obstante, a ideia me parece infeliz, no mínimo. Julgo que, no melhor espírito da ideologia que preside esta proposta, deve-se deixar que o médico e o paciente escolham com liberdade a quem desejam pedir a segunda, terceira, quarta ou outra opinião sobre matéria de seu interesse.

DA CONCLUSÃO

Depois dessa análise, podemos assegurar que a segunda opinião deve preencher os requisitos previstos no artigo 39 do Código de Ética Médica, sendo vedado ao médico se opor à segunda opinião quando solicitada pelo paciente ou seu responsável legal, resguardados os dispositivos éticos da livre escolha de quem se deseje consultar.

Fica evidente que essa segunda opinião questionada pelo consulente não tem o perfil do previsto no Código de Ética Médica, pois é imposta pelo plano de saúde, contendo mais elementos auditoriais do que o de uma banca ou de ato individual para retirada de dúvidas pelas partes.

É o parecer, SMJ.

Brasília, DF, 15 de dezembro de 2017.

EMMANUEL FORTES SILVEIRA CAVALCANTI
Conselheiro relator

PARECER CFM nº 49/2017
Processo-consulta nº 17/2017
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 15/12/2017.

PROCEDIMENTOS MÉDICOS E A DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Medical procedures and surgical description

Carlos Roberto Naufel Júnior *

Palavras-chave – *Cirurgia, procedimentos, descrição, responsabilidade, assistente.*

Keywords – *Surgery, procedures, description, responsibility, assistant.*

EMENTA

A descrição de um procedimento cirúrgico deve conter além dos dados básicos, uma descrição sumária dos tempos cirúrgicos, incluindo o material utilizado, devendo ser realizada pelo médico assistente ou por um integrante da equipe cirúrgica. Os demais documentos constantes do prontuário são parte integrante do prontuário.

CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, médico formulou consulta com o seguinte teor: "Nas cirurgias de maior complexidade, utilizamos diferentes tipos e números de fios, além de outros materiais. O médico deve descrever tudo isso. Para evitar esquecimento, instituímos nas salas cirúrgicas leitor óptico que identifica no código de barra, tanto de medicamentos e materiais. Automaticamente, os mat/med são transferidos do leitor para o sistema de informática, que fará parte da descrição cirúrgica em espaço: MATERIAL UTILIZADO NA CIRURGIA. Após término da cirurgia, o cirurgião confere e compara com a ficha de saída de sala. Tudo OK assina e carimba a descrição. Pergunto, uma vez conferido e assinado tem valor a descrição ou o médico sempre deve colocar na

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

descrição qual o fio e materiais utilizados? Algumas operadoras não aceitam o modelo do leitor óptico para o sistema de informática, exigindo dever constar, nos tempos da cirurgia, e não, à parte, como utilizamos no hospital. Podem recusar? Para apresentar em reunião com operadoras para definir um modelo de segurança entre as Instituições hospitalares/médicos e operadoras".

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A descrição de uma operação é parte integrante obrigatória do prontuário médico de pacientes submetidos a um procedimento cirúrgico. O Cons. Zacarias Alves de Souza Filho no Parecer CRM-PR 1716/2006 estabeleceu que nesta descrição devem constar: identificação CRM-PR do paciente, nome do estabelecimento, data da operação, equipe cirúrgica, tipo de anestesia, nome do anestesista, diagnóstico pré e pós-operatório e descrição sumária da operação realizada. No mesmo Parecer, observa-se que sendo a cirurgia um ato médico, a descrição deve ser realizada pelo médico assistente ou por um médico membro da equipe cirúrgica.

O Parecer CRMMS 01/2012 estabelece que: "O Registro Geral de Cirurgia deve conter a descrição das lesões e outros achados, a técnica e tática cirúrgica, eventuais acidentes quando houver e o material utilizado".

A descrição de um procedimento cirúrgico deve conter os dados de identificação do paciente, o nome do procedimento cirúrgico, o diagnóstico, o nome do cirurgião e de seus auxiliares, a hora do início e do fim da operação e, principalmente, a descrição sumária dos tempos cirúrgicos. Nessa descrição dos tempos cirúrgicos, devem constar uma dissertação minuciosa das táticas e técnicas operatórias usadas, da posição do paciente, da via de acesso, dos acidentes cirúrgicos, das dificuldades técnicas, do aspecto da afecção em questão, daquilo que foi visto e realizado do início ao fim do procedimento, assim como de todo material utilizado, incluindo drenos, fios, próteses e órteses que porventura possam ter sido utilizados.

Procedimentos realizados durante o procedimento devem ser descritos, como exames radiológicos transoperatórios e a obtenção de peças cirúrgicas ou secreções para análise anatomopatológica ou bacteriológica.

Uma folha de descrição cirúrgica bem preenchida é documento comprovante imprescindível para documentação científica dos procedimentos cirúrgicos, para questões de faturamento e para comprovação em casos de demanda judicial ou Processo Ético-Profissional.

O Código de Ética Médica (CEM) prescreve no seu art. 87 que: "É vedado ao médico deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente" e estabelece no seu parágrafo 1º que: "O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina".

A Resolução CFM nº 1614/2001 norteia o trabalho da auditoria médica, e no Art. 9º estabelece que: "O médico, na função de auditor, encontrando impropriedades ou irregularidades na prestação do serviço ao paciente, deve comunicar o fato por escrito ao médico assistente, solicitando os esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações".

CONCLUSÃO

A descrição de um procedimento cirúrgico deve conter, além dos dados básicos, uma descrição sumária dos tempos cirúrgicos, incluindo uma dissertação minuciosa das táticas e técnicas operatórias usadas e de todo material utilizado, incluindo drenos, fios, próteses e órteses que, porventura possam ter sido utilizados.

Essa descrição deve ser realizada pelo médico assistente ou por um médico membro da equipe cirúrgica.

Os demais documentos constantes do prontuário, como a ficha de saída de sala, são parte integrante do prontuário, portanto possuem valor como documento médico, não sendo possível ser negado pela operadora como declaração de uso de material cirúrgico, porém os mesmos devem constar da descrição de cirurgia.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 27 de dezembro de2017.

CONS. CARLOS ROBERTO NAUFEL JÚNIOR
Parecerista

PARECER Nº 2623/2017 – CRM-PR
Aprovado e Homologado
Sessão Plenária nº 4611, de 27/11/2017.

VALIDADE DE CÓPIA DIGITALIZADA DE AVALIAÇÃO PERICIAL

VALIDITY OF DIGITIZED PERICIAL EVALUATION COPY

Fábio Luiz Ouriques *

Palavras-chave – *Documento, avaliação, trabalho, perícia, afastamento, sigilo.*

Keywords – *Document, evaluation, work, expertise, remoteness, secrecy.*

EMENTA

Homologação de afastamentos por motivo de saúde Digitalização do atestado pelo próprio interessado Documento médico digitalizado inserido como anexo ao requerimento administrativo de afastamento Apresentação do documento original no ato do exame direto do paciente.

CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, o Tribunal X do X-9ª Região formulou Consulta, via ofício de 2017, com o seguinte teor:

A Seção Médico-Odontológica desse Tribunal solicita parecer desse Conselho quanto à legalidade da mudança de procedimento para homologação de afastamento de magistrados e servidores por motivo de saúde.

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

Em resposta ao Ofício, o Conselho Regional de Medicina do Paraná encaminhou-nos mensagem eletrônica atendo-se apenas ao entendimento da adoção de Prontuário Eletrônico, através de anexos, contendo matéria legislativa e cartilha referentes ao mesmo.

No entanto, deixou de esclarecer o cerne da questão, ou seja, aquilo que se refere à permissão, ao profissional médico, da avaliação de cópia digital de atestados e declarações inseridas em Prontuário Eletrônico, pela pessoa interessada, sem a obrigatoriedade de ter em mãos o documento original. Dessa forma, com a máxima vênia, solicitamos o reexame da matéria pelo Conselho, para emissão de parecer especificamente no tocante à seguinte questão: existe óbice, do ponto de vista médico-legal, à avaliação pericial documental de atestados, declarações e laudos médicos a partir de cópia digitalizada do documento original, inserido em sistema administrativo pelo próprio requerente? Esta Coordenadoria de Saúde fica à disposição para esclarecimento de eventuais dúvidas".

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O presente parecer examina o questionamento que versa sobre a avaliação pericial documental de atestados, declarações e laudos médicos, a partir de cópia digitalizada do documento original, inserido em sistema administrativo, pelo próprio requerente, nos casos de homologação de afastamento de magistrados e servidores, por motivo de saúde.

Por sua vez, ofício de 2017, a que se refere o consulente, em seu questionamento inicial, afirma que atualmente os atestados são digitalizados e inseridos no prontuário eletrônico, enquanto os documentos originais são arquivados em pasta própria e dirigidos ao arquivo da instituição.

Diz ainda, que a seção médico-odontológica pretende alterar o atual procedimento de homologação dos afastamentos, por motivo de saúde, ao substituir a recepção do atestado médico entregue, pessoalmente, pela visualização on-line do documento digitalizado.

Para isto, o sistema administrativo passará por atualização tecnológica, que permitirá a inserção on-line do atestado médico, como documento anexo ao requerimento de afastamento, de forma que o sigilo seja resguardado durante o trâmite.

Dessa forma, seria feita a homologação da licença médica pela visualização do

atestado médico on-line, podendo ou não contar com o atestado médico original, em mãos, no momento da avaliação pericial. Este foi o questionamento inicial.

De acordo com a Resolução CREMERS nº 12/2009, "o exame médico pericial deve ser pautado pelos ditames da profissão, levando-se em conta que a relação médico perito/periciado não se estabelece, nos mesmos termos da relação médico paciente; o médico na função de perito ou médico do trabalho, não deve aceitar qualquer tipo de constrangimento, coação, pressão, imposição ou restrição que possam influir no desempenho de sua atividade, que deve ser realizada com absoluta isenção, imparcialidade e autonomia, podendo recusar-se a prosseguir no exame e fazendo constar no laudo o motivo de sua decisão".

Da leitura do Parecer CFM nº 10/2012, fica claro o entendimento do Conselho Federal de Medicina, de que o Médico do Trabalho pode discordar dos termos do atestado médico emitido, por outro médico, desde que justifique esta discordância, após o devido exame médico do trabalhador, assumindo a responsabilidade pelas conseqüências do seu ato.

Nesse sentido, o Médico do Trabalho tem autonomia, plena no exercício profissional, fundamentando suas ações, ética e juridicamente para aceitar total ou parcialmente o atestado emitido, pelo médico assistente, o que constitui uma prerrogativa inquestionável do Médico do Trabalho em relação ao abono dos dias de afastamento. Entendimento exarado pelo Parecer CREMEB nº 23/2012.

Chama-se a atenção para o fato de ser imprescindível que os dados que permitiram ao médico do trabalho concluir sobre a existência de capacidade laborativa apesar da existência de atestado de outro profissional, informando o contrário - sejam registrados de modo claro e completo, no prontuário médico do trabalhador, para embasar a conclusão médico-ocupacional. Quanto às normas técnicas concernentes à digitalização e ao uso dos sistemas informatizados para a guarda e o manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, eis que foram aprovadas pela Resolução CFM nº 1.821/2007.

Quanto ao fornecimento de cópia e/ou acesso a prontuário médico de atendimento para médico estranho ao corpo clínico da instituição, a fim de dar continuidade no tratamento de paciente, a Resolução CFM nº 1.605/2000, em seu art. 1º, veda ao médico revelar conteúdo do prontuário ou ficha médica, sem o consentimento do paciente.

Quanto à possibilidade do próprio interessado (paciente) inserir cópia digitalizada de atestados, declarações e laudos médicos, em sistema administrativo, como anexo ao requerimento de afastamento, deve-se considerar que o próprio paciente estaria divulgando o seu documento médico. Caso esta inserção seja obrigatória, determinada pelo regimento interno da instituição, os servidores que tiverem acesso aos documentos médicos, estarão obrigados ao sigilo médico, nos termos da Lei.

No caso de haver dúvida quanto à veracidade na emissão do atestado, declaração ou laudo médico, ao próprio Conselho Regional de Medicina poderá ser solicitada a confirmação da veracidade desta emissão. Situação em que o Conselho entrará em contato com o médico assistente emissor do atestado, informando posteriormente o consulente, via ofício.

Finalmente, conforme dispõe o Parecer CFM nº 10/2012, "de posse de atestado médico emitido por colega, o Médico do Trabalho deve examinar o paciente diretamente, avaliar o seu estado clínico e sua capacidade laborativa e, somente após conhecer todos os detalhes poderá emitir a sua opinião". (grifo nosso)

Em síntese, a homologação ou não do atestado médico é ato médico, podendo o médico atuando como Perito ou Médico do Trabalho, após avaliação direta do paciente, discordar dos termos de atestado médico emitido, por outro médico, desde que justifique esta discordância. Portanto, é inconcebível a homologação ou não de atestado, sem exame direto do paciente. Esta homologação compreende o exame direto do paciente e a análise de documentos (atestados, declarações e laudos médicos).

CONCLUSÃO

Feitas essas considerações, é possível responder ao questionamento do consulente, qual seja: "existe óbice, do ponto de vista médico-legal, à avaliação pericial documental de atestados, declarações e laudos médicos a partir de cópia digitalizada do documento original, inserido em sistema administrativo pelo próprio requerente?"

Não há óbice quanto à inserção no sistema administrativo, de cópia digitalizada destes documentos, quando feito pelo próprio interessado (paciente), como documento anexo ao requerimento administrativo de afastamento. Destacando que,

em caso de obrigatoriedade desta inserção, os servidores que tiverem acesso às informações, estarão obrigados ao sigilo médico, nos termos da Lei.

Não é demais enfatizar que a homologação do afastamento pretendido é ato médico. Esta homologação compreende o exame direto do paciente e a análise de documentos (atestados, declarações e laudos médicos), tudo sob responsabilidade do médico atuando como Perito ou Médico do Trabalho, que poderá discordar do atestado de afastamento, justificando a sua decisão.

Poderá, também, solicitar a apresentação do documento original, antes digitalizado e inserido no requerimento administrativo. É por isso que se recomenda que o atestado original, declaração ou laudo médico, que estará sob a guarda do paciente, seja apresentado no ato do seu exame direto.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 04 de dezembro de 2017.

CONS. FÁBIO LUIZ OURIQUES
Parecerista

PARECER Nº 2624/2017 CRM-PR
Aprovado e Homologado
Sessão Plenária nº 4617, de 04/12//2017.

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

ÍNDICE REMISSIVO POR ORDEM ALFABÉTICA DE ASSUNTOS E AUTORES

NÚMEROS 133 A 136/2017

OBSERVAÇÕES

1 - O indicativo numeral de página da palavra-chave, corresponde a página inicial do artigo ou texto onde está o assunto;

2 - Cada assunto pode ter mais de uma palavra-chave;

3 - A presença de "art.", significa artigo do Código de Ética Médica, 1988;

4 - Solicita-se a comunicação à secretaria, de eventual indicação errônea;

5 - Pedimos sugestões para inclusões futuras;

6 - Índice remissivo dos nºs 1 a 56 estão à disposição no Suplemento I, vol. 14, de Dez./97, também em formato digital.

7 - Um índice remissivo anual é realizado no último número de cada ano, desde 1998.

8 - Este índice pode ser consultado através da Home Page do CRM-PR.

9 - Todas as edições da Revista Arquivos, no formato digital, estão disponíveis em www.crmpr.org.br (publicações).

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Bessa, Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro				
Artigo	134	77	34	2017
Brenny Filho, Thadeu				
Artigo	133	12	34	2017
Cabeça, Hideraldo Luis Souza				
Artigo	136	208	34	2017
Cavalcanti, Emmanuel Fortes Silveira				
Artigo	136	236	34	2017
Código de Processo Ético Profissional				
Ética	133	24	34	2017
Julgamento	133	24	34	2017
Sindicâncias	133	24	34	2017
Sigilo Médico	133	28	34	2017
Corso, Clovis Marcelo				
Artigo	134	95	34	2017
Crianças Desaparecidas				
Omissão	133	20	34	2017
Violência	133	20	34	2017
Cura				
Costumes	135	130	34	2017
Fitoterapia	135	130	34	2017
Naturopatia	135	130	34	2017
Práticas	135	130	34	2017
Demografia Médica				
Carreira	133	17	34	2017
Programa Mais Médicos	133	17	34	2017
Depressão				
Campanha	134	77	34	2017
Suicídio	134	77	34	2017
Tratamento	134	77	34	2017
Enfermeira voluntária				
Expedicionários	134	109	34	2017
História da Medicina	134	109	34	2017
Segunda Guerra	134	109	34	2017
Ensino a distância				
Pedagogia	136	201	34	2017
Tecnologia	136	201	34	2017
Ética Médica				
Moral	133	12	34	2017
Comportamento	133	12	34	2017
Fagundes, Marcelo Melo				
Artigo	136	204	34	2017
Ferreira, Sidnei				
Artigo	135	169	34	2017
Formação Médica				
Assistência	133	22	34	2017
Avaliação	133	22	34	2017
	136	196	34	2017
Diploma	133	22	34	2017
	136	196	34	2017
Mercantilização	133	22	34	2017
Gallo, José Hiran da Silva				
Artigo	135	134	34	2017
Giamberardino Filho, Donizetti Dimer				
Artigo	134	75	34	2017
Artigo	135	124	34	2017
Giostri, Jomar				
Artigo	134	68	34	2017
Guimarães, Wilmar Mendonça				
Artigo	135	150	34	2017
Artigo	136	196	34	2017
História da Medicina				
Doação de livros	133	53	34	2017
Memória	136	253	34	2017
Museu da Associação Médica	133	53	34	2017
Psiquiatria	136	253	34	2017
Saúde Pública	136	253	34	2017
Honorários Médicos				
Consórcios	133	33	34	2017
Ética	133	33	34	2017
Financiamento	133	33	34	2017
Jornal Iatros				
Cultura	135	182	34	2017
Ditadura	135	182	34	2017
Estudantes de Medicina	135	182	34	2017
Lima, Carlos Vital Tavares Corrêa				
Artigo	133	17	34	2017
Artigo	133	24	34	2017
Artigo	133	28	34	2017
Artigo	134	80	34	2017
Artigo	134	84	34	2017
Artigo	135	127	34	2017
Artigo	135	134	34	2017
Linhares, José Clemente				
Artigo	134	99	34	2017
Lisboa, Antônio Marcio Junqueira				
Artigo	135	130	34	2017
Lopes, Antonio Carlos				
Artigo	133	22	34	2017
Medicina				
Ciência	134	68	34	2017
Filosofia Oriental	134	68	34	2017
Idade Média	134	68	34	2017

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Mellinger, Julierme Lopes				
Artigo	134	104	34	2017
Naufel Júnior, Carlos Roberto				
Artigo	136	240	34	2017
Oliveira, Luiz Roberto de				
Artigo	136	201	34	2017
Oliveira, Lutero Marques de				
Artigo	133	47	34	2017
Oliveira, Nemésio Tomasella de				
Artigo	133	40	34	2017
Artigo	136	198	34	2017
Ouriques, Fábio Luiz				
Artigo	136	243	34	2017
Paiva, Ricardo				
Artigo	133	20	34	2017
Parecer CFM nº 02/2017				
Consórcio	133	33	34	2017
Financiamento	133	33	34	2017
Honorários	133	33	34	2017
Parecer CFM nº 03/2017				
Acidente de Trabalho	133	40	34	2017
Contestação	133	40	34	2017
Nexo epidemiológico	133	40	34	2017
Parecer CFM nº 31/2017				
Junta médica	134	91	34	2017
Laudo – legislação	134	91	34	2017
Saúde Ocupacional	134	91	34	2017
Parecer CFM nº 36/2017				
Latu Senso	135	169	34	2017
Pós-Graduação	135	169	34	2017
Título – Regularidade	135	169	34	2017
Parecer CFM nº 49/2017				
Auditoria	136	236	34	2017
Ética	136	236	34	2017
Junta Médica	136	236	34	2017
Segunda Opinião	136	236	34	2017
Parecer CFM nº 50/2017				
Autonomia	136	227	34	2017
Perícia	136	227	34	2017
Privacidade	136	227	34	2017
Sigilo	136	227	34	2017
Parecer CRM-PR nº 2544/2016				
Autonomia	133	44	34	2017
Médico do Trabalho	133	44	34	2017
Responsabilidade técnica	133	44	34	2017
Parecer CRM-PR nº 2546/2017				
Laudo Médico	133	47	34	2017
Radiologia	133	47	34	2017
Responsável Técnico	133	47	34	2017
Parecer CRM-PR nº 2579/2017				
Anestesista	134	95	34	2017
Escala de plantão	134	95	34	2017
Plantão de Sobreaviso	134	95	34	2017
Pronto-socorro	134	95	34	2017
Parecer CRM-PR nº 2580/2017				
Atenção primária	134	101	34	2017
Matriciamento	134	101	34	2017
Prontuário – registro	134	101	34	2017
Parecer CRM-PR nº 2581/2017				
Atestado de Óbito	134	99	34	2017
Declaração	134	99	34	2017
Óbito em domicílio	134	99	34	2017
Responsabilidade	134	99	34	2017
Parecer CRM-PR nº 2584/2017				
Atenção primária	134	104	34	2017
Obstetrícia - Especialidade	134	104	34	2017
Responsabilidade	134	104	34	2017
Parecer CRM-PR nº 2614/2017				
Atendimento Pré-Hospitalar	135	176	34	2017
Emergência	135	176	34	2017
Omissão de Socorro	135	176	34	2017
Urgência	135	176	34	2017
UTI	135	176	34	2017
Vaga Zero	135	176	34	2017
Parecer CRM-PR 2623/2017				
Cirurgia	136	240	34	2017
Descrição	136	240	34	2017
Procedimentos	136	240	34	2017
Parecer CRM-PR 2624/2017				
Atestado	136	243	34	2017
Documento	136	243	34	2017
Perícia	136	243	34	2017
Sigilo	136	243	34	2017
Patsis, Keti Stylianos				
Artigo	133	44	34	2017
Pires, Tania Maria Santos				
Artigo	134	101	34	2017
Publicidade Médica				
Ética	136	198	34	2017
Mídias Sociais	136	198	34	2017
Propaganda	136	198	34	2017
Pujol, Luiz Ernesto				
Artigo	133	31	34	2017
Artigo	135	150	34	2017
Resolução CFM nº 2145/2016				
Ética Médica	133	24	34	2017
Código de Processo Ético	133	24	34	2017

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Resolução CFM nº 2158/2017				
Código de Processo Ético	133	28	34	2017
Sindicância - sigilo	133	28	34	2017
Resolução CFM 2161/2017				
Conselheiros	134	80	34	2017
Eleição	134	80	34	2017
Legislação	134	80	34	2017
Resolução CFM 2164/2017				
Doença incapacitante	134	84	34	2017
Exercício da medicina	134	84	34	2017
Médico – Incapacitação	134	84	34	2017
Perícia	134	84	34	2017
Resolução CFM 2166/2017				
Anuidade	135	134	34	2017
Conselho – Taxas	135	134	34	2017
Dívida Ativa	135	134	34	2017
Inscrição	135	134	34	2017
Resolução CFM 2171/2017				
Atestado de Óbito	136	219	34	2017
Comissão de Óbito	136	219	34	2017
Revisão	136	219	34	2017
Resolução CFM 2173/2017				
Captação de Órgãos	136	208	34	2017
Diagnóstico	136	208	34	2017
Legislação	136	208	34	2017
Morte Encefálica	136	208	34	2017
Resolução CRM-PR nº 203/2017				
Conselheiros do CRMPR	133	31	34	2017
Gestão	133	31	34	2017
Regimento Interno	133	31	34	2017
Resolução CRM-PR nº 205/2017				
Regimento Interno	135	150	34	2017
Regulamentação	135	150	34	2017
Supervisão	135	150	34	2017
Responsabilidade Civil				
Denúncia	136	204	34	2017
Erro Médico	136	204	34	2017
Indenização	136	204	34	2017
Ribas, Maurício Marcondes				
Artigo	133	31	34	2017
Ribeiro, Mauro Luiz de Britto				
Artigo	136	204	34	2017
Artigo	136	219	34	2017
Rocha, Rosylane Nascimento das Mercês				
Artigo	133	40	34	2017
Artigo	136	227	34	2017
Saúde Pública				
Atenção Básica	135	127	34	2017
Assistência Médica	134	75	34	2017
Cirurgias eletivas	135	124	34	2017
Intercambista	134	75	34	2017
Política	134	75	34	2017
	135	127	34	2017
Programa mais médicos	134	75	34	2017
SUS – filas de espera	135	124	34	2017
Universalidade	135	127	34	2017
Silva, Henrique Batista E.				
Artigo	133	24	34	2017
Artigo	133	28	34	2017
Artigo	134	80	34	2017
Artigo	134	84	34	2017
Artigo	136	208	34	2017
Artigo	136	219	34	2017
Souza, José Albertino				
Artigo	134	91	34	2017
Tiesenhausen, Hermann Alexandre Vivacqua Von				
Artigo	133	33	34	2017
Artigo	136	219	34	2017
Vinagre, José Fernando Maia				
Artigo	133	33	34	2017
Wittig, Ehrenfried Othmar				
Artigo	133	53	34	2017
Artigo	134	109	34	2017
Artigo	135	182	34	2017
Artigo	136	252	34	2017
Youssef, Nazah Cherif Mohamad				
Artigo	135	176	34	2017

PRESERVAÇÃO DA MEMÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO PARANÁ

Preservation of the memory of public health in Paraná

*Ehrenfried Othmar Wittig**

Palavras-chave – *Memória, saúde, projeto, acervo, psiquiatria.*

Keywords – *Memory, health, project, collection, psychiatry.*

A Rede Paranaense de Preservação da Memória da Saúde Pública do Paraná foi lançada em Curitiba no dia 5 de setembro de 2017. O projeto organiza objetos históricos e outras fontes de memória relacionados à saúde paranaense com o objetivo de preservar, registrar e contribuir para o desenvolvimento de pesquisas e produção de conhecimento. A iniciativa é da Secretaria de Estado da Saúde (Sesa), em parceria com a Secretaria da Administração e da Previdência, por meio do Departamento Estadual de Arquivo Público (Deap), e da Secretaria de Estado da Cultura.

"Este é um importante esforço coletivo que vai preservar a memória da saúde em nosso Estado e também vai servir como uma importante ferramenta para obtenção de informações e definição de políticas e programas no futuro", destacou na ocasião do lançamento o secretário estadual da Saúde, Michele Caputo Neto.

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

Obras objeto de pesquisa e digitalização do acervo.

A importância do Rede também foi realçada pelo coordenador do Sistema Estadual de Museus da Secretaria de Estado da Cultura, Renato Carneiro. "Ao contrário do que muita gente imagina, um arquivo não é só um lugar de armazenamento. Ele também é um lugar de conservação e de difusão dos conhecimentos que ali estão. Portanto, é necessário que esses documentos preciosos sejam disponibilizados a todos. É a democratização da informação para as futuras gerações", fala.

A parceria entre os órgãos do Governo busca variados tipos de arquivos que estão dispersos e sem registros. Alguns são transferidos para o acervo do Deap, que possui condições de infraestrutura e técnica para a manutenção adequada, mas a maioria é mantida nos locais onde se encontram, mas com novas condições físicas e com a orientação técnica adequada.

A ideia é promover uma cultura de preservação e ter um espaço de memória em todas as unidades da Sesa. "Pode ser uma pequena sala, um arquivo ou, até mesmo,

Fotos: Verilton Küchler / Sesa

Trabalho de restauro das obras relativas à história da psiquiatria do Paraná.

Diploma de Honra ao Mérito entregue à equipe do Hospital Adauto Botelho.

Integrantes dos vários órgãos envolvidos no projeto incluindo Sesa, Deap e Secretaria da Cultura.

um simples armário. O que importa é ter esses objetos e documentos bem armazenados e disponíveis para consulta de quem tiver interesse", comenta o idealizador do projeto e coordenador da Rede Memória Saúde Pública, Márcio Almeida.

"Passamos os últimos quatro meses realizando visitas técnicas nas unidades da Sesa para fazer um levantamento dos documentos com valor histórico que estão nesses locais. Alguns foram transferidos para o Arquivo Público e podem ser acessados e outros ainda vão passar por restauro", explica a coordenadora do projeto e da Divisão de Documentação Permanente do Deap, Marina Braga Carneiro.

São arquivos referentes a campanhas de vacinação e a serviços de combate a doenças, como a raiva, por exemplo. "Conforme o pesquisador tenha necessidade, é possível vir até o arquivo público e, cumprindo os requisitos como o uso de luvas para manuseio e fotografia sem flash, é possível acessá-los e também é possível encomendar a digitalização de partes específicas do documento, se necessário", complementa Marina.

Tudo começou com a criação de um Centro de Documentação e Memória da Saúde Pública na Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP). O projeto que, até então, era uma pequena sala dentro da ESPP foi ampliado para que pudesse abranger mais espaços da Secretaria estadual da Saúde.

Além da Escola, o Hospital Colônia Adauto Botelho, em Pinhais, também já possui um espaço de memória. "Quando me tornei diretor, tive acesso a todos os locais do Hospital e encontrei diversos materiais sendo destruídos pela ação do tempo e perdendo seu valor histórico. Isso faz parte da história da psiquiatria no Paraná e preservá-la é nossa responsabilidade", diz o diretor da instituição, Osvaldo Tchaikovski Junior.

O local atualmente possui uma sala acondicionada que recebe visitas guiadas para explicar a história da saúde mental no Estado. No evento de lançamento da Rede, o Hospital Adauto Botelho foi homenageado pelo pioneirismo da ação, que começou em 2011 e foi inaugurada em outubro de 2014.

"Parece contraditório à primeira vista, mas organizar o passado tem tudo a ver com o futuro da saúde pública. Com essas memórias preservadas e com essas bases históricas conhecidas, a saúde futuramente tem bem mais chances de dar certo", finaliza Marcio Almeida.

Fonte: SESA/PR.

ISSN 2238 - 2070

ARQUIVOS
do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

v. 34 - n. 136 - Out/Dez - 2017