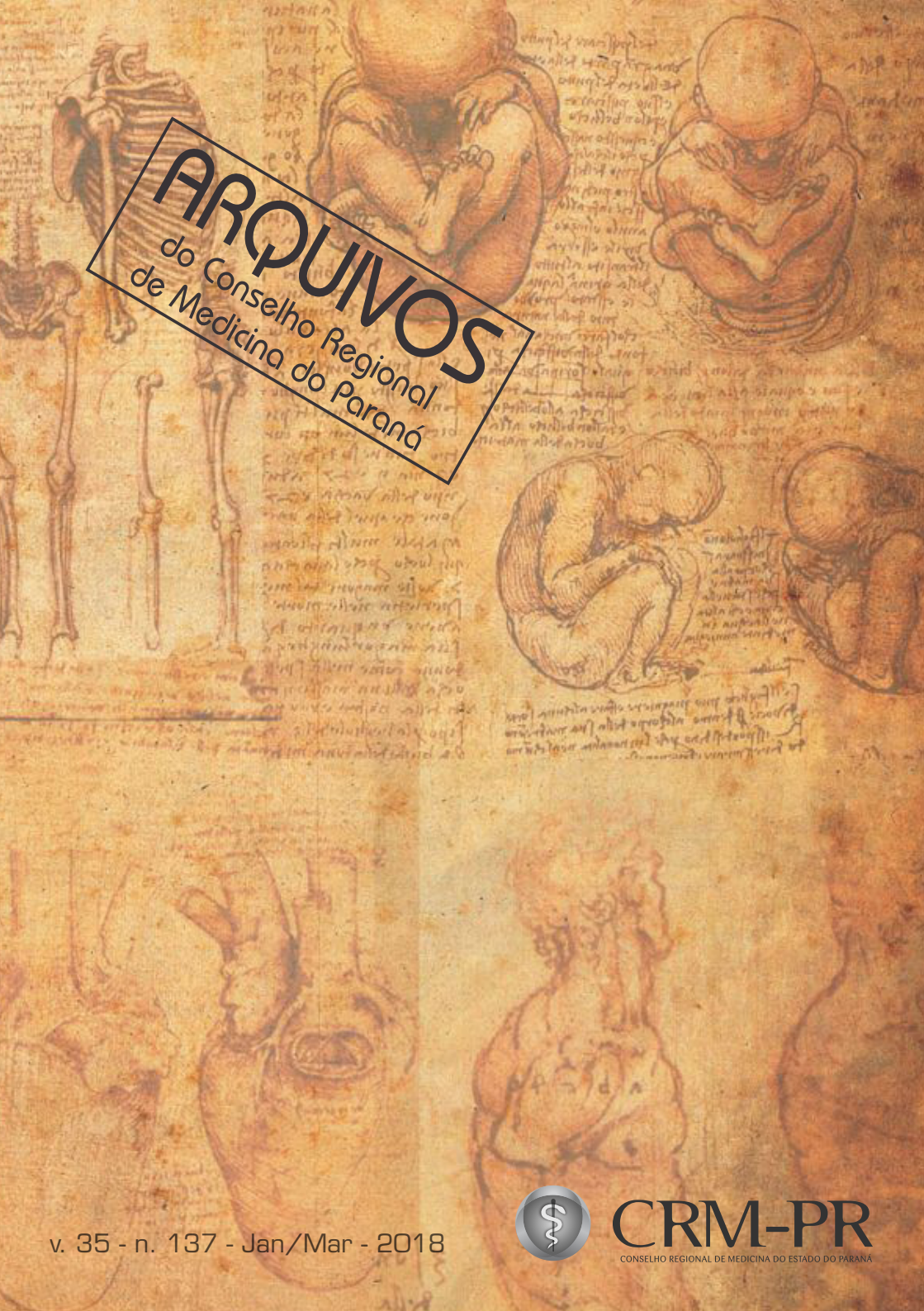




ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

v. 35 - n. 137 - Jan/Mar - 2018



CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Órgão oficial do CRM-PR, é uma revista criada em 1984, dedicada a divulgação de trabalhos, artigos, legislações, pareceres, resoluções e informações de conteúdo ético, bioética, moral, dever médico, direito médico.

EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Hernani Vieira (Sindijor 816)

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

MEMBROS NATOS

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

Adv. Martim Afonso Palma

SECRETARIA

Rua Victório Viezzer, 84 – Vista Alegre – Curitiba - Paraná – CEP 80810-340
e-mail: crmpr@crmpr.org.br – Telefone: (41) 3240-4000 – Fax: (41) 3240-4001

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

EDIÇÃO

Revista publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro.

Índice geral anual editado no mês de dezembro. Um único suplemento (I) foi editado em dezembro de 1997 e contém um índice remissivo por assuntos e autores de todos os 56 números anteriores, e está disponível na Home Page www.crmpr.org.br

REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

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

RESPONSABILIDADE

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

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

NORMAS PARA OS AUTORES

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

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

Título – sintético e preciso, em português e inglês.

Autor(es) – nome(s) e sobrenome(s).

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

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

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

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

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

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

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

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

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

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

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

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

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

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

ÍNDICE REMISSIVO

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

ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

FICHA CATALOGRÁFICA

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, 2018;35(137):1-60

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

CASCADEL

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
Keith 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 Figueira

FOZ DO IGUAÇU

Pablo Zanatta (Diretor)
Luiz Henrique Zaions (Vice-Diretor)
Marta Vaz Dias de Souza Boger (Secretária)
Elba Virgínia Benítez Agüero
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)
Fabiola 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
Atílio 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
Oswaldo Martins de Queiroz Filho
Silvio Roberto Correa

SUMÁRIO

ARTIGOS ESPECIAIS

Quais os cuidados médicos que desejo no fim da vida? <i>Gerson Zafalon Martins</i>	12
Mais segurança para usuários das clínicas populares <i>Luiz Ernesto Pujol</i>	16
Novo horizonte para a mulher na medicina <i>Cecília Vasconcelos</i>	19
O saneamento e a assistência à saúde <i>Carlos Vital Tavares Corrêa Lima</i>	23

RESOLUÇÃO CFM

Regulamentado o funcionamento de aplicativos que oferecem consulta médica em domicílio <i>CFM</i>	26
--	----

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina do Paraná

Prática de ato anestésico e condições de segurança ao paciente	
<i>CFM</i>	32

PARECER CRM-PR

Plantão de sobreaviso. Exercer atividades em dois locais ao mesmo tempo	
<i>Fábio Luiz Ouriques</i>	48

Encaminhamento de exames anatomopatológicos para laboratório	
<i>Carlos Roberto Naufel Júnior</i>	51

Atendimento prioritário. Exigência de acompanhantes para menor de três anos	
<i>Lutero Marques de Oliveira</i>	54

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Coluna semanal em jornal, início da comunicação do CRM-PR	
<i>Ehrenfried Othmar Wittig</i>	59

QUAIS OS CUIDADOS MÉDICOS QUE DESEJO NO FIM DA VIDA?

WHAT MEDICAL CARE DO I WANT AT THE END OF MY LIFE?

Gerson Zafalon Martins *

“NÃO É UMA QUESTÃO DE MORRER CEDO OU
TARDE, MAS DE MORRER BEM OU MAL.”

SÊNECA, 4 A.C. – 65 D.C.

Palavras-chave – *Terminalidade, medicina, dignidade, bioética, testamento vital, ortotanásia.*

Keywords – *Terminality, medicine, dignity, bioethics, living will, orthopasia.*

Paciente com doença terminal, sem nenhuma chance terapêutica, quando em estado mental plenamente capaz, deixou recomendações de que não queria receber tratamento médico extraordinário, supérfluo, fútil, ser entubado ou levado à UTI. Em resumo, não queria que prolongassem desnecessariamente o seu sofrimento. O seu médico assistente deve atender este pedido?

A Constituição Federal, no artigo 1.º, inciso III, trata da dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado Democrático; considerando que o princípio da autonomia está implícito no artigo 5.º, e o seu inciso III reza que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”, a dignidade como autonomia envolve, em primeiro lugar, a capacidade de autodeterminação

* Ex-presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM-PR), é membro da Câmara Técnica de Bioética do Conselho Federal de Medicina e vice-presidente da Sociedade Brasileira de Bioética.

e o direito de decidir os rumos da minha própria vida. Legalmente, o Conselho Federal (CFM) e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

O CFM tem sido instado pelo STF ou por lei a normatizar vários aspectos fundamentais de interesse da sociedade, sempre com base nos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da autonomia, da liberdade, da vida em seu sentido mais amplo, da personalidade, dentre outros. Deste modo, o CFM normatizou a ação médica na ortotanásia (Resolução 1.805/2006), no desligamento de aparelhos quando do diagnóstico de morte encefálica em não doadores de órgãos (Resolução 1.826/2007), na interrupção de gestação de feto anencéfalo (Resolução 1.989/2012), nas diretivas antecipadas de vontade (Resolução 1.995/2012), na reprodução assistida (Resolução 2.168/2017) e na morte encefálica (Resolução 2.173/2017), dentre outros atos médicos. Ressalta-se que a Justiça validou a Resolução CFM 1805/2006 (ortotanásia) e, com esta decisão, o médico está autorizado pelo paciente ou seu responsável legal a limitar ou suspender tratamentos exagerados e desnecessários que prolonguem a vida do doente em fase terminal de enfermidades graves e incuráveis.

O tratamento de pacientes em estado terminal devido a doenças incuráveis ou acidentes graves é um dos assuntos mais delicados e polêmicos da medicina. Isso porque, em alguns casos, os procedimentos adotados causam dor e ainda mais sofrimento ao paciente, o que reflete também nos familiares e médicos. Diante disso, o CFM aprovou a Resolução 1.995/2012, vigente desde 31 de agosto de 2012, pela qual determina aos médicos o respeito à vontade do paciente sobre cuidados e tratamentos a serem administrados em estágios onde não exista possibilidade de recuperação ou incapacidade de se expressar seu desejo. Toda pessoa no pleno gozo de suas faculdades mentais pode redigir este documento, que poderá ser modificado pelo paciente a qualquer tempo.

Os novos recursos tecnológicos na medicina permitem a adoção de medidas desproporcionais que prolongam o sofrimento do paciente em estado terminal, sem trazer benefícios, e essas medidas podem ter sido antecipadamente rejeitadas por ele. Na prática profissional, os médicos podem se defrontar com esta situação de ordem ética ainda não prevista nos atuais dispositivos na legislação nacional.

As diretivas antecipadas de vontade dos pacientes, que alguns chamam de “testamento vital”, são definidas nesta resolução como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. São aptos a expressar sua diretiva antecipada de vontade quaisquer pessoas com idade igual ou maior a 18 anos ou que estejam emancipadas judicialmente. O interessado deve estar em pleno gozo de suas faculdades mentais, lúcido e responsável por seus atos perante a Justiça. Menores de idade que estejam casados civilmente podem fazer testamento vital, pois o casamento lhes emancipa automaticamente. Crianças e adolescentes não estão autorizados, e nem seus pais podem fazê-lo em nome de seus filhos. Nestes casos, a vida e o bem-estar deles permanecem sob a responsabilidade do Estado.

Pela Resolução 1.995/2012, o registro da diretiva antecipada de vontade pode ser feito pelo médico assistente em sua ficha médica ou no prontuário do paciente, desde que expressamente autorizado por ele. Não são exigidas testemunhas ou assinaturas, pois o médico – pela sua profissão – possui fé pública e seus atos têm efeito legal e jurídico. Caso o paciente manifeste interesse, poderá registrar sua diretiva antecipada de vontade também em cartório. Contudo, este documento não será exigido pelo médico de sua confiança para cumprir sua vontade. O registro no prontuário será suficiente. Independentemente da forma – se em cartório ou no prontuário –, essa vontade não poderá ser contestada por familiares. O único que pode alterá-la é o próprio paciente.

Este instrumento, baseado na dignidade e autonomia do ser humano, torna possível que uma pessoa, maior de idade e plenamente consciente, deixe previamente definido o seu fim de vida, se deseja ou não prolongá-la de forma artificial em caso de acidente ou problema de saúde com danos comprovadamente irreversíveis. Permite que ela se manifeste acerca dos cuidados, tratamentos e procedimentos a que deseja (ou não) ser submetida quando estiver com uma doença ameaçadora da vida, fora de possibilidades terapêuticas e impossibilitado de manifestar livremente sua vontade. Este documento terá validade quando a pessoa estiver em situação de fim de vida, estado vegetativo persistente ou uma doença terminal.

Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente sua vontade, o médico deve levar em consideração as suas diretivas antecipadas de

vontade. Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações deverão ser consideradas e atendidas pelo médico. As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares. O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente. Mas o médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica ou legislação penal, como a eutanásia, que é a abreviação da vida ou morte por vontade do próprio doente, considerada crime no Brasil.

Ressalta-se que a Resolução CFM 1.995/2012 foi motivo de ação civil pública proposta pelo Ministério Público Federal (Processo nº 1039-86.2013.4.01.3500 – Justiça Federal – Seção Judiciária do Estado de Goiás), visando suspender a sua aplicação. O motivo seria a inconstitucionalidade e ilegalidade da norma ética. Em louvável e humana decisão, o juiz federal Jesus Crisóstomo de Almeida, em 14 de março de 2013, entendeu que a “Resolução é constitucional e se coaduna ao princípio da dignidade da pessoa humana, uma vez que assegura ao paciente em estado terminal o recebimento de cuidados paliativos, sem o submeter, contra sua vontade, a tratamento que prolongue o seu sofrimento e não mais traga qualquer benefício”.

Respondendo agora à pergunta inicial, o médico deve atender à vontade de seu paciente, que, quando plenamente capaz, determinou que o deixassem partir em paz. Como recomendou o escritor e filósofo Rubem Alves no diálogo entre o paciente e seu médico: “Mas há algo que os seus remédios podem fazer. Não quero morrer com dor. E a ciência tem recursos para isso. Muitos médicos se enchem de escrúpulos por medo de que os sedativos matem. Mas eu lhe digo: Isso é fazer com que o final da sonata não seja um acorde de beleza, mas um acorde de gritos. A vida humana tem a ver com a possibilidade de alegria! Quando a possibilidade de alegria se vai, a vida humana se foi também. E esse é o meu último pedido: quero que minha sonata termine bonita e em paz... Mas tenho muito medo do morrer. O morrer pode vir acompanhado de dores, humilhações, aparelhos e tubos enfiados no meu corpo, contra a minha vontade, sem que eu nada possa fazer, porque já não sou mais dono de mim mesmo; solidão, ninguém tem coragem ou palavras para, de mãos dadas comigo, falar sobre a minha morte, medo de que a passagem seja demorada. Bom seria se, depois de anunciada, ela acontecesse de forma mansa e sem dores, longe dos hospitais, em meio às pessoas que se ama, em meio a visões de beleza”.

MAIS SEGURANÇA PARA USUÁRIOS DAS CLÍNICAS POPULARES

MORE SAFETY FOR USERS OF POPULAR CLINICS

Luiz Ernesto Pujol *

Palavras-chave – *Clínicas populares, medicina, assistência, resolução, ética.*

Keywords – *Popular clinics, medicine, care, resolution, ethics.*

ANTES DE ADERIR A ESSES PLANOS DE SAÚDE, OS USUÁRIOS PRECISAM ANALISAR PORMENORIZADAMENTE TODOS OS TERMOS DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS AMBULATORIAIS. O PRINCIPAL ATRATIVO DESSAS EMPRESAS DEVE SER A QUALIDADE, E NÃO O PREÇO OU A REMUNERAÇÃO.

Com serviços públicos gratuitos cada vez mais concorridos e restritivos, contrastando com a crise econômica que fez decrescer o acesso aos planos de saúde, as empresas ditas “clínicas populares” ou de “cartões de desconto” ganharam substancial espaço no cenário assistencial brasileiro, em especial nos centros urbanos maiores. Esta expansão veio revestida de toda espécie de abusos, a começar com interação ou dependência com estabelecimentos comerciais e divulgação publicitária visando a cooptação de clientela, refletindo em insatisfação crescente de pacientes e em denúncias éticas na esfera dos Conselhos de Medicina.

* Luiz Ernesto Pujol é pediatra e secretário-geral do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

O Conselho Federal de Medicina editou a Resolução 2170/2017 com o objetivo de dar ordenamento a esta modalidade de serviços médicos ambulatoriais e, consequentemente, mais segurança e qualidade na atenção à saúde da população. A norma foi publicada em 24 de janeiro para vigência em 90 dias, a partir de 23 de abril, com o que tais clínicas serão obrigadas a ter registro no CRM da jurisdição onde atuam, sendo exigido para isso corpo clínico composto de profissionais comprovadamente habilitados para o exercício da medicina no Brasil. A indicação de diretor técnico responsável é requisito indispensável para o funcionamento da empresa.

Ressalte-se que essas clínicas, a exemplo das empresas médicas em geral, continuarão impedidas de oferecer qualquer promoção relacionada ao fornecimento de cartões de descontos, fidelidade ou similares. Essa prática é proibida desde 2010, quando o CFM entendeu que a adesão de médicos às regras de promoções desse tipo deixa o sigilo do paciente vulnerável.

O principal atrativo dessas empresas deve ser a qualidade, e não o preço ou a remuneração. O Código de Ética proíbe o médico de exercer a profissão de forma mercantilista ou explorar o trabalho de outro colega, isoladamente ou em equipe, na condição de proprietário, sócio, dirigente ou gestor de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos. Do mesmo modo, fica vedado à clínica praticar anúncios publicitários de qualquer natureza com indicação de preços de consultas e formas de pagamentos que caracterizem a prática da concorrência desleal, comércio e captação de clientela.

Legalmente, todos os serviços médicos direcionados ao atendimento e recuperação da saúde da população devem ser fiscalizados pelo Conselho Regional de Medicina. Essa fiscalização tem por finalidade a verificação das condições do atendimento prestado aos doentes, tais como: a qualificação legal e técnica dos médicos atendentes; a disponibilização de material minimamente indispensável para o exame físico completo ao qual o doente tem direito; a confecção, pelo médico, de um prontuário individualizado para cada doente; espaço físico do consultório onde seja preservada a intimidade do doente; a localização do consultório, onde não haja contiguidade com farmácia, drogaria, ótica, serviços de estética e beleza ou qualquer outro tipo de comércio que induza a procura, direcionada pelo profissional ao doente, para consumo decorrente da consulta efetuada.

A maioria das empresas não consegue seu registro no CRM por não ter em sua constituição um médico responsável pelas normas de funcionalidade, o diretor

técnico, desobedecendo à legislação vigente no país. Assim, a fiscalização fica impedida de atuar e deixam de ser exigidos fatores indispensáveis para o perfeito atendimento que a população espera e merece.

As clínicas que oferecem atendimento médico ambulatorial (conhecido como “consulta médica em consultório”), há de se reconhecer, evitam que seus usuários tenham de recorrer às Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde a procura é grande e, conseqüentemente, a espera para atendimento é longa, trazendo transtornos e insatisfações aos doentes e aos médicos atendentes. No entanto, tais empresas não disponibilizam atendimentos em casos de urgência ou emergência e seus usuários, diante de patologias consideradas mais graves, certamente terão de se socorrer nas Unidades de Pronto Atendimento públicas (UPAs).

Outra agravante refere-se à ausência de responsabilidade desses estabelecimentos nas situações em que o doente necessite de internamento hospitalar. Doenças que venham a requerer hospitalização, tanto para tratamento clínico quanto para cirurgias, obrigarão o usuário a se dirigir a uma UBS ou a uma UPA do serviço público. E, destes locais, será direcionado a hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) após concessão de vaga hospitalar pela Central de Leitos. Sem nenhum privilégio, reitera-se, apesar de algumas clínicas propagarem pseudoconvênio.

É necessário destacar que as empresas não esclarecem aos seus usuários o tipo de relação que mantêm com os médicos a quem direcionarão os atendimentos, omitindo a não responsabilização da pessoa jurídica por eventuais questionamentos ou insatisfações no que diz respeito aos atendimentos. As situações adversas, se surgirem, serão de única e exclusiva responsabilidade do médico atendente.

Assim sendo, é preciso deixar o alerta à população para que, antes de aderir a esses planos de saúde, analisem pormenorizadamente todos os termos do contrato de prestação de serviços médicos ambulatoriais, em especial os aspectos referentes aos seus direitos enquanto usuários, e se a empresa tem o indispensável registro junto ao Conselho Regional de Medicina do Paraná. Este, como órgão disciplinador das atividades médicas em defesa da melhor assistência à saúde, estará sempre receptivo a queixas e esclarecimentos aos usuários a respeito do atendimento recebido, apurando desvios éticos e, quando necessário, direcionando denúncias ao Ministério Público, Vigilância Sanitária e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

NOVO HORIZONTE PARA A MULHER NA MEDICINA

NEW HORIZON FOR WOMAN IN MEDICINE

Cecília Vasconcelos *

Palavras-chave – *Mulher, medicina, conquistas, homenagem, médicas.*

Keywords – *Woman, medicine, achievements, homage, medical.*

“NOSSAS PRECURSORAS FIZERAM UM MAGNÍFICO TRABALHO DES-
BRAVANDO O ANTIGO HORIZONTE. CABE À GERAÇÃO ATUAL CON-
TINUAR A EXIBIR DIA A DIA SUA COMPETÊNCIA.”

No Brasil de hoje, a medicina é uma das profissões em que a mulher mais conquistou equilíbrio de oportunidades, com destaque aos aspectos relacionados à liderança, remuneração, ascensão na carreira e competitividade. A equalização do acesso aos cursos de graduação e de atualização de conhecimento ajuda a explicar o fenômeno, com destaque para o fato de que, desde 2010, as mulheres passaram a ser maioria nas faculdades e residências médicas – destas, em especial, aquelas com ligação mais estreita à atenção básica, como pediatria, medicina de família, clínica médica e ginecologia e obstetrícia.

* Cecília Vasconcelos, médica especialista em Clínica Médica, Hematologia e Hemoterapia, é diretora técnica do Hospital do Idoso Zilda Arns e conselheira e coordenadora da Educação Médica Continuada do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Em valores globais, como indica o estudo Demografia Médica, do CFM, a proporção entre homens e mulheres na medicina ainda é de 60% a 40% respectivamente. No Paraná, os médicos em atividade são 15.483 e as profissionais do sexo feminino são 10.434, realçando a mesma similitude. Mas, na faixa etária até 29 anos, as mulheres estão em maior número, o que explica as projeções de que em dez anos as doutoras já alcancem o percentual de 50,23%, consolidando a chamada “feminização na medicina”.

É preciso fugir da análise fria das estatísticas para melhor entender como a mulher ocupou o seu espaço na medicina e em outras profissões de saúde. Existe toda uma história de perseverança, de humildade e de competência que soma pouco mais de um século. A saga da mulher na medicina no Paraná tem origem com Maria Falce de Macedo, que em 1914 ingressou na UFPR e formou-se em 1919, tornando-se a primeira médica do estado. A resistência ao sexo feminino na profissão era tamanha, na época, que Maria Falce nem sequer conseguiu montar seu consultório. Optou pela docência, sendo também a pioneira no curso médico então único no Paraná, e também se dedicou à área diagnóstica e laboratorial, sendo precursora da empresa que mais tarde se transformaria em um grande laboratório de análises clínicas da atualidade.

“A mulher médica demonstra harmonizar com sabedoria as relações de seu convívio.”

A tímida presença feminina na atividade médica foi acentuada até o início da segunda metade do século passado. Em abril de 1967, quase uma década depois de o Conselho de Medicina do Paraná ter iniciado o registro obrigatório dos médicos, somente 108 mulheres figuravam entre os mais de 2 mil profissionais em atividade, ou 5,4% do total. A primeira a se inscrever foi Vivian Albizi de Carvalho, que adquiriu o número 58. Depois dela vieram Gilda Kasting (registro número 73), Maria Becker (128), Salomé Rochin (135), Fani Frischmann Aisengart (136) e Gilka Gilda Ghignone (180). A pioneira Maria Falce só se inscreveu em agosto de 1958, recebendo o número 226. E foi assim, com um registro feminino a cada dezenas de masculinos, que estas distintas senhoras, enfim médicas, deram início a um novo e belo – literalmente – cenário da medicina no Paraná.

A história é rica em exemplos de mulheres que enobreceram a medicina. No entanto, deve-se sobrelevar a grande maioria anônima e silenciosa, presente no dia a dia, que oferece o melhor de sua capacidade na atenção à saúde da população, inclusive em regiões mais carentes. Exibem coragem ao enfrentar toda gama de

dificuldades, como a ameaça à integridade física e moral. Apresentam habilidades técnicas inquestionáveis. Expressam sensibilidade com acolhimento instintivo dos que dela precisam.

O retrato feminino no mercado de trabalho médico não revela apenas competência profissional, foco e resolubilidade, claramente catalisadas pelo pouco tempo disponível devido à sua jornada acumulada com a rotina da casa e cuidado dos filhos. Trata também de percepção aguçada do meio, de presença de olhar doce e empático, de falar sobre esperança ao seu paciente com a mesma naturalidade com que o examinou. Além de todas estas virtudes, a capacidade de resolver conflitos simultâneos é um atributo admirado pelos homens e merece ser lembrado. Esta base propicia o impulso à ascensão da mulher médica às funções de liderança, decretando um cenário de equidade de gênero, fazendo valer os princípios da medicina como profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade, a ser exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

O próprio Conselho de Medicina, que iniciou suas atividades oficialmente em 12 de março de 1958, somente na gestão de 1988 a 1993 – 30 anos depois – teve, enfim, a primeira mulher em seu corpo de 42 conselheiros, na figura de Helen Anne Butler Muralha. Hoje com 64 anos de formada e histórico ético ímpar em sua atividade como gineco-obstetra, continua ativa em seu consultório e na Fundação Sidônio Muralha. Também ocupou espaço na Academia Paranaense de Medicina, onde foi acolhida juntamente com Leide Parolin Marinoni, Monica Beatriz Parolin, Saly Moreira e Lorete Maria da Silva Kotze, a segunda mulher a ocupar o cargo de conselheira do CRM-PR.

Sem dúvida, como nos mostram estudos recentes, apesar de cumprir jornadas menores e ter menos vínculos empregatícios devido a suas atividades familiares, a mulher médica demonstra harmonizar com sabedoria as relações de seu convívio, como o vínculo com seus pacientes e também com as equipes multidisciplinares. Esta facilidade genuína de comunicação, que torna o trato mais acolhedor, pode explicar o porquê da prevalência atual da presença da mulher nas áreas clínicas como dermatologia, genética médica, endocrinologia e metabologia, alergia e imunologia e infectologia, em contraste com a ainda pequena presença em áreas cirúrgicas da medicina: na vascular, por exemplo, há 90% de homens, chegando a 91,8% na neurocirurgia, 95% na ortopedia e 98,8% na urologia.

Assim como a medicina atual reflete a brava e notável conquista da mulher na

sociedade, o CRM-PR de hoje reflete a mulher na medicina. O Conselho é composto atualmente pelo maior número de conselheiras que já existiu em sua história, conduzindo a ética de forma eficaz, com suavidade e carisma.

Nossas precursoras fizeram um magnífico trabalho desbravando o antigo horizonte. Cabe à geração atual continuar a exhibir dia a dia sua competência, firmeza, compromisso e encanto, anunciando o talento da mulher médica para que o horizonte seja cada vez mais estável e expressivo.

O SANEAMENTO E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE

SANITATION AND HEALTH CARE

*Carlos Vital Tavares Corrêa Lima **

Palavras-chave – *Assistência, saneamento, políticas públicas, legislação, doenças.*

Keywords – *Assistance, sanitation, public policies, legislation, diseases.*

No Brasil, a análise das políticas públicas de saneamento mostra que mais de 100 milhões de brasileiros não contam com coleta ou tratamento de esgoto. Os números oficiais divulgados mais recentemente apontam que apenas 50,3% da população tem acesso a esse tipo de serviço e que metade utiliza medidas alternativas (nem sempre eficientes) para lidar com dejetos, o que inclui desde a construção de uma fossa até o despejo direto em rios e córregos.

Esses dados são provenientes de estudo apresentado pelo Instituto Trata Brasil, que organizou um ranking desses serviços a partir de informações oficiais. No momento em que o País combate a febre amarela, é peremptório falar de saneamento, pois as informações do próprio Governo confirmam a falta de ações permanentes para correção desse grande problema nacional, com graves consequências para a saúde, sobretudo daqueles com menor renda ou poder aquisitivo.

* É presidente do Conselho Federal de Medicina.

Desde a sanção da Lei do Saneamento Básico (nº 11.445), em 2007, o índice de cobertura nesta área aumentou 8,3 pontos percentuais em nível nacional, o que corresponde a menos de um ponto percentual por ano. O avanço pode ser considerado ainda muito pequeno, pois não foi suficiente para contribuir de modo efetivo com a diminuição da desigualdade social ou com soluções para os problemas mais comuns e decorrentes da ausência desse tipo de serviço.

É inegável a importância do saneamento básico para o desenvolvimento econômico e social de uma nação. Sua presença contribui para a melhoria dos indicadores epidemiológicos e ajuda na redução do número de casos de doenças infectocontagiosas. Levantamento do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) mostra que 65% das internações de crianças menores de 10 anos são causadas por doenças decorrentes da fragilidade ou da inexistência de redes de esgoto e água tratada.

A ausência desses serviços compromete ainda o desempenho escolar, com expectativa sombria sobre o futuro, sem melhores ofertas de emprego, trabalho e renda. No estudo do Instituto Trata Brasil ficou evidente que o rendimento médio dos que habitam em locais desprovidos de saneamento básico é em média 18% inferior em comparação com o dos moradores de áreas atendidas pela coleta de dejetos.

Afinal, a falta de saneamento é uma porta aberta para o aumento da incidência de doenças como diarreia, leptospirose ou dengue, conforme têm atestado a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef).

O estudo do Instituto aponta também os 10 municípios do País com melhores e com piores desempenhos na oferta do acesso à água e ao esgoto. Ao se verificar o perfil epidemiológico dessas localidades, percebe-se, por exemplo, que, no período de 2007 a 2015, os que apresentam performance mais negativa registraram 92.338 internações por diarreia contra 22.746 internações nas que têm destaque positivo.

Nos municípios que enfrentam maior precariedade, a taxa de internação média por diarreia foi de 190 casos para cada grupo de 100 mil habitantes. No extremo positivo, esse índice foi de 68,9. O mesmo comportamento se observa na avaliação dos dados epidemiológicos da dengue.

Entre 2007 e 2015, nos 10 municípios de pior desempenho, houve 145.690 pessoas com diagnóstico de dengue, ou seja, três vezes mais do que naqueles com melhor posição nesse ranking (42.977 casos). Situação semelhante ocorre no que se refere

ao total de internações (19.102 contra 4.728) e de óbitos por complicações geradas por conta dessa doença (149 contra 33 casos).

Lamentável conviver com a realidade expressa por esses números após uma década da entrada em vigor da Lei do Saneamento Básico, que prevê a universalização dos serviços de abastecimento de água e de tratamento da rede de esgoto no País.

Trata-se de uma meta nobre e imperativa para diminuição das desigualdades sociais e para estímulo ao desenvolvimento sustentável, o que exige medidas competentes das três esferas de gestão. A norma definiu, inclusive, as competências do Governo Federal, dos estados e dos municípios neste quesito.

Contudo, a distância entre o ideal e o real é enorme, o que exige um esforço coletivo para superá-la.

Assim, a falta da promoção de mudanças radicais nos investimentos em obras de saneamento por parte dos gestores implica em riscos e perigos para os brasileiros, como o *Aedes aegypti*, responsável pela transmissão da dengue, zika e chikungunya, que continuam presentes no cotidiano da sociedade brasileira, especialmente no meio em que vive a imensa e maior parte do nosso povo carente e totalmente dependente das responsabilidades governamentais.

REGULAMENTADO O FUNCIONAMENTO DE APLICATIVOS QUE OFERECEM CONSULTA MÉDICA EM DOMICÍLIO

REGULATED THE OPERATION OF APPLICATIONS THAT
OFFER MEDICAL CONSULTATION AT HOME

CFM *

Palavras-chave – *Aplicativo, tecnologia, prontuário, responsabilidade, ética, medicina.*

Keywords – *Application, technology, medical records, responsibility, ethics, medicine.*

Preocupado em oferecer mais segurança ao ato médico e aos pacientes, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou no DOU em 28 de fevereiro a Resolução n.º 2.178/2018, regulamentando a atuação dos aplicativos (APPs) que conectam pacientes a serviços de atendimento domiciliares. Entre as exigências que os aplicativos deverão cumprir de modo obrigatório estão a exigência de que todos os especialistas anunciados sejam efetivamente preparados para atuação na área específica, o engajamento de um diretor-técnico médico, a promoção do arquivamento dos prontuários de atendimento e a inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado onde pretende atuar.

Esses APPs devem orientar seus médicos cadastrados a arquivarem (em meio físico ou digital) os prontuários dos pacientes. Esse ato obrigatório visa assegurar que as informações coletadas em diferentes consultas possam ser usadas por outros

*Conselho Federal de Medicina.

médicos, permitindo o acompanhamento de tratamentos. Em caso de mudança de profissional, o paciente poderá pedir o seu dossiê para entrega ao seu novo médico.

REGRAS ÉTICAS

Para o CFM, é ético o uso desse tipo de serviço. Contudo, a autarquia entende que as regras éticas devem ser cumpridas pelos profissionais inscritos e pelas empresas do setor. “Os médicos não devem firmar contrato com operadoras que estejam em desacordo com o normativo do CFM”, alerta o diretor de Fiscalização do CFM e relator da Resolução, Emmanuel Fortes

A indicação do diretor-técnico médico é imprescindível, na avaliação do Plenário do CFM, pois é esse profissional que responderá, em última instância, pela qualidade do atendimento. Ou seja, caberá a ele, por exemplo, assegurar que todo médico anunciado pela plataforma seja inscrito no CRM e que observe o cumprimento dos critérios para o exercício ético da medicina, com base em parâmetros de competência, excelência, autonomia, sigilo e respeito.

Outra medida importante é a determinação de que apenas os médicos com Registro de Qualificação de Especialidade (RQE) possam atender nas especialidades para as quais se habilitam. Por exemplo, um médico que se anuncia ginecologista deverá provar que possui esse número, o qual só é concedido aos especialistas que comprovadamente concluíram Residência Médica em ginecologia ou foram aprovados em exames promovidos pela Federação das Associações Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), capazes de mensurar sua qualificação para o atendimento.

PUBLICIDADE

A Resolução n.º 2.178 também determina que os aplicativos desse tipo devem se adequar às regras da publicidade médica (Resoluções CFM nº 1.974/11 e nº 2.126/15. Pelas normas, é proibido divulgar valores das consultas ou procedimentos médicos em anúncios promocionais, o que pode ser caracterizado como forma desleal de angariar clientela ou concorrência desleal.

“Os preços devem ser disponibilizados apenas no perfil do médico para que o interessado na contratação, ao abrir a ficha, saiba quanto pagará, concordando, ou não, antes do atendimento”, explica Emmanuel Fortes. Da mesma forma, o CFM

determinou que o aplicativo não divulgue ou promova o ranqueamento dos médicos prestadores de serviço, o que promove a comercialização da prática profissional.

CONTRATO

No documento, o CFM ressalta ainda a necessidade de o médico assinar um contrato com a empresa detentora do aplicativo, contendo os termos para a prestação do serviço. O profissional também deve exigir a definição clara de valores do serviço. Ao diretor-técnico caberá garantir que o médico receba a remuneração acordada.

Para Emmanuel Fortes, ao mesmo tempo em que o “uber da medicina” promove a renovação das tradicionais visitas domiciliares, também muda a relação médico-paciente, já que esse contato é intermediado por um aplicativo. “Essa nova modalidade traz grandes desafios, pois há diversas variáveis que fazem com que seja muito tênue a linha divisória entre o que é ético e o que não é ético no exercício profissional. Por isso, é essencial que o CFM regule o que deve ser obedecido pelos aplicativos e pelos médicos”, argumenta.

Fortes ressalta ainda que o ineditismo do aplicativo levou à elaboração de uma resolução totalmente inovadora. “A exigência de um diretor-técnico, do registro do RQE, do contrato escrito e da ficha clínica, tudo isso é novo quando se trata de aplicativos, que até então não tinham nenhuma forma de regulamentação”, afirma.

EMENTA

Regulamenta o funcionamento de aplicativos que oferecem consulta médica em domicílio.

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, alterado pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, pelo Decreto-Lei nº 4.113, de 14 de fevereiro de 1942, em seu artigo 1º § 2º; e pela Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013;

CONSIDERANDO o artigo 28 do Decreto nº 20.931/1932 que determina a exigência de um Diretor-Técnico habilitado para exercício de medicina para que qualquer estabelecimento de assistência médica funcione em território brasileiro;

CONSIDERANDO a função fiscalizadora dos Conselhos Regionais de Medicina, conferida pela Lei Federal nº 3.268/1957 e pela Resolução CFM nº 2.056, de 12 de novembro de 2013, que disciplina departamentos de fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, que estabelecem critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como critérios mínimos para seu funcionamento, vedando a atividade daqueles que não estejam de acordo com os mesmos;

CONSIDERANDO que o avanço tecnológico impõe contínua necessidade de ajustes nas regras para garantir o exercício seguro da medicina;

CONSIDERANDO que toda empresa médica, ou que utilize a medicina mesmo que indiretamente, obriga-se a se inscrever nos Conselhos de Medicina para poder funcionar;

CONSIDERANDO que os médicos cadastrados para prestar assistência domiciliar precisam manter os dados relativos à assistência disponíveis caso haja exigência legal ou ética;

CONSIDERANDO que esses dispositivos se submetem a regras de publicidade previstas no Código de Ética Médica e nas Resoluções nº 1.974/2011 e nº 2.126/2015;

CONSIDERANDO finalmente o decidido na sessão plenária de 14 de dezembro de 2017;

RESOLVE:

Art. 1º – Considerar éticas as plataformas de assistência médica domiciliar cuja prestação de serviços seja contratada através de aplicativos móveis ou similares.

§ 1º – Toda empresa que oferecer a regulação de atendimento médico em domicílio por qualquer meio utilizando a internet, aplicativos móveis ou similares deverá estar obrigatoriamente inscrita no Conselho Regional de Medicina (CRM) da jurisdição onde pretenda atuar, indicando o Diretor-Técnico Médico.

§ 2º – Fica vedado aos médicos firmar contrato com empresas que não estejam de acordo com essa resolução.

Art. 2º – Ao Diretor-Técnico Médico compete:

a) Garantir que todo médico anunciado pela plataforma tenha registro no CRM na base territorial onde o serviço esteja sendo oferecido.

- b) Garantir do mesmo modo que, ao se anunciar especialista, tenha seu Registro de Qualificação de Especialidade (RQE) disponibilizado no material de divulgação.
- c) Zelar para que o material propagandístico esteja de acordo com as Resoluções CFM nº 1.974/2011 e nº 2.126/2015.
- d) Garantir a remuneração dos médicos cadastrados nos termos dos contratos firmados previamente entre médico(a) e empresa detentora dos direitos da plataforma do aplicativo.
- e) Garantir que os valores das consultas ou outras intervenções estejam dispostos apenas no perfil do(a) médico(a) para que o interessado na contratação, ao abrir sua ficha, veja e dê sua anuência antes do atendimento, em conformidade com o que prevê o Código de Ética Médica.
- f) Firmar, obrigatoriamente, contrato por escrito com os médicos que se habilitarem ao atendimento domiciliar, contendo termos para a prestação de serviço, inclusive deixando claro valores definidos, como dos serviços da empresa.
- g) Vedar a divulgação pelos serviços de aplicativo da avaliação ou ranqueamento dos médicos prestadores de serviço.
- h) Garantir que o serviço de aplicativos não seja utilizado para substituir serviços de home care, normatizados na Resolução CFM nº 1.668/2003.

Art. 3º - O médico cadastrado fica obrigado a:

- a) Ter registro no CRM onde pretende exercer atividade médica.
- b) Ter Registro de Qualificação de Especialista quando se anunciar especialista.
- c) Manter registro em ficha clínica de atendimento, evoluções, prescrições e alta, e conservá-lo em meio físico ou digital, de modo que seja recuperável em caso de requerimento de autoridades legais ou dos Conselhos Regionais de Medicina.
- d) Exigir que a definição dos valores dos serviços conste com clareza no contrato firmado entre médico(a) e empresa.

Art. 4º - Fica vedada à empresa a divulgação de valores de consultas ou procedimentos médicos em anúncios promocionais, por se caracterizar forma de angariar clientela ou concorrência desleal.

Art. 5º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, DF, 14 de dezembro de 2017.

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO

Presidente em exercício

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.178/2017

A contemporaneidade exige permanentes ajustes nas regras das civilizações para que as conquistas decorrentes do desenvolvimento tecnológico ou de qualquer natureza sejam incorporadas pelas instituições, em uma busca constante por excelência para atingir os objetivos propostos.

A consulta domiciliar esteve sempre presente na prática médica ao longo da história, e o acesso do doente ao médico variou de acordo com a época, porém, uma característica constante foi o contato direto do paciente com o médico sem nunca haver regulador ou intermediário nessa relação.

Com o advento das tecnologias digitais, principalmente da internet, tal relação foi profundamente afetada. O surgimento de aplicativos que intermedeiam o acesso do paciente ao médico como regulador dessa relação, utilizando cadastros administráveis de profissionais é uma dessas mudanças.

Essa nova modalidade de consulta traz grandes desafios, pois possui diversas variáveis que fazem com que seja muito tênue a linha divisória entre o que é ético ou não no exercício profissional.

Pelo exposto, é de fundamental importância que o Conselho Federal de Medicina regulamente e normatize a referida modalidade de acesso do paciente ao médico, estabelecendo por resolução as condições éticas que obrigatoriamente devem ser obedecidas pelos responsáveis pelos aplicativos e médicos que prestam esse tipo de atendimento, no exercício da medicina.

EMMANUEL FORTES SILVEIRA CAVALCANTI

Conselheiro Relator

RESOLUÇÃO CFM nº 2.178/2017

Resolução aprovada na sessão plenária de 14/12/2017

Publicada no Diário Oficial da União de 28 de fevereiro de 2018, Seção I, p. 138

PRÁTICA DE ATO ANESTÉSICO E CONDIÇÕES DE SEGURANÇA AO PACIENTE

ANESTHETIC ACT PRACTICE AND PATIENT SAFETY CONDITIONS

CFM *

Palavras-chave – *Anestesia, resolução, segurança, paciente, revisão normativa.*

Keywords – *Anesthesia, resolution, safety, patient, normative review.*

EMENTA

Dispõe sobre a prática do ato anestésico e revoga a Resolução CFM nº 1.802/2006.

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

CONSIDERANDO que é dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, não podendo, em nenhuma circunstância, praticar atos que a afetem ou concorram para prejudicá-la;

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

*Conselho Federal de Medicina.

CONSIDERANDO que o médico deve aprimorar e atualizar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente;

CONSIDERANDO que não é permitido ao médico deixar de ministrar tratamento ou assistência ao paciente, salvo nas condições previstas pelo Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, em especial, salas de indução e recuperação pós-anestésica;

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS nº 529/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional;

CONSIDERANDO a RDC nº 36/2013, da Anvisa, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, regulamenta e coloca pontos básicos para a segurança do paciente, como Núcleos de Segurança do Paciente, a obrigatoriedade da Notificação dos eventos adversos e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 2.147/2016, que determina que a responsabilidade pelas condições mínimas de segurança e pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor é do diretor técnico;

CONSIDERANDO a necessidade de observância dos critérios definidos no Parecer CFM nº 30/2016, que trata da monitorização da atividade elétrica do sistema nervoso central;

CONSIDERANDO a necessidade de atualização e modernização da prática do ato anestésico; e

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 14 de dezembro de 2017;

RESOLVE:

Art. 1º – Determinar aos médicos anestesistas que:

I – Antes da realização de qualquer anestesia, exceto nas situações de urgência e emergência, é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente, cabendo ao médico anestesista decidir sobre a realização ou não do ato anestésico.

a) Para os procedimentos eletivos, recomenda-se que a consulta pré-anestésica do paciente seja realizada em consultório médico, antes da admissão na unidade hospitalar, sendo que nesta ocasião o médico anestesista poderá solicitar exames complementares e/ou avaliação por outros especialistas, desde que baseado na condição clínica do paciente e no procedimento proposto.

b) Não sendo possível a realização da consulta pré-anestésica, o médico anestesista deve proceder à avaliação pré-anestésica do paciente, antes da sua admissão no centro cirúrgico, podendo nesta ocasião solicitar exames complementares e/ou avaliação por outros especialistas, desde que baseado na condição clínica do paciente e no procedimento proposto.

c) O médico anestesista que realizar a consulta pré-anestésica ou a avaliação pré-anestésica poderá não ser o mesmo que administrará a anestesia.

II – Para conduzir as anestésias gerais ou regionais com segurança, o médico anestesista deve permanecer dentro da sala do procedimento, mantendo vigilância permanente, assistindo o paciente até o término do ato anestésico.

III – A documentação mínima dos procedimentos anestésicos deverá incluir obrigatoriamente informações relativas à avaliação e prescrição pré-anestésicas, evolução clínica e tratamento intra e pós-anestésico (ANEXOS I, II, III e IV).

IV – É vedada a realização de anestésias simultâneas em pacientes distintos, pelo mesmo profissional ao mesmo tempo.

V – Para a prática da anestesia, deve o médico anestesista responsável avaliar e definir previamente, na forma prevista no artigo 2º, o risco do procedimento cirúrgico, o risco do paciente e as condições de segurança do ambiente cirúrgico e da sala de recuperação pós-anestésica, sendo sua incumbência certificar-se da existência das condições mínimas de segurança antes da realização do ato anestésico, comunicando qualquer irregularidade ao diretor técnico da instituição e, quando necessário, à Comissão de Ética Médica ou ao Conselho Regional de Medicina (CRM).

VI – Caso o médico anestesista responsável verifique não existirem as condições mínimas de segurança para a prática do ato anestésico, pode ele suspender a realização do procedimento até que tais inconformidades sejam sanadas, salvo em casos de urgência ou emergência nos quais o atraso no procedimento acarretará em maiores riscos ao paciente do que a realização do ato anestésico em condições não satisfatórias. Em qualquer uma destas situações, deverá o médico anestesista responsável registrar no prontuário médico e informar o ocorrido por escrito ao diretor técnico da instituição e, se necessário, à Comissão de Ética Médica ou ao Conselho Regional de Medicina (CRM).

Art. 2º – É responsabilidade do diretor técnico da instituição, nos termos da Resolução CFM nº 2.147/2016, assegurar as condições mínimas para a realização da anestesia com segurança, as quais devem ser definidas previamente entre: o médico anestesista responsável, o serviço de anestesia e o diretor técnico da instituição hospitalar, com observância das exigências previstas no artigo 3º da presente Resolução.

Art. 3º – Entende-se por condições mínimas de segurança para a prática da anestesia a disponibilidade de:

I – Monitorização do paciente, incluindo:

- a) Determinação da pressão arterial e dos batimentos cardíacos;
- b) Determinação contínua do ritmo cardíaco por meio de cardioscopia; e
- c) Determinação da temperatura e dos meios para assegurar a normotermia, em procedimentos com duração superior a 60 (sessenta) minutos e, nas condições de alto risco, independentemente do tempo do procedimento (premáturos, recém-nascidos, história anterior ou risco de hipertermia maligna e síndromes neurolépticas).

II – Monitorização contínua da saturação da hemoglobina por meio de oximetria de pulso;

III – Monitorização contínua da ventilação, incluindo os teores de gás carbônico exalados, monitorados por capnógrafo, nas seguintes situações: anestesia sob via aérea artificial (como intubação traqueal, brônquica ou dispositivo supraglótico) e/ou ventilação artificial e/ou exposição a agentes capazes de desencadear hipertermia maligna; e

IV – Equipamentos obrigatórios (ANEXO VI), instrumental e materiais (ANEXO VIII) e fármacos (ANEXO IX) que permitam a realização de qualquer ato anestésico com segurança, assim como a realização de procedimentos técnicos da equipe voltados à reanimação cardiorrespiratória.

Art. 4º – Diante da necessidade de implementação de medidas preventivas voltadas à redução de riscos e ao aumento da segurança do ato anestésico, recomenda-se aos médicos anestesistas observar os critérios clínicos de gravidade:

- a) da monitorização do bloqueio neuromuscular, para pacientes submetidos a anestesia geral, com uso de bloqueadores neuromusculares;
- b) da monitorização da profundidade da anestesia, com o uso de monitores da atividade elétrica do sistema nervoso central, em pacientes definidos no Parecer CFM nº 30/16;
- c) da monitorização hemodinâmica avançada (pressão arterial invasiva, pressão venosa central e/ou monitorização do débito cardíaco) para pacientes de alto risco em procedimentos cirúrgicos de grande porte, e para pacientes de risco intermediário (conforme definido no ANEXO V) em procedimentos cirúrgicos e/ou intervencionistas de grande e médio porte;
- d) do uso de monitores dos gases anestésicos (ar comprimido, óxido nitroso e agentes halogenados);
- e) da utilização da ecocardiografia no período intraoperatório com o objetivo terapêutico hemodinâmico; e
- f) dos equipamentos previstos no ANEXO VII.

Art. 5º – Considerando a necessidade de implementação de medidas preventivas voltadas à redução de riscos e ao aumento da segurança sobre a prática do ato anestésico, recomenda-se que:

- a) a sedação/analgesia seja realizada por médicos, preferencialmente anestesistas, ficando o acompanhamento do paciente a cargo do médico que não esteja realizando o procedimento que exige sedação/analgesia;
- b) os hospitais garantam aos médicos anestesistas carga horária compatível com as exigências legais vigentes, bem como profissionais anestesistas suficientes

para o atendimento da integralidade dos pacientes dos centros cirúrgicos e áreas remotas ao centro cirúrgico;

c) os hospitais mantenham um médico anestesista nas salas de recuperação pós-anestésica para cuidado e supervisão dos pacientes;

d) o Registro dos Eventos Adversos em Anestesia, alinhado com o Programa Nacional de Segurança do Paciente, estruturado nos Comitês de Segurança institucionais, seja implementado junto com a Análise Periódica dos Eventos Adversos, na forma determinada pela RDC nº 36/2013, da Anvisa;

e) nas instituições hospitalares, os serviços ou departamentos de anestesia estruturam um Protocolo de Cuidado voltado tanto à prevenção quanto ao atendimento dos Eventos Adversos em Anestesia;

f) nas instituições de saúde onde se realizem procedimentos sob cuidados anestésicos, a implementação de um sistema de checagem de situações de risco para a anestesia; e

g) a organização e treinamento de situações críticas em anestesia, com ênfase na via aérea difícil e em eventos graves e de alto risco.

Art. 6º – Após a anestesia, o paciente deverá ser removido para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) ou para o Centro de Terapia Intensiva (CTI), conforme o caso, sendo necessário um médico responsável para cada um dos setores (a presença de médico anestesista na SRPA).

Art. 7º – Nos casos em que o paciente for encaminhado para a SRPA, o médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico deverá acompanhar o transporte. §1º. Existindo médico plantonista responsável pelo atendimento dos pacientes em recuperação na SRPA, o médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico transferirá ao plantonista a responsabilidade pelo atendimento e continuidade dos cuidados até a plena recuperação anestésica do paciente.

§2º. Não existindo médico plantonista na SRPA, caberá ao médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico o pronto atendimento ao paciente.

§3º. Enquanto aguarda a remoção, o paciente deverá permanecer no local onde foi realizado o procedimento anestésico, sob a atenção do médico anestesista responsável pelo procedimento.

§4º. É incumbência do médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico registrar na ficha anestésica todas as informações relevantes para a continuidade do atendimento do paciente na SRPA (ANEXOS III) pela equipe de cuidados, composta por enfermagem e médico plantonista alocados em número adequado.

§5º. A alta da SRPA é de responsabilidade exclusiva de um médico anestesista ou do plantonista da SRPA.

§6º. Na SRPA, desde a admissão até o momento da alta, os pacientes permanecerão monitorizados e avaliados clinicamente, na forma do ANEXO IV, quanto:

- a) à circulação, incluindo aferição da pressão arterial e dos batimentos cardíacos e determinação contínua do ritmo cardíaco por meio da cardioscopia;
- b) à respiração, incluindo determinação contínua da saturação periférica da hemoglobina;
- c) ao estado de consciência;
- d) à intensidade da dor;
- e) ao movimento de membros inferiores e superiores pós-anestesia regional;
- f) ao controle da temperatura corporal e dos meios para assegurar a normotermia; e
- g) ao controle de náuseas e vômitos.

Art. 8º – Nos casos em que o paciente for removido para o Centro de Terapia Intensiva (CTI), o médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico deverá acompanhar o transporte do paciente até o CTI, transferindo-o aos cuidados do médico plantonista.

§1º. É responsabilidade do médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico registrar na ficha anestésica todas as informações relevantes para a continuidade do atendimento do paciente pelo médico plantonista do CTI (ANEXO III).

§2º. Enquanto aguarda a remoção, o paciente deverá permanecer no local onde foi realizado o procedimento anestésico, sob a atenção do médico anestesista responsável.

Art. 9º – Os anexos e as listas de equipamentos, instrumentais, materiais e fármacos que obrigatoriamente devem estar disponíveis no ambiente onde se realiza qualquer anestesia e que integram esta resolução serão periodicamente revisados,

podendo ser incluídos itens adicionais indicados para situações específicas.

Art. 10 – Revogam-se todas as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 1.802 publicada em 1º de novembro de 2006.

Art. 11 – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, DF, 14 de dezembro de 2017.

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO

Presidente em exercício

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-geral

ANEXO I

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O médico anestesista deve obter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para a anestesia, contendo informações e esclarecimentos acerca das técnicas de anestesia, vantagens e desvantagens e riscos associados, fazendo-o em linguagem clara e acessível aos pacientes. Deverão existir no Termo de Consentimento campos específicos para assinatura do paciente ou responsável, data do consentimento, assinatura e nome legível do médico anestesista.

ANEXO II

A documentação da anestesia no pré-operatório deve conter:

1. Estratificação do risco do paciente.
2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, podendo não fazer parte da documentação em situações de urgência/emergência.
3. Ficha de consulta e/ou avaliação pré-anestésica, que deverá compreender as seguintes informações:
 - a) identificação do médico anestesista (responsável pela avaliação); b) identificação

do paciente e data da avaliação;

c) intervenção cirúrgica ou procedimento proposto;

d) dados antropométricos: altura, peso, Índice de Massa Corpórea (IMC); e) antecedentes pessoais e familiares;

f) exame físico, incluindo avaliação das vias aéreas (abertura de boca e mandíbula, classificação de Mallampati, mobilidade atlanto-occipital, distância tireoideomental, condições dentárias, prótese dentária, circunferência cervical);

g) tempo de jejum, que deverá observar as seguintes recomendações:

ã Líquidos claros sem resíduos (água, chá): 2 horas

ã Leite materno: 4 horas

ã Leite não humano ou fórmula: 6 horas

ã Refeições leves: 6 horas

ã Dieta geral: 8 horas

h) sinais vitais, incluindo: pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura, frequência respiratória, escala de dor (adultos de 0 – 10; e crianças – faces de dor).

i) diagnóstico cirúrgico e doenças associadas;

j) tratamento (incluindo fármacos de uso atual ou recente);

k) história clínica de alergias/história familiar de efeitos adversos em anestesia (ênfase em alergia a fármacos e látex) e hipertensão;

l) hábitos: tabagismo (número de cartelas ou cigarros/dia e tempo de tabagismo), etilismo (frequência e quantidade/tempo), entre outros;

m) resultados dos exames complementares eventualmente solicitados e opinião de outros especialistas, se for o caso;

n) estado físico – avaliação dos sistemas: cardiovascular, respiratório e outros sistemas com alterações clínicas relevantes; e

o) prescrição de medicação pré-anestésica, quando indicada.

ANEXO III

A documentação da anestesia no intraoperatório deve incluir, mas não se limitar à ficha de anestesia com as seguintes informações:

- a) identificação do(s) anestesista(s) responsável(is) e, se for o caso, registro do momento de transferência de responsabilidade durante o procedimento;
- b) identificação do paciente;
- c) horários de início e término do procedimento anestésico e cirúrgico;
- d) técnica de anestesia empregada;
- e) indicação dos equipamentos de monitorização utilizados e anotação dos resultados aferidos pela monitorização;
- f) registro numérico a intervalos não superiores a:

1. 10 (dez) minutos: da saturação da hemoglobina, gás carbônico expirado final (nas situações onde foi utilizado), pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e monitorização da profundidade anestésica com monitores de atividade elétrica do sistema nervoso central; e

2. 15 (quinze) minutos: da monitorização invasiva (pressão arterial média – PAM, pressão venosa central – PVC, índice cardíaco – IC, volume sistólico – VS, parâmetros dinâmicos de responsividade a volume (variação do volume sistólico – VVS, delta de variação da pressão do pulso – DeltaPP) ou outros dados hemodinâmicos.

- g) soluções e fármacos administrados (momento de administração, via e dose); e
- h) descrição sucinta de intercorrências e eventos adversos associados ou não à anestesia e das condutas implementadas para solucioná-los.

ANEXO IV

A documentação da anestesia no pós-operatório deve incluir, mas não se limitar à ficha de recuperação pós-anestésica, que deverá conter as seguintes informações:

- a) identificação do(s) anesthesiologista(s) responsável(is) e, se for o caso, registro do momento de transferência de responsabilidade na admissão do paciente na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA);

- b) identificação do paciente;
- c) momentos da admissão e da alta;
- d) recursos de monitorização adotados, sob prescrição do médico anestesta, respeitada a monitorização mínima prevista no §6º do artigo 7º desta Resolução;
- e) registro da consciência, pressão arterial, frequência cardíaca, saturação periférica de oxigênio da hemoglobina, temperatura, atividade motora e intensidade da dor a intervalos não superiores a 15 (quinze) minutos na primeira hora de recuperação;
- f) registro de outros parâmetros, por prescrição e orientação do médico anestesista;
- g) soluções e fármacos administrados (momento de administração, via e dose), sob prescrição do médico anestesista; e
- h) descrição da conduta do médico anestesista e de intercorrências e eventos adversos, associados ou não à anestesia, que tenham ocorrido na sala de recuperação pós-anestésica.

ANEXO V

Estratificação do risco do procedimento cirúrgico (porte) e do paciente (antecedentes clínicos)

A identificação do risco cirúrgico do paciente tem, entre outros, o objetivo de estabelecer um adequado planejamento do cuidado anestésico e cirúrgico com o objetivo de redução de morbimortalidade.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Estratificação dos procedimentos cirúrgicos em categorias de pequeno, médio e grande porte – exemplos de situações cirúrgicas. Associar ao risco do paciente.

Baixo risco (< 1%)	Risco Intermediário (1 – 5%)	Alto risco (> 5%)
Pequeno porte	Médio porte	Grande porte
Mama	Abdominal	Cirurgia aórtica de emergência
Dental	Carótida	Intestino grosso - urgência ou emergência, grandes cirurgia do aparelho digestivo*
Endócrina	Reparo de aneurisma endovascular ou angioplastia arterial periférica	Procedimentos gerais abdominais de grande porte em pacientes com mais de 69 anos*
Oftálmica	Cirurgia de cabeça e pescoço	Cirurgia vascular abdominal eletiva
Ginecológica	Neurocirúrgicas - principais	Cirurgia arterial dos membros inferiores
Reconstrutiva	Ortopédicas - principalmente (quadril e coluna vertebral)	Revisões complexas de quadril ou joelho
Ortopédica-menor (cirurgia no joelho)	Transplante renal	Fraturas de pescoço ou fêmur em pacientes com mais de 69 anos *
Urológica-menor	Urológicas de maior porte – cistectomias, grandes ressecções urológicas	Esôfago, procedimentos complexos
		Estômago, duodeno, procedimentos complexos
		Transplante de fígado

Risco de infarto do miocárdio e / ou morte dentro de 30 dias após a cirurgia

*ou com condições clínicas descompensadas

J. Renner et al. / Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology 30 (2016) 201e216

Importante ressaltar que os transplantes de alta complexidade devem ser estratificados como de alto risco.

O PORTE DA CIRURGIA DEVERÁ SER SEMPRE ASSOCIADO AOS CRITÉRIOS CLÍNICOS.

ESCORE DE RISCO DO PACIENTE: ALTO, INTERMEDIÁRIO OU BAIXO.

ALTO: 3 (três) ou mais critérios maiores ou 4 (quatro) ou mais critérios menores;

INTERMEDIÁRIO: 2 (dois) critérios maiores ou 3 (três) critérios menores;

BAIXO: que não se enquadrem nas condições acima.

Crítérios maiores:

1. Idade superior a 70 anos, com doença crônica descompensada.
2. Doença cardiovascular, cerebrovascular ou respiratória grave descompensada.
3. Doença vascular grave ou doença neurológica crônica descompensada.
4. Abdome agudo descompensado.
5. Previsão ou estimativa de grandes perdas sanguíneas (maior que 20% da volemia ou maior de 1000 ml no adulto; e maior que 7 ml.kg⁻¹ ou maior que 10% da volemia na criança).
6. Choque de qualquer etiologia.
7. Insuficiência respiratória.
8. Insuficiência renal, aguda ou crônica descompensada.
9. Cirurgia oncológica extensa.
10. Insuficiência hepática descompensada.
11. Cirurgia de urgência ou emergência.

Crítérios menores:

1. História de doença cardiovascular, cerebrovascular ou respiratória grave compensada.
2. Insuficiência renal crônica dialítica compensada.
3. Diabetes mellitus, insulínica dependente.
4. Síndrome da apnéia obstrutiva do sono grave.
5. Obesidade em grau maior ou igual a II (IMC maior ou igual a 35 kg.m⁻²).

ANEXO VI

Equipamentos obrigatórios para a administração da anestesia e suporte cardiorrespiratório

1. Cada sala onde se administra anestesia deverá conter equipamentos para monitorização mínima: determinação da pressão arterial e dos batimentos cardíacos, determinação contínua do ritmo cardíaco por meio de cardioscopia, monitorização contínua da saturação da hemoglobina por meio de oximetria

de pulso e monitorização contínua da ventilação, incluindo os teores de gás carbônico exalados, monitorados por capnógrafo nas situações em que for realizada anestesia geral sob via aérea artificial – seção de fluxo contínuo de gases, sistema respiratório e ventilatório completo (aparelho de anestesia) e sistema de aspiração.

2. Na unidade onde se administra anestesia: desfibrilador/cardioversor, recomendando-se disponibilização de marca-passo transcutâneo. Nos equipamentos de desfibrilação e cardioversão que não possuam marca-passo transcutâneo, recomenda-se a disponibilização do marca-passo transvenoso (incluindo gerador e cabos), sendo necessário o recurso de equipamentos de imagem.
3. Na unidade onde se administra anestesia: equipamentos que permitam a monitorização da temperatura e meios para manutenção da normotermia, com a finalidade de controle da temperatura (acima de 36°C).
4. Recomenda-se a existência de equipamentos com sistemas automáticos de infusão para administração contínua de fármacos vasoativos e anestesia intravenosa contínua.
5. Para as situações de via aérea difícil previstas é obrigatória a disponibilidade de máscara laríngea, guia bougie e atomizador para anestesia tópica.
6. Dispositivo para cricotireotomia.

ANEXO VII

Equipamentos recomendados para a administração da anestesia e suporte cardiorrespiratório para pacientes submetidos à anestesia

1. Para a realização de acesso venoso central e arterial e de anestesia regional, recomenda-se o uso de equipamentos de ultrassonografia.
2. Nas situações de via aérea difícil, o recurso do fibroscópio para intubação traqueal e videolaringoscópio.
3. Nos casos com uso de bloqueador neuromuscular, é recomendada a utilização de equipamentos que permitam a monitorização da junção neuromuscular.
4. Para a monitorização hemodinâmica e/ou tomada de decisão clínica ou terapêutica, a utilização do ecocardiograma.

ANEXO VIII

Instrumentos e materiais

1. Máscaras faciais.
2. Cânulas orofaríngeas.
3. Dispositivos supraglóticos e/ou máscaras laríngeas.
4. Tubos traqueais e conectores.
5. Estilete maleável tipo bougie.
6. Seringas, agulhas e catéteres venosos descartáveis.
7. Laringoscópio (cabos e lâminas).
8. Guia para tubo traqueal e pinça condutora (Magill).
9. Dispositivo para cricotireotomia.
10. Seringas, agulhas e catéteres descartáveis, específicos para os diversos bloqueios anestésicos neuroaxiais e periféricos.

ANEXO IX

Fármacos

1. Fármacos usados em anestesia (incluindo, mas não se limitando a): anestésicos locais, hipnoindutores, bloqueadores neuromusculares e seus antagonistas (por competição e específicos), anestésicos inalatórios e dantrolene sódico, opioides e seus antagonistas, antieméticos, analgésicos não opioides e adjuvantes, corticosteroides, inibidores H2, sulfato de efedrina/fenilefrina e metaraminol, vasopressina, broncodilatadores, gluconato/cloreto de cálcio.
2. Agentes destinados à ressuscitação cardiopulmonar e pós-ressuscitação (incluindo, mas não se limitando a): adrenalina, atropina, amiodarona, sulfato de magnésio, dopamina, dobutamina, noradrenalina, adenosina, lidocaína, cloreto de potássio, nitroprussiato de sódio, nitroglicerina, furosemida, ã-bloqueadores de curta duração (esmolol, metoprolol), bicarbonato de sódio, soluções para hidratação e expansores plasmáticos (fluidos cristaloides e coloides) sintéticos e naturais.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.174/2017

CONSIDERANDO que há necessidade de modificações nas terminologias e nas citações das responsabilidades dos médicos anesthesiologists na sua atuação clínica diária;

CONSIDERANDO que há necessidade de aumento da segurança do ato anestésico, inclusive com o incremento de novas tecnologias farmacocinéticas e farmacodinâmicas e seus respectivos monitoramentos na prática clínica;

CONSIDERANDO a Declaração de Helsinque no seu artigo 8º, onde o princípio fundamental é o respeito pelo indivíduo, e ainda os artigos 20, 21 e 22 e o seu direito à autodeterminação, respeitando sempre o direito de tomar decisões informadas;

CONSIDERANDO o envelhecimento da população brasileira e a mudança dos perfis clínicos dos pacientes nos últimos 10 anos, tornando mais complexos os procedimentos anestésicos;

CONSIDERANDO a necessidade de especificar as atribuições dos profissionais anesthesiologists e seus respectivos postos de trabalho e atuação, a Câmara Técnica de Anesthesiologia solicita a revisão da Resolução CFM nº 1802/2006 pelo Conselho Federal de Medicina com a maior brevidade permitida, conforme anexo final deliberado pelos componentes da Câmara Técnica.

ALEXANDRE DE MENEZES RODRIGUES

Relator

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.174/2017

Resolução aprovada na sessão plenária de 14/12/2017

Publicada no D.O.U. de 27 de fevereiro de 2018, Seção I, p.82.

PLANTÃO DE SOBREAVISO. EXERCER ATIVIDADES EM DOIS LOCAIS AO MESMO TEMPO

OVERHEATING PLANT. EXERCISE ACTIVITIES IN TWO SITES AT THE SAME TIME

*Fábio Luiz Ouriques **

Palavras-chave – *Disponibilidade, sobreaviso, assistencial, presencial, jornada.*

Keywords – *Availability, on-call, attendance, face-to-face, journey.*

EMENTA

Plantão de sobreaviso. Necessidade imperativa de disponibilidade do médico. Impossibilidade do exercício da Medicina em dois locais ao mesmo tempo.

CONSULTA

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

“Necessito de orientação legal quanto ao fato de fazer sobreaviso de clínica médica, no único hospital da cidade, e trabalhar como concursada na prefeitura da cidade! Posso fazer estas duas atividades ao mesmo tempo? Por exemplo: sou concursada na prefeitura para atendimento clínico por 20h e os sobreavisos no hospital são 24h em escalas, sendo que o recebimento dos honorários do sobreaviso é pago

*Conselheiro parecerista do CRM-PR

ao profissional pelo hospital e o recebimento da prefeitura é feito pela prefeitura, pode ser feito assim?

Então, de acordo com esta resposta eu não posso internar um paciente pelo SUS e estar cumprindo minha carga horária na prefeitura e, caso o paciente necessite do meu atendimento, ou seja, ter uma crise convulsiva, uma parada cardiorrespiratória, eu não poderei ir ao hospital atendê-lo, certo? Vou negar atendimento, correto?"

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A Resolução do CFM nº 1.834/2008 em seu artigo primeiro define como disponibilidade em sobreaviso a atividade do médico que permanece à disposição da instituição de saúde de forma não presencial, cumprindo jornada de trabalho pré-estabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial quando solicitado em tempo hábil.

O artigo terceiro da mesma resolução dispõe que cabe ao médico plantonista ou a outro membro da equipe médica da instituição o acionamento do médico de sobreaviso, informando-o sobre a gravidade do caso, bem como a emergência e/ou urgência do atendimento.

Compete ao diretor técnico providenciar para que seja afixada, para uso interno da instituição, a escala de médicos em disponibilidade de sobreaviso. Ainda, devem-se salientar os artigos 7º, 8º e 9º do Código de Ética Médica (CEM), que disciplinam ser vedado ao médico:

Art. 7º – “Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria”.

Art. 8º – “Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave”.

Art. 9º – “Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento”.

Parágrafo único. “Na ausência de médico plantonista substituto, a direção técnica do estabelecimento de saúde deve providenciar a substituição”.

CONCLUSÃO

Feitas estas considerações, é possível responder ao questionamento da consulente. Inicialmente, cabe destacar que o plantão de sobreaviso implica em disponibilidade do médico.

Nesse sentido, tomando como exemplo o próprio questionamento da consulente, durante o período em que está em atividade na prefeitura do município (20h), seria impossível estar disponível para escala de sobreaviso do hospital.

A realização das duas atividades ao mesmo tempo é prática desaconselhável a qualquer profissional médico, sendo a sua realização, mesmo que em sobreaviso, um agravo à ética médica, estando tal profissional sujeito às sanções dispostas no Regimento do corpo clínico do hospital e no CRM.

Quanto ao questionamento da consulente de que haveria a desobrigação de internar um paciente pelo SUS, durante o seu plantão de sobreaviso no hospital, uma vez que ao cumprir sua carga horária na prefeitura estaria impedida do atendimento deste paciente internado, em possíveis situações que requeiram a sua posterior presença imediata, importante destacar que deve ser observado o Regimento Interno do hospital que disciplina os internamentos e a respectiva responsabilidade pelos mesmos.

Portanto, nos casos em que a responsabilidade de acompanhar o paciente internado couber ao médico de sobreaviso que internou este paciente, este médico deve estar disponível para o atendimento posterior que se faça necessário, a não ser que haja previsão distinta no Regimento Interno do hospital.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 15 de janeiro de 2018.

CONS. FÁBIO LUIZ OURIQUES

Parecerista

PARECER Nº 2630/2018 - CRM-PR

Aprovado e homologado

Sessão Plenária nº 4634, de 15/01/2018.

ENCAMINHAMENTO DE EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS PARA LABORATÓRIO

REGISTRATION OF ANATOMOPATHOLOGICAL EXAMS FOR LABORATORY

*Carlos Roberto Naufel Júnior **

Palavras-chave – *Diagnósticos, exames, anatomopatológicos, responsabilidade, laboratório.*

Keywords – *Diagnostics, exams, anatomopathological, responsibility, laboratory.*

EMENTA

O material enviado para diagnóstico anatomopatológico pertence ao paciente. É direito deste ser informado sobre a possibilidade de envio do seu material para procedimentos diagnósticos em outro centro, devidamente qualificado, assinando um Termo de Responsabilidade. Cabe ao médico, em conjunto com o paciente, decidir, com base exclusivamente em critério de qualidade do serviço e de confiabilidade, qual é o local mais adequado para a realização do seu exame.

CONSULTA

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

“Hospitais e clínicas podem impedir que médicos do corpo clínico enviem exames anatomopatológicos para patologista de sua escolha por terem contrato com outro laboratório? Sou médica patologista e tenho laboratório próprio registrado, junto ao CRM. Alguns

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

hospitais têm proibido que médicos do corpo clínico enviem exames para o meu laboratório, alegando que o hospital tem contrato com outro laboratório. Gostaria do parecer deste Conselho, pois, por fazer subespecialidade dentro da anatomia patológica, o meu campo de trabalho é bastante restrito e sinto meus direitos, como médica, cerceados”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Os Princípios Fundamentais que norteiam a nossa profissão, descritos no Capítulo I do Código de Ética Médica (CEM), estabelecem:

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”.

IX - “A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio”.

XVI - “Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente”.

XVII - “As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente”.

A Resolução CFM nº 2169/2017 disciplina as responsabilidades dos médicos e laboratórios em relação aos procedimentos diagnósticos de Patologia. O seu art. 5º estabelece que “Mediante solicitação ou consentimento do paciente, o exame anatomopatológico pode ser encaminhado para o laboratório de Patologia (Anatomia Patológica) diretamente pelo estabelecimento onde o procedimento de coleta foi realizado, desde que atendidas as seguintes condições”:

I - “O laboratório de Patologia (Anatomia Patológica) deve estar contratualmente vinculado ao estabelecimento responsável pela coleta, ambos pertencentes à mesma jurisdição;...”.

III - “Obtenção de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado pelo paciente, no qual constem as informações indicadas nos incisos anteriores...”.

S1º “A transferência de material biológico para outra localidade deve ter como

alvo primordial o benefício do paciente, facilitando-lhe a acessibilidade ao serviço médico que realizará seu exame, não podendo servir a interesses de ordem comercial”.

§2º “O paciente tem o direito de optar pela realização de seu exame em laboratório da sua escolha, devendo, nesse caso, receber orientações para que ele próprio possa providenciar esse encaminhamento, assinando um respectivo termo de responsabilidade, aplicando-se a Resolução nº 20, de 10 de abril de 2014, da Anvisa”.

O Parecer CRM-PR nº 429/93 realizado pelo Conselheiro Agostinho Bertoldi, estabelece que compete ao médico requisitante de um exame complementar indicar ao paciente qual, no seu critério, é o serviço de sua confiança também por apresentar a melhor qualidade técnica e médica.

Encerra afirmando que o critério de qualidade do serviço e de confiabilidade do médico requisitante de um exame, no caso exames de Raios-x, deve prevalecer, em relação a outros de ordem administrativa.

CONCLUSÃO

O material enviado para diagnóstico anatomopatológico pertence ao paciente. É direito deste ser informado sobre a possibilidade de envio do seu material para procedimentos diagnósticos em outro centro devidamente qualificado, assinando um termo de responsabilidade. Cabe ao médico, em conjunto com o paciente, decidir, com base exclusivamente em critério de qualidade do serviço e de confiabilidade, qual é o local mais adequado para a realização do seu exame, e uma vez que o paciente solicite retirar o material, a responsabilidade do transporte é do mesmo, seguindo as Resoluções pertinentes.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 15 de janeiro de 2018.

CONS. CARLOS ROBERTO NAUFEL JÚNIOR

Parecerista

PARECER nº 2.629/2018

Aprovado e homologado

Sessão Plenária nº 4634, de 15/01/2018.

ATENDIMENTO PRIORITÁRIO. EXIGÊNCIA DE ACOMPANHANTES PARA MENOR DE TRÊS ANOS

PRIORITY ATTENDANCE. REQUIREMENT OF ACCOMPANYERS UNDER THREE YEARS OLD

*Lutero Marques de Oliveira **

Palavras-chave – *Atendimento, prioridade, menor, exames, raios X.*

Keywords – *Attention, priority, minor, exams, X-rays.*

EMENTA

Prioridade no atendimento a pacientes em serviços médicos de urgência e emergência. Contenção de pacientes agitados durante exames médicos de raios X.

CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, gerente administrativa de pessoa jurídica formulou consulta com o seguinte teor:

“Nossa clínica realiza exames de imagens e devido a alguns questionamentos e reclamações de pacientes, inclusive em rede social, gostaríamos de solicitar um parecer legal para as situações abaixo citadas: 1. Em específico, nossos atendimentos de raios X são realizados, por ordem de chegada, independente do convênio médico. Porém, estão

* Conselheiro parecerista do CRM-PR

surgindo alguns questionamentos, por parte dos pacientes, com relação à prioridade de atendimento para crianças e idosos, uma vez que não há atendimento preferencial, isto por que 99,9% dos pacientes que nos procuram são pessoas com problema de saúde, com febre, perna quebrada, dentre elas, crianças e idosos. Então, todos entendem ter prioridade uns sobre os outros. Por exemplo: um porque o filho está febril, o outro quer prioridade, porque torceu o pé e está com muita dor e, assim, sucessivamente. Em razão do exposto acima é que gostaríamos de um embasamento de qual seria a conduta legal, nestes casos, se existe prioridade e qual seria? 2. Outra situação é com relação à realização de exames de raios X em criança com idade inferior a três anos. Na maioria das vezes, somente vem um responsável junto com a criança, sendo necessário auxílio de outra pessoa. Para não expor nossos funcionários à radiação, estamos informando que para a realização do exame de raios X é necessária a presença de dois acompanhantes, essa situação, também, vem gerando questionamento por parte dos pacientes. Por esta razão, também gostaríamos de um parecer, de que forma proceder nestes casos? Podemos nos recusar a realizar este atendimento, em caso de não haver dois acompanhantes? Existe algum embasamento? Qual seria a conduta correta?"

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Priorização da população que necessita atendimento médico:

A população em geral, por desconhecimento, infelizmente, generaliza as normas legais estabelecidas, no Brasil, que priorizam a prestação de serviços ao público e que necessita de tratamento diferenciado, sendo elas, pessoas com deficiências, idosos a partir de 60 anos, gestantes, lactantes, pessoas acompanhadas por crianças de colo e pessoas portadoras de doenças específicas físicas ou mentais, segundo artigo 69-A da Lei nº 9.784/99, incluído pela Lei 12.008/2009. Os serviços públicos a que essas normas legais se referem são repartições públicas, empresas concessionárias de serviços públicos ou privados, instituições financeiras, empresas públicas ou privadas de transportes. Não existe regulamentação legal para essas situações citadas, no caso de crianças e adolescentes.

No entanto, nos serviços de atenção à saúde da população, o Decreto 5.296/2004, art. 5º, inciso IX, § 3º é bem claro: Nos serviços de emergência dos estabelecimentos públicos e privados de atendimento à saúde, a prioridade conferida por este Decreto fica condicionada à avaliação médica, em face da gravidade dos casos a atender. Portanto, nos serviços médicos que atendem emergência/urgência, as

normas legais brasileiras que regulamentam a prioridade de atendimento deixam de ser aplicadas, passando essa prioridade a ser determinada pelo médico que assiste o paciente durante o seu exame, que é aquele que analisa e elabora o laudo do seu exame médico de Diagnóstico por Imagem, segundo o Código de Ética Médica, ou outro profissional da saúde devidamente habilitado.

CAPÍTULO III RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL.

É vedado ao médico:

Art. 3º Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente. (Grifo nosso)

A prioridade de atendimento é decidida então por um profissional de saúde experiente, segundo a gravidade do quadro clínico do paciente e não segundo as leis que priorizam o atendimento público, e aqui não se pode confundir emergência com urgência.

Vejamos essa diferença:

Resolução CFM nº 1.451/95

RESOLVE:

Artigo 1º

Parágrafo Primeiro - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo Segundo - Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

A emergência é considerada uma situação em que a vida ou a saúde enfrentam uma ameaça imediata. Na urgência, não há risco imediato de vida, porém poderá se transformar em uma emergência, se não for tratada com brevidade.

O Sistema Manchester de Classificação de Risco é uma ferramenta que tem sido utilizada nos serviços que atendem urgências e emergências médicas, classificando os pacientes, segundo critérios de risco à sua saúde e o tempo de espera máximo

para serem atendidos, assim classificados:

Emergência;

Muito urgente;

Urgente;

Pouco urgente;

Não urgente.

A priorização no atendimento ao paciente nos serviços médicos que atendem emergências e urgências, segundo essa classificação, deve ser realizada por profissional da saúde, devidamente treinado, e que saiba de maneira clara, fornecer as devidas informações aos pacientes e acompanhantes, portanto, todo serviço médico que atende emergência e/ou urgência deve implantar o Sistema Manchester de classificação de risco.

Pacientes que agendam atendimento médico, com hora marcada, não estão incluídos nessas normas legais citadas (Leis e Decreto), nem no Sistema Manchester de Classificação de Risco.

Exposição à radiação dos profissionais que atuam com raios X na atenção à saúde do ser humano:

Os raios X, também denominados de radiação ionizante, têm grande utilidade na prática médica, porém essa radiação deve ser utilizada com moderação e cuidados especiais, em consequência dos seus efeitos nocivos causados nas células dos seres vivos. Esses efeitos nocivos são divididos em somáticos e genéticos, e surgem em alguns minutos ou depois de dezena de anos após a sua exposição.

Dentre os efeitos somáticos, um deles é o efeito cumulativo. Quando o indivíduo é exposto aos raios X, mesmo por alguns segundos, milhares de células do corpo humano são destruídas, entre elas, células componentes do sangue, principalmente, as hemácias, os leucócitos e os linfócitos. O próprio organismo se encarrega de produzir novas células, repondo as que foram destruídas. A reposição dessas novas células citadas ocorre entre 02 a 05 semanas após a exposição aos raios X.

Se o indivíduo é exposto todos os dias a essa radiação ionizante, todos os dias haverá a destruição de milhares dessas células, num período inferior ao período necessário para sua reposição com consequente redução das mesmas, na corrente sanguínea, levando o indivíduo a apresentar anemia e redução de suas defesas

naturais, principalmente, contra bactérias, vírus e fungos. Assim sendo, para proteção daqueles que trabalham com Raios-X e acompanhantes de pacientes que precisam ser contidos durante o exame, a ANVISA editou a Portaria nº 453/98:

Art. 4.26:

§ O técnico operador deve manter-se dentro da cabine de comando e observar o paciente durante o exame radiográfico, em instalação fixa.

Art. 3.50 Exposição de Acompanhantes

a) A presença de acompanhantes durante os procedimentos radiológicos somente é permitida quando sua participação for imprescindível para conter, confortar ou ajudar pacientes.

(ii) é proibido a um mesmo indivíduo desenvolver regularmente essa atividade.

CONCLUSÃO

Portanto, os funcionários de um serviço médico que atuam com radiação ionizante, ao realizar um exame de raios X, deverão se colocar na cabine de comando e por terem um nível de exposição à radiação secundária e terciária diária, não podem conter pacientes agitados, essa será função de algum parente ou conhecido com as devidas proteções radiológicas, porém não devendo exercer essa atividade regularmente, sendo que essa contenção deverá ser obrigatoriamente orientada pelo técnico de raios X.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 08 de janeiro de 2018.

CONS^o LUTERO MARQUES DE OLIVEIRA

Parecerista

Parecer nº 2.628/2018

Aprovado e homologado

Sessão Plenária nº 4631, de 08/01/2018.

COLUNA SEMANAL EM JORNAL, INÍCIO DA COMUNICAÇÃO DO CRM-PR

WEEKLY COLUMN IN NEWSPAPER, BEGINNING OF CRM-PR COMMUNICATION

*Ehrenfried Othmar Wittig**

Palavras-chave – *Conselho, coluna, jornal, comunicação.*

Keywords – *advice, column, newspaper, communication.*

O CRM-PR inaugurou na segunda quinzena de setembro de 1991 uma coluna semanal no jornal Gazeta do Povo, de Curitiba, tendo o objetivo de melhor interagir com os médicos e a própria sociedade. Os conselheiros se conscientizaram de que as atividades da autarquia precisavam ir além da ética médica, em especial para fortalecer a imagem da profissão. Ao assinar o primeiro editorial da coluna, o então presidente Wadir Rúpollo firmou: “Compomos um tribunal ético por excelência, mas não secreto. Estamos atentos, mas não estaremos calados, como que alheios à difícil situação que atravessa o país e que se reflete em todas as classes, inclusive na medicina”.

A coluna foi mantida até junho de 1993, com característica de porta-voz da autarquia. Nesses 20 meses o Conselho teve como importante conquista uma maior e melhor visibilidade perante a população e também aos veículos de comunicação, transformando-se em referencial obrigatório de consultas sobre assuntos relativos não só à atividade médica como à saúde de modo geral. Em outubro de 1993 o CRM inaugurou o seu jornal institucional, cujos editoriais estão reunidos em sua maioria no livro comemorativo “Dignificando a Medicina”, que apresenta trajetória de 25 anos da história do Conselho, que em 2018 está comemorando 60 anos.



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

