

ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

v. 35 - n. 138 - Abr/Jun - 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

cqp@crmpr.org.br

Comissão de Atualização Cadastral de E-mails

correio@crmpr.org.br

Assessoria de Imprensa

imprensa@crmpr.org.br

comunicacao@crmpr.org.br

Biblioteca

biblioteca@crmpr.org.br

Site

www.crmpr.org.br

Postal

Caixa Postal 2208

Telefone

41 3240-4000

Fax

41 3240-4001

CFM

cfm@cfm.org.br

Site

www.portalmedico@cfm.org.br

E-mail

jornal@cfm.org.br

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

GESTÃO 2013/2018

DIRETORIA - 01/02/2017 a 30/09/2018

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

CONSELHEIROS

Adônis Nasr	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 edição, página inicial e final citadas.

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

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

ÍNDICE REMISSIVO

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

ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

FICHA CATALOGRÁFICA

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, 2018;35(138):61-116

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 Siqueoka (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

Luiz Henrique Zaions (Diretor)
Marta Vaz Dias de Souza Boger (Vice-diretora)
Victor Emmanuel Evangelista da Silva (Secretário)
Eduardo Hassan
Jacilene de Souza Costa
Luiz Cláudio Casagrande
Marco Aurélio Farinazzo
Raphael Bezerra de Menezes Costa

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
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

PARANAÍ

Hortência Pereira Vicente Neves (Diretora)
Ludovico da Cunha Blaszcyk (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
Ivai 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

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
Valdir 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

A sustentabilidade dos planos de saúde e a gestão técnica de sinistralidade <i>Guilherme Augusto Murta</i>	72
Instituto Brasil de Medicina <i>Luiz Ernesto Pujol</i>	76
O diagnóstico da morte encefálica e a certeza do fim da vida <i>Carlos Eduardo Soares Silvado</i>	79
Maconha: a diferença entre o remédio e o veneno <i>Ronaldo Laranjeira</i>	82

RESOLUÇÃO CFM

Ozonioterapia é procedimento experimental <i>CFM</i>	85
---	----

RESOLUÇÃO CRM-PR

Diagnóstico de morte encefálica: atualização pelo CFM e revogação de resoluções do CRM-PR <i>CRM-PR</i>	92
--	----

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina do Paraná

Nomeação e remuneração de defensores dativos e médicos peritos <i>CRM-PR</i>	94
---	----

PARECER CRM-PR

Número permitido de acompanhantes por paciente em consulta pediátrica <i>Luiz Ernesto Pujol</i>	98
--	----

Cirurgias de redesignação sexual <i>Afrânio Benedito Silva Bernardes</i>	101
---	-----

Documentos referentes ao processo de morte encefálica <i>Nazah Cherif Mohamad Youssef</i>	106
--	-----

Autonomia do fonoaudiólogo e conflito com ato médico <i>Fernando Cesar Abib</i>	110
--	-----

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Brasílio Vicente de Castro, um dos primeiros presidentes do CRM-PR <i>Ehrenfried Othmar Wittig</i>	113
---	-----

A SUSTENTABILIDADE DOS PLANOS DE SAÚDE E A GESTÃO TÉCNICA DE SINISTRALIDADE

THE SUSTAINABILITY OF HEALTH PLANS AND THE TECHNICAL MANAGEMENT OF CLAIMS

Guilherme Augusto Murta *

Palavras-chave – *Planos de saúde, assistência, exames, sinistralidade, custos.*

Keywords – *Health plans, care, examinations, claims, costs.*

Quando os experientes e bilionários Jeff Bezos, Warren Buffett e Jamie Dimon entenderam, no início de 2018, que os custos de saúde estão ascendentes e cada vez mais insustentáveis, viram como oportunidade para enfrentamento do problema a criação de uma empresa de saúde. Com isso, houve a forte evidência que os desafios ultrapassaram o âmbito no qual até então eram discutidos pelos estudiosos da área em saúde alcançando a atenção e preocupação explícita do setor econômico.

Não é por menos. Para ter ideia da dimensão do problema, as forças militares dos EUA, reconhecidas pelos investimentos bélicos, gastaram em 2016 a quantia de 611 bilhões de dólares. No mesmo período, o custo do sistema de saúde americano ultrapassou os 3 trilhões de dolares. Ainda naquele ano, os custos do sistema

* Dr. Guilherme Augusto Murta (CRM-PR 24.287) é especialista em Medicina do Trabalho e presidente da Associação Paranaense de Medicina do Trabalho (APAMT).

de saúde norte americano, per capita, foram estimados em 10.348 dólares. Em comparação, os países integrantes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico(OCDE) totalizam, em média, apenas um terço deste valor.

Mas a dificuldade de sustentabilidade do sistema de saúde não é exclusiva dos americanos. O cultuado National Health System(NHS), do Reino Unido, enfrenta crise de aumento de demanda de atendimentos, a qual não foi acompanhada pela adequada estruturação⁵, sendo relatado inclusive pacientes entrando em óbito nos corredores dos serviços de saúde enquanto esperam por internação.

No Brasil encontramos problemas complexos e cenários variados. Há plano de saúde generoso que custa quase 100.000 reais per capita ao ano. Existe também empresa que conta com operadora de saúde em modalidade autogestão que custa o correspondente a 10% do faturamento do negócio (custo de 1.8 bilhão de reais).

Enquanto a inflação nacional mostra-se abaixo dos dois dígitos, o último dado de inflação médica (VCMH) disponível atingiu 20,4% (referente a 2016). Em comparação, no mesmo período, o IGP-M estava em 2,95% e IPCA de 6,29%. Ao comparar estes números, projetando para o futuro, verificamos que a correlação de VCMH / IGP-M forma uma curva exponencial, o que é claramente insustentável (gráfico)

O modelo de remuneração Fee for Service (FFS), predominante no Brasil, é claramente ineficiente. Neste modelo, a remuneração do profissional de saúde e dos serviços baseia-se unicamente na utilização. A qualidade não é levada em conta. Por exemplo: O médico que realiza quatro atendimentos por hora (consultas de 15 minutos) é menos lucrativo financeiramente do que o que realiza 6 atendimentos por hora (consultas de 10 minutos) e menos ainda que aquele que consulta 12 por hora (consultas de 5 minutos). Enquanto isso, o fator qualidade por consulta não é considerado para fins de honorários. Em relação a serviços hospitalares, esta lógica também prevalece. Ao ser internado para ser operado o hospital é remunerado. Se não houver complicações posteriores não há mais remuneração hospitalar. Por outro lado, se o caso complicar e forem necessárias outras intervenções decorrentes do procedimento original há as respectivas e devidas remunerações. Outros modelos de remuneração possíveis (pay for performance, shared savings, prospectively paid bundles, shared savings, capitation) não têm encontrado terreno fértil para desenvolvimento no país sendo pouco frequentes em saúde suplementar.

A população no Brasil também está progressivamente envelhecendo. Na população com planos de saúde privados, estudos apontam que este envelhecimento é ainda mais rápido em comparação com a população geral. É sabido que o avanço na idade também acarreta em crescimento dos gastos com saúde. Isto é ainda mais acentuado quando não há o devido cuidado preventivo da população, não havendo estratégias epidemiológicas eficientes para redução de fatores de risco para desenvolvimento de doenças (sedentarismo, tabagismo, excesso de peso) nem para o acompanhamento de saúde de pessoas com doenças crônicas na tentativa de aderirem ao adequado tratamento. Estas condições sinergicamente conduzem a uma demanda progressiva dos serviços de saúde focados na terapêutica de situações complexas e dispendiosas.

Os avanços tecnológicos também devem ser colocados em prática em benefício aos pacientes. Entretanto, esta avaliação deve ser criteriosa e baseada em evidência para não cair em modismo que pouco ou nada acrescenta para o tratamento eficiente dos doentes. Além disso, deve haver esforço para que as soluções sejam sustentáveis. Nos EUA as novas tecnologias corresponderam a 48% do aumento relacionado ao custo de saúde entre 1960 e 2007¹⁰. No Brasil também sofremos reflexos com a progressão tecnológica. Em 2018, o Rol ANS tem projeção de aumento de 1,43% da despesa assistencial estimada para o ano¹¹. Assim, se por um lado há uma exigência quanto a cobertura de novos códigos (procedimentos, medicações, tecnologias) de forma progressiva, ano a ano, do outro lado, há a necessidade de contingência de custos em relação a cobrança das mensalidades dos beneficiários.

Há ainda que considerar a cultura da população quanto ao atendimento médico. Não é raro o entendimento de que o atendimento médico especializado, ao invés do generalista, é visto como prestação de serviços de melhor qualidade. Entretanto, a visão integral do paciente (tecnicamente ideal) e a possibilidade de atendimento de todas as faixas etárias e gêneros tem despertado atenção sobre a possibilidade de que o médico de família (especialista em atenção primária à saúde) seja a porta de entrada (gatekeeper) no sistema de saúde suplementar. Estudos apontam que o médico de família tem resolutividade acima de 85% dos casos atendidos. Outro entendimento popularmente comum é que a solicitação de vários exames durante as consultas médicas corresponde a uma demonstração de cuidado ao paciente. Entretanto, isto nem sempre é verdade. Os exames são COMPLEMENTARES à consulta médica, sendo a clínica (anamnese e exame físico) soberana. A solicitação

de exames desnecessários (não baseado em evidências científicas) pode culminar no overdiagnosis e overtreatment; ou seja, as possíveis consequências pseudo-terapêuticas podem resultar em dano (iatrogenia) desnecessário ao paciente.

Assim, não havendo alteração deste cenário para o futuro, a conjunção destes fatores (VCMH, modelo de remuneração questionável, perfil populacional mais dispendioso, aumento progressivo do Rrol ANS, foco exclusivo em atendimento médico especializado e muitos exames) tendem formar uma equação cujo resultado é insustentável para a saúde suplementar no Brasil, podendo inclusive colapsar.

Alguns sinais desta possibilidade estão se tornando realidade. No primeiro trimestre de 2017, enquanto 22 registros de operadoras foram cancelados apenas 11 foram criados. Estes resultados negativos têm se repetido nas últimas séries históricas. Além disso, planos de pessoa física (inflação máxima anual regulada pela ANS) têm sido cada vez menos disponíveis, em especial nas operadoras de melhor qualidade e abrangência. Planos de saúde disponibilizados por intermédio de pessoa jurídica (planos empresariais) ainda têm maior viabilidade, pois a sinistralidade resultante é cobrada pela empresa contratante. Mesmo assim, como as mensalidades dos planos empresariais seguem aumentando anualmente, também estão ficando inviáveis para muitos empresários.

Para estes desafios não há solução pronta e certamente não há solução fácil. Mas já é um começo saber o que não funciona e buscar alternativas. O certo é que há opções e oportunidades, especialmente para profissionais tecnicamente preparados, em construir um futuro com melhores perspectivas para a saúde suplementar.

Confira referências do presente artigo em:

<http://www.crmp.org.br/A-sustentabilidade-dos-planos-de-saude-e-a-gestao-tecnica-de-sinistralidade-13-49414.shtml>

INSTITUTO BRASIL DE MEDICINA

BRAZILIAN INSTITUTE OF MEDICINE

*Luiz Ernesto Pujol **

Palavras-chave – *Política, assistência, parlamento, representatividade, medicina, médicos.*

Keywords – *Politics, assistance, parliament, representation, medicine, doctors.*

As demandas impetradas pelos órgãos representativos da classe médica contra as improvisações de “políticas governamentais cosméticas”, na área da saúde, têm mostrado ineficácia frente à inércia e ao não comprometimento dos parlamentares em geral e, lamentavelmente, também de alguns médicos atuantes nos parlamentos, os quais deveriam apoiar as legítimas reivindicações de sua classe profissional, mas não o fazem.

Diante desta situação, decidiu-se pela formação de uma organização, a qual congregasse os órgãos representativos e as Sociedades de Especialidades Médicas para que, em uníssono com a Frente Parlamentar da Medicina, atualmente, capitaneada pelos Deputados Federais Luciano Ducci (PSB-PR), Luiz Henrique Mandetta (DEM-MS) e pelo Senador Ronaldo Ramos Caiado (DEM-GO), ocorresse uma mobilização

* Dr. Luiz Ernesto Pujol (CRM-PR 3856), é conselheiro, secretário-geral do CRM-PR e membro do Departamento de Defesa Profissional da Associação Médica do Paraná.

da classe médica, no sentido de escolher candidatos aos parlamentos Municipais, Estaduais e Federais, os quais, após eleitos, deverão atuar de forma unificada, reforçando o número dos componentes da Frente Parlamentar da Medicina.

No início de 2018, esta organização se consolidou, legalmente, passando a se denominar Instituto Brasil de Medicina (IBDM), cabendo sua coordenação, não remunerada, ao Prof. Dr. Luiz Carlos Sobania.

O IBDM tem como princípio instigar a classe médica a participar da política da saúde de forma apartidária, porém com efetividade e clareza de propósitos. A escolha dos candidatos deverá considerar a idoneidade, o idealismo, a serenidade, e a ilibada conduta profissional, ética e social dos mesmos.

Os médicos e suas Entidades deverão apontar colegas que VERDADEIRAMENTE sejam representantes da classe médica, os quais indicados, apoiados e eleitos, por médicos, se comprometerão a criar e a aprovar Leis, que venham trazer benefícios à saúde da população, permitindo o exercício de uma Medicina técnica e eticamente respeitável, tendo por base que, nesta ciência, os julgamentos são baseados em verdadeiro ou falso, inexistindo o “meio termo” tão comumente utilizado, pela maioria dos políticos atuais.

Médicos assim eleitos serão avalizados a ações legais, por uma política realmente responsável de proteção à Medicina de qualidade, tanto no setor público, como no setor suplementar.

Algumas Sociedades de Especialidade ainda não se conscientizaram da importância desta proposta, fazendo-se necessário que sejam incentivadas à agregação ao IBDM, as quais na qualidade de formadores de opinião perante a sociedade poderão angariar votos aos seus escolhidos candidatos.

Vale lembrar: é nos Parlamentos, onde as Leis são criadas, que poderemos interferir, nas decisões governamentais, que tantas mazelas têm trazido à área médica no País, principalmente: a falta de uma Carreira de Médico no setor público; a interferência de outras profissões nas atividades legalmente restritas aos médicos; as escolas médicas em número excessivo e sem condições técnicas e estruturais para uma boa formação dos acadêmicos; o insuficiente financiamento do SUS, com Tabelas de ressarcimento à atividade médica, as quais há muitos anos estão defasadas; a escassez de vagas em Residências Médicas com aviltante ressarcimento econômico aos Residentes; o salário vergonhoso aos Mestres e Preceptores; as precaríssimas

condições de trabalho e de segurança nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento; a desmedida alocação de recursos em ações puramente demagógicas como: o Programa Mais Médicos (privilegiando a quantidade em detrimento da qualidade); a disponibilização de PICs (Práticas Integrativas e Complementares que em sua maioria não possuem nenhuma fundamentação científica), também; a perigosa intenção de um novo modelo estruturante para o sistema nacional de saúde, e ainda; o total descaso com o Saneamento Básico a ser disponibilizado à população, causa da perpetuação de inúmeras doenças que atingem nossa população.

O DIAGNÓSTICO DA MORTE ENCEFÁLICA E A CERTEZA DO FIM DA VIDA

THE DIAGNOSIS OF BRAIN DEATH AND THE CERTAINTY OF THE END OF LIFE

*Carlos Eduardo Soares Silvado **

Palavras-chave – *Morte encefálica, resolução, transplante, diagnóstico.*

Keywords – *Brain death, resolution, transplantation, diagnosis.*

Como os médicos podem ter certeza de que uma pessoa em morte encefálica está realmente morta?

“Os médicos disseram que não havia nada que pudessem fazer. Eles fizeram tudo que podiam, que é um caso irreversível. Eu acho que ele está dormindo e que poderá sair do coma. Eu acho que pode ser um erro, ele ainda está vivo; seu coração está batendo. Você toca a pessoa e ela está quente, seu sangue está correndo... Somente o cérebro está morto, mas o resto ainda está vivo.” (Depoimento de uma mãe com o filho em morte encefálica).

Desde os primórdios da humanidade, o conceito de “morte” é associado a situações em que uma pessoa não respira, o coração não bate ou a cabeça está separada do

* Dr. Carlos Eduardo Soares Silvado (CRM-PR 5101) é doutor em Medicina Interna e professor assistente de Neurologia da UFPR, chefe do Serviço de Neurologia do Hospital de Clínicas/UFPR e membro da Câmara Técnica de Morte Encefálica do Conselho Federal de Medicina.

corpo. Nestes casos, em poucas horas o corpo estará frio, com extremidades azuladas e rígido, caracterizando sinais inequívocos de “ausência de vida”. O ritual do velório presta-se às despedidas em um sentido afetivo, mas também é um período de observação do cadáver, quase uma aferição coletiva de que existe “morte” e o corpo pode ser sepultado.

Uma pessoa não morre apenas porque parou de respirar ou seu coração não bate. Estas situações são tecnicamente passíveis de reversão, com as manobras de reanimação cardiovascular e cuidados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Contudo, se uma parada cardiorrespiratória persistir por mais que três a cinco minutos, o sangue oxigenado não chegará ao cérebro e poderá estabelecer uma lesão cerebral grave, irreversível e incompatível com a vida. Nesta situação, conhecida como morte encefálica, os cuidados de UTI podem manter o corpo (o cadáver) quente, corado e com os órgãos funcionando por alguns dias ou semanas. Mas isto não muda o fato de que, nesta pessoa, o cérebro está irremediavelmente lesionado e não funcionante. Quadros semelhantes ocorrem também em lesões como traumatismos cranianos, acidentes vasculares cerebrais e outros, que produzem lesões cerebrais incompatíveis com a vida.

Como os médicos podem ter certeza de que uma pessoa em morte encefálica está realmente morta? Como ter a certeza de que pode ser retirado o suporte vital fornecido pelas UTIs e considerar a doação de órgãos (fígado, coração, rins e outros) fundamentais para a sobrevivência de outras pessoas?

Em 1997, a Lei 9.434 deu competência ao Conselho Federal de Medicina para definir os critérios para diagnóstico da morte encefálica. Naquele mesmo ano, a Resolução CFM 1.480 estabeleceu que “a comprovação da morte encefálica deve ser realizada utilizando critérios precisos, bem estabelecidos, padronizados e passíveis de serem executados por médicos nos diferentes hospitais” e que “a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte”.

De forma sucinta, podemos dizer que são necessários dois exames clínicos, realizados por dois médicos diferentes, para confirmar a ausência permanente de função do tronco cerebral; um teste de apneia, para comprovar a ausência de movimentos respiratórios; e um exame complementar para confirmar a ausência permanente de função cerebral. Vale ressaltar que esta metodologia padronizada é muito mais abrangente e segura que a utilizada na maioria dos países. Revendo os raros casos publicados de dúvidas diagnósticas, observa-se que em nenhum deles foi utilizada

uma metodologia tão rigorosa quanto a brasileira.

Nos últimos 20 anos, a morte encefálica foi efetivamente comprovada em mais de 120 mil pacientes utilizando os critérios da Resolução CFM 1.480/1997, confirmando a segurança, o grau de absoluta certeza e a ampla aceitação desta metodologia para determinação inquestionável da morte em nosso meio.

Doar os órgãos de um ente querido que não necessita mais deles, pois está morto, é um gesto grandioso e que poderá salvar ou melhorar significativamente a vida de alguém. Mas, para evitar mal-entendidos com os familiares, as conversas sobre doação só devem ocorrer após a confirmação da morte, pois a identificação de possíveis doadores, por mais meritória que seja, não deve ser o motivo para realização da determinação da morte encefálica, e sim sua consequência.

O entendimento do “estar morto” é milenar. Já o conceito de morte encefálica é algo relativamente novo, possível há pouco menos de 50 anos pelo aparecimento das UTIs. Não é difícil, portanto, compreender a desconfiança e o desconhecimento da população sobre esta forma de apresentação da morte. Mas podemos assegurar a todos que a metodologia de determinação da morte encefálica do CFM nos dá a certeza absoluta de que uma pessoa em tal condição está indubitável e irremediavelmente morta.

MACONHA: A DIFERENÇA ENTRE O REMÉDIO E O VENENO

MARIJUANA: THE DIFFERENCE BETWEEN REMEDY AND POISON

Ronaldo Laranjeira *

Palavras-chave – *Terapêutica, dependência química, sistema nervoso, medicina.*

Keywords – *Therapeutics, chemical dependence, nervous system, medicine.*

Você consumiria um produto com mais de 500 substâncias, muitas delas nocivas, para usufruir dos benefícios à saúde proporcionados por uma ou duas presentes em sua composição? Provavelmente não, afinal, faz sentido tratar um problema de saúde e ganhar tantos outros?

Mas, e se fosse possível extrair essas substâncias e sintetizá-las para fins medicinais? Você teria dúvidas? De novo, provavelmente não, afinal, esse consumo, de uma hora para outra, se tornou mais seguro.

Usei este exemplo para ilustrar, usando apenas a lógica, a questão de drogas como a maconha. Sempre afirmo que existe uma enorme diferença entre o ato de fumar a droga e o uso terapêutico de uma substância presente em sua composição. Realmente, a *Cannabis sativa*, planta que dá origem à maconha, possui mais de 500 elementos. Dentre eles podemos destacar dois – o canabidiol (CBD) e tetra-hidrocanabinol, o conhecido THC.

* É professor titular de psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Unifesp e presidente da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM).

CBD E THC

Como inclusive já apontei anteriormente, várias pesquisas demonstraram os efeitos nocivos provocados ao nosso corpo pelo THC, uma substância que, apesar de ter aspectos terapêuticos em pacientes com glaucoma, no tratamento de espasticidade e náuseas ocasionadas por quimioterapia, é viciante, afeta os sistemas nervoso central e vascular e chega a dobrar o risco de desenvolvimento de doenças psíquicas, como esquizofrenia e até psicose.

Do outro lado, na mesma planta está presente uma substância que combate os efeitos do THC, o CBD. Ele atua justamente na diminuição de efeitos psicóticos, de ansiedade, entre outros, provocados pelo THC. Tanto que os medicamentos aprovados até o momento para comercialização do THC, como para tratamento de esclerose múltipla, também têm em sua composição o CBD.

Diversas pesquisas realizadas a partir dos anos 1970 conseguiram demonstrar os efeitos positivos do CBD, inclusive como anticonvulsivo, e, no Brasil (um país com pesquisadores pioneiros na área, como Elisaldo Carlini, Antonio Waldo Zuardi e José Alexandre de Souza Crippa), os estudos continuam a ser realizados, na tentativa de provar sua eficácia no tratamento de doenças como esquizofrenia, epilepsia, Parkinson, Alzheimer e até autismo. Dados obtidos até então indicam que a substância não tem efeito alucinógeno nem provoca dependência, ao contrário do tetra-hidrocanabinol.

Inclusive, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) já incluiu, em 2016, derivados de CBD na lista de substâncias psicotrópicas vendidas no Brasil, em medicamentos de tarja preta, com a necessidade de receitas específicas. A Anvisa autoriza também, mediante certas condições, a importação de CBD para casos de epilepsia refratária que apresentem resistência a medicamentos convencionais.

A maconha possui sim elementos com efeito medicinal. Porém, fumar a droga, pura e simplesmente, provoca mais um efeito alucinógeno e prejudicial do que terapêutico.

Pense no caso de medicamentos para a pressão ou para tratamento de doenças cardíacas, elaborados a partir de substâncias provenientes de venenos de cobra (sim, eles existem). O veneno é receitado? Lógico que não, apenas um remédio criado a partir de substâncias presentes nele. E anestésicos que têm elementos extraídos do ópio? Se seguirmos o raciocínio dos que defendem a legalização da maconha para uso medicinal, teríamos então que legalizar também esta droga para consumo.

Não faz sentido. Nenhum outro produto é usado in natura – existe uma ordem que precisa ser respeitada, para a segurança da população. O produto tem que ser sintetizado, passar por testes, enfim, até ser aprovado como um medicamento seguro.

Nesse contexto, é muito importante analisar também questões financeiras, de mercado, que influenciam decisões políticas. O CBD é um composto não patenteável, assim, o interesse de grandes empresas em realizar pesquisas que demonstrem seus efeitos é menor do que em outras situações, já que, após ser aprovado para produção e comercialização, não será possível ter sua patente exclusiva. Resumindo – será um produto com grande concorrência no mercado. Inclusive, por isso a maioria das pesquisas na área hoje é realizada em centros acadêmicos.

Porém, grandes investidores (com base no que acontece nos Estados Unidos principalmente) veem a simples legalização da maconha como uma rápida e incrível oportunidade de lucro, bilionário por sinal. Por quê? O mercado americano nos fornece essa explicação, vendendo desde a droga para fumo até doces de maconha, que possuem grande apelo, inclusive para crianças.

Não à toa, ocorreu um forte investimento em lobby em estados e no congresso americano, visando a legalização da droga para comercialização, se aproveitando até de uma visão ingênua de parte da opinião pública, que ainda acredita na história de que o famoso “baseado” é leve, não faz mal. Tanto que o uso da “maconha medicinal” em diversos locais nos Estados Unidos não foi aprovado por médicos e sim por meio de plebiscito.

O que colaborou para a criação dessa imagem, e poucos sabem, é o fato de a concentração de THC na maconha ter sido de 0,5%, em média na década de 1960, por exemplo. Com o tempo e modificação da droga, esses níveis foram subindo, podendo chegar a até 30% hoje. Na prática, estamos falando de outra droga, modificada, muito mais potente e perigosa, presente até em produtos comestíveis. Tendo em vista os altos riscos sociais e de saúde pública que a medida apresenta, os Estados Unidos se mostram não como um exemplo a ser seguido, e sim evitado.

Com todo esse contexto em mente, pense bem nessa questão. O que é melhor para a saúde da população: a simples liberação do consumo de uma droga, que provoca dependência e diversos outros males, ou a pesquisa e extração de substâncias com poder terapêutico, para serem disponibilizadas como medicamentos? A medicina nos mostra que resposta é mais simples do que parece.

OZONIOTERAPIA É PROCEDIMENTO EXPERIMENTAL

OZONOTHERAPY IS AN EXPERIMENTAL PROCEDURE

CFM *

Palavras-chave – *Ozonioterapia, procedimento, pesquisa, experimental, ética, práticas integrativas.*

Keywords – *nononon. Ozonotherapy, procedure, research, experimental, ethics, integrative practices.*

A edição do Diário Oficial de 10 de julho de 2018) publicou a Resolução CFM nº 2.181/2018, que define a ozonioterapia como um procedimento que pode ser realizado apenas em caráter experimental. Isso implica que tratamentos médicos baseados nessa abordagem devem ser realizados apenas no escopo de estudos que observam critérios definidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep).

Entre as condições previstas pela norma está a concordância dos participantes com as condições em que a pesquisa será realizada, a garantia de sigilo e anonimato para os que se submeterem à prática, a oferta de suporte médico-hospitalar em caso de efeitos adversos e a não cobrança do tratamento em qualquer uma de suas etapas.

A entrada em vigor dessa Resolução reforça a proibição aos médicos de prescreverem procedimentos desse tipo fora dos padrões estabelecidos pelo CFM. O desrespeito à norma pode levar à abertura de sindicâncias e de processos éticos-profissionais contra os infratores.

*Conselho Federal de Medicina.

TRABALHOS

A decisão do CFM veio após a análise de uma série de estudos e trabalhos científicos sobre o tema. De acordo com o relator da Resolução, o conselheiro federal Leonardo Sérgio Luz, os trabalhos são ainda incipientes e não oferecem aos médicos e aos pacientes a certeza de que a ozonioterapia é eficaz e segura.

A ozonioterapia é uma técnica que utiliza a aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio, por diversas vias de administração, com finalidade terapêutica. As principais são: endovenosa, retal, intra-articular, local, intervertebral, intraforaminal, intradiscal, epidural, intramuscular e intravesical.

Nos últimos anos, por solicitação da Associação Brasileira de Ozonioterapia (ABOZ), a Comissão para Avaliação de Novos Procedimentos em Medicina avaliou mais de 26 mil trabalhos sobre o tema. Ao final, o CFM entendeu que “seriam necessários mais estudos com metodologia adequada e comparação da ozonioterapia a procedimentos placebos, assim como estudos comprovando as diversas doses e meios de aplicação de ozônio”.

PROJETO DE LEI Nº 227/2017 DO SENADO FEDERAL

As críticas ao uso amplo da ozonioterapia não se limitam ao Conselho Federal de Medicina. Em dezembro de 2017, um grupo de 55 entidades médicas e científicas divulgou uma nota pública onde critica a tramitação de um projeto de lei no Congresso Nacional que autoriza a prescrição da ozonioterapia como tratamento médico de caráter complementar em todo o território nacional.

O texto proposto pelo senador Valdir Raupp (PMDB/RO), com apoio da ABOZ, foi aprovado no Senado — na Comissão de Assuntos Sociais — em decisão terminativa e foi encaminhado à Câmara dos Deputados. Na carta pública, as entidades declararam seu repúdio à iniciativa que, segundo elas, “expõe os pacientes a riscos, como retardo do início de tratamentos eficazes, avanço de doenças e comprometimento da saúde”.

“Não há na história da medicina registro de droga ou procedimento contra um número tão amplo de doenças, que incluem, entre outros: todos os tipos de diarreia; artrites; hepatites; hérnias de disco; doenças de origem infecciosa, inflamatória e isquêmica; autismo; e sequelas de câncer e de Acidente Vascular Cerebral (AVC)”, ressalta trecho do documento.

Ao apontar argumentos contrários à autorização, as instituições se colocaram à disposição dos brasileiros e do Congresso Nacional para oferecer todos os esclarecimentos técnicos e científicos necessários sobre o tema. Para os signatários, os debates em torno da ozonioterapia remetem ao caso recente da fosfoetanolamina que, também sem lastro científico, teve sua distribuição aprovada pelos parlamentares por meio de lei. Meses depois, a medida foi suspensa pelo Supremo Tribunal Federal (STF).

Além do CFM, da Associação Médica Brasileira (AMB), da Federação Médica Brasileira (FMB) e da Federação Nacional dos Médicos (Fenam), outras 21 sociedades de especialidades atingidas pelo tratamento proposto subscrevem o manifesto.

Entre as entidades que assinam o documento está o Instituto Cochrane do Brasil, que é referência em estudos e pesquisas científicas na área da saúde. Na nota, as autarquias afirmam que “autorizar a oferta da ozonioterapia sem a certeza de sua eficácia e segurança expõe os pacientes a riscos”.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS

Em março, o Ministério da Saúde anunciou o incremento de mais dez das chamadas Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS) – apenas duas (homeopatia e acupuntura) são reconhecidas pelo CFM. A ozonioterapia é agora uma das 29 modalidades oferecidos pelo SUS.

Representantes do Conselho e de diversas entidades médicas se posicionaram de forma contrária a alocação de recursos para práticas que não apresentam comprovações técnicas e científicas de sua eficácia.

Para o presidente da autarquia, Carlos Vital, as práticas integrativas feitas no SUS não tem fundamento na Medicina Baseada em Evidência (MBE) – ou seja, ignoram a integração da habilidade clínica com a melhor evidência científica disponível. “A aplicação de verbas nessa área onera o sistema, é um desperdício e agrava ainda mais o quadro do SUS com carências e faltas”, explica.

Além dos problemas da falta de comprovação científica e da alocação de recursos, a prescrição e o uso de procedimento e terapêuticas alternativos, sem reconhecimento científico, são proibidos aos médicos brasileiros, conforme prevê o Código de Ética Médica.

EMENTA E A RESOLUÇÃO

Estabelece a ozonioterapia como procedimento experimental, só podendo ser utilizada em experimentação clínica dentro dos protocolos do sistema CEP/Conep.

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 15 de abril de 2009, e pela Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013;

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;

CONSIDERANDO que ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão;

CONSIDERANDO que é dever do médico guardar absoluto respeito pela saúde e vida do ser humano, sendo-lhe vedado realizar atos não consagrados nos meios acadêmicos ou ainda não aceitos pela comunidade científica;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso em nosso país sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem o consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis consequências;

CONSIDERANDO o art. 7º da Lei nº 12.842/2013, segundo o qual “compreende-se entre as competências do Conselho Federal de Medicina editar normas para definir o caráter experimental de procedimentos em Medicina, autorizando ou vedando a sua prática pelos médicos”; e seu parágrafo único, que estabelece que “a competência fiscalizadora dos Conselhos Regionais de Medicina abrange a fiscalização e o controle dos procedimentos especificados no caput, bem como a aplicação das sanções pertinentes em caso de inobservância das normas determinadas pelo Conselho Federal”;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.982/2012, que dispõe sobre os critérios de protocolo e avaliação para o reconhecimento de novos procedimentos e terapias médicas pelo Conselho Federal de Medicina;

CONSIDERANDO a aprovação do Parecer CFM nº 9/2018;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária de 20 de abril de 2018,

RESOLVE:

Art. 1º – Considerar a ozonioterapia como procedimento experimental para a prática médica, de acordo com as fundamentações contidas no anexo desta resolução, só podendo ser realizada sob protocolos clínicos de acordo com as normas do sistema CEP/Conep, em instituições devidamente credenciadas.

Art. 2º – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, tendo o seu anexo publicado, na íntegra, no sítio eletrônico: www.portalmedico.org.br

Brasília-DF, 20 de abril de 2018.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA

Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-Geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.181/2018

O ozônio, forma triatômica do oxigênio, é um gás reativo e instável, capaz de ser produzido tanto pela natureza (na estratosfera) quanto pelo homem (em geradores de ozônio). Descoberto na metade do século XIX, o ozônio passou a ser utilizado para fins terapêuticos há pelo menos 100 anos. Seu uso expandiu-se a partir da Primeira Guerra Mundial, quando era utilizado para desinfecção de feridas. A ozonioterapia consiste na aplicação de uma mistura de oxigênio (O₂) e ozônio (O₃).

A oxidação das biomoléculas promovida pelo ozônio forma sistemas de tampramento, principalmente por moléculas de ação anti-inflamatórias e analgésicas. Por meio da oxidação de fosfolípidios e lipoproteínas, o ozônio também é capaz de romper o envelope das células bacterianas. No entanto, a instabilidade do O₃ faz com que ele seja inativado rapidamente, gerando produtos denominados ozonídeos, espécies reativas de oxigênio ou dos produtos de oxidação lipídica.

Desde a criação da terapia com ozônio, diferentes tipos de tratamentos foram propostos. As possibilidades terapêuticas criadas distinguem-se pela via de administração do ozônio, que determina diferentes ações no organismo. As principais

vias propostas foram: endovenosa, retal, intra-articular, local, intervertebral, intraforaminal, intradiscal, epidural, intramuscular e intravesical.

Porém, apesar das indicações clínicas propostas pelo tratamento, os aspectos relacionados à sua eficácia e segurança devem ser estudados de maneira consistente e apropriada para que possam garantir cientificamente a presença de benefício e a ausência de dano aos pacientes (base do propósito da medicina).

Após solicitações para o reconhecimento da ozonioterapia como não experimental, o Conselho Federal de Medicina estabeleceu essa terapêutica como prática experimental por não encontrar evidências que subsidiassem a sua aprovação para uso na prática médica.

Naquela análise, levou-se em consideração revisão sistemática da literatura existente à época para o tratamento da dor lombar com ozonioterapia, concluindo-se que, até aquele momento, não havia quaisquer evidências de efetividade dessa prática terapêutica no tratamento da lombalgia inespecífica (mecânica) aguda ou crônica, e que seriam necessários mais estudos controlados randomizados com metodologia adequada. Enfatizou-se também a necessidade de comparar ozonioterapia com procedimento placebo e outras terapias.

Em 2016, houve nova solicitação ao Conselho Federal de Medicina para o reconhecimento da ozonioterapia como prática não experimental.

O Conselho Federal de Medicina, por meio de Comissão para Avaliação de Novos Procedimentos em Medicina, visando dirimir dúvidas e atualizar seu posicionamento, procedeu a uma extensa revisão do estado da arte da ozonioterapia na prática clínica, enfocando as evidências científicas quanto à sua eficácia e segurança. O método utilizado foi a revisão sistemática nas bases de informação científica virtuais (Medline, Embase, Central Cochrane e Lilacs) e manuais em outras fontes, dos últimos 50 anos. Foram recuperados 26.915 trabalhos, que foram avaliados individualmente, e selecionadas 114 publicações para avaliação inicial, sendo incluídos 34 estudos. O principal motivo de exclusão foi relatos e séries de casos (70 trabalhos).

Após análise, concluiu-se que a força da evidência sustentando as sínteses de eficácia e dano é muito baixa (alto risco de vieses), o que significa que há incerteza nas estimativas de efeito. Assim, permanece elevado o grau de incerteza envolvido no tocante à eficácia da prática; além disso, há ausência de benefícios

nos prováveis efeitos da sua utilização clínica quando comparada aos tratamentos já consagrados em uso. Verifica-se também evidência de estimativa de dano aos pacientes submetidos à ozonioterapia, podendo inclusive colocar em risco a saúde desses indivíduos.

Pelo exposto, é imprescindível que o Conselho Federal de Medicina normatize a matéria de acordo com o art. 7º da Lei nº 12.842/2013, segundo o qual compreende-se entre as competências do Conselho Federal de Medicina editar normas para definir o caráter experimental de procedimentos em Medicina, autorizando ou vedando a sua prática pelos médicos.

LEONARDO SÉRVIO LUZ

Relator

RESOLUÇÃO CFM nº 2.181/2018

Resolução aprovada na sessão plenária de 20/04/2018

Publicada no D.O.U. em 10 de jul. 2018, Seção I, p. 106).

DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA: ATUALIZAÇÃO PELO CFM E REVOGAÇÃO DE RESOLUÇÕES DO CRM-PR

DIAGNOSIS OF BRAIN DEATH: UPDATE BY CFM AND
REVOCAÇÃO OF CRM-PR RESOLUTIONS

CRM-PR *

Palavras-chave – *Morte encefálica, legislação, resolução, critérios, capacitação.*

Keywords – *Brain death, legislation, resolution, criteria, training.*

EMENTA

Revogar as Resoluções CRM-PR nº 82/1999 e nº 85/2000.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, publicada em 1º de outubro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, publicado em 25 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de janeiro de 2015, e;

CONSIDERANDO que as Resoluções editadas pelos Conselhos Regionais de Medicina devem obedecer aos critérios estabelecidos pelas normas emanadas do Conselho Federal de Medicina;

CONSIDERANDO que a Resolução do CFM nº 2173/2017 traz as determinações inovadas e atualizadas;

*Conselho Regional de Medicina do Paraná.

RESOLVE:

Art. 1º - Revogar as Resoluções do CRM-PR nº 82/1999 e nº 85/2000; por não contemplarem o estabelecido pela Resolução CFM nº 2173/2017.

Art. 1º - A Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2173/2017 deve ser seguida rigorosamente, em todos os seus passos, com a colaboração e a capacitação das equipes médicas, além do empenho da Direção Técnica das instituições hospitalares.

Curitiba, 04 de junho de 2018.

CONS. WILMAR MENDONÇA GUIMARÃES

Presidente

CONS. LUIZ ERNESTO PUJOL

Secretário-Geral

RESOLUÇÃO CRM-PR Nº 211/2018

Aprovada na Reunião de Diretoria nº 1477ª, de 04/06/2018.

Aprovada na Sessão Plenária nº 4714ª, de 04/06/2018.

Publicado no DIOE - Comércio, Indústria e Serviços nº 10217, de 26/05/2018, p. 35

NOMEAÇÃO E REMUNERAÇÃO DE DEFENSORES DATIVOS E MÉDICOS PERITOS

APPOINTMENT AND REMUNERATION OF LEGAL ADVOCATES AND MEDICAL EXPERTS

CRM-PR *

Palavras-chave – *Assistência dativa, perícia médica, processos éticos, honorários, advogados.*

Keywords – *Dative assistance, medical expertise, ethical processes, fees, lawyers.*

EMENTA

Dispõe sobre a nomeação e a remuneração dos Defensores Dativos e Médicos Peritos, no âmbito do Conselho Regional de Medicina do Paraná, e revoga a Resolução CRM-PR nº 202/2016.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, publicada em 1º de outubro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, publicado em 25 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e;

CONSIDERANDO a autonomia administrativa e financeira dos Conselhos Regionais de Medicina, prevista no artigo 1º da Lei nº 3.268/57;

CONSIDERANDO o que dispõe o inciso LV do artigo 5º da Constituição Federal;

*Conselho Regional de Medicina do Paraná

CONSIDERANDO o disposto na Súmula Vinculante nº 5 do Supremo Tribunal Federal;

CONSIDERANDO o que dispõe a Resolução CFM nº 1961/2011;

CONSIDERANDO que o trabalho desenvolvido pelos Defensores Dativos e Médicos Peritos deve ser remunerado em decorrência da prestação de serviços;

CONSIDERANDO a homologação em Sessão Plenária nº 4680ª, realizada em 16 de abril de 2018;

RESOLVE:

Dos Defensores Dativos:

Art. 1º – Será nomeado um Defensor Dativo, Advogado, nos termos Código de Processo Ético-Profissional, quando o denunciado for considerado revel, ato devidamente certificado nos autos.

Art. 2º – Será confeccionada pela Corregedoria do CRM-PR uma lista com os nomes dos Advogados habilitados para o exercício da função de Defensor Dativo.

Parágrafo único. Serão considerados aptos ao exercício da função os profissionais que preencherem os seguintes requisitos:

- I - estar no exercício regular da profissão por período igual ou superior a 5 (cinco) anos;
- II - declarar expressamente, através de documento escrito, que aceitam o múnus com disponibilidade para atuar, perante o CRM-PR, o interesse no exercício da função e a aceitação das normas dela decorrentes;
- III - não ter sofrido condenação disciplinar e não ter débitos de qualquer natureza junto à OAB, a qual esteja inscrito.

Art. 3º – Fixar os honorários dos Defensores Dativos em valor correspondente a 6 (seis) Auxílios de Representação (AR), cujo valor é determinado por Resolução específica do CRM-PR anualmente.

Parágrafo único. A remuneração do Defensor Dativo será realizada por fases do Processo nas seguintes condições:

- Na apresentação da defesa escrita à Corregedoria: 1/3 do valor estabelecido para os honorários;
- No encerramento da Instrução com a apresentação das Razões Finais: 1/3 do valor estabelecido para os honorários;
- No Julgamento e em eventuais Recursos cabíveis: 1/3 do valor estabelecido para os honorários.

Art. 4º – Se no decorrer do Processo, o denunciado vier a se manifestar ou constituir advogado nos autos, ele e/ou seu representante legal passarão a responder pela defesa, a partir de sua integração à lide, sendo cessada a revelia, desconstituindo o Defensor Dativo.

§ 1º – No caso de desconstituição do Defensor Dativo, conforme previsto no caput deste artigo, o mesmo fará jus ao recebimento do valor correspondente à fase em que se encontrar o Processo, na forma estabelecida no artigo 3º da presente Resolução.

§ 2º – Em caso de não haver Recurso, o Departamento de Processo e Sindicâncias enviará cópia da Certidão de Arquivamento para que o pagamento dos honorários seja efetivado.

Art. 5º – A lista dos Defensores Dativos, disponibilizada pela Corregedoria, será apreciada e homologada em Sessão Plenária do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Parágrafo único. O pagamento será realizado, através de depósito bancário, até o último dia do mês subsequente à entrega do Ato de Concessão, relativo à apresentação da defesa, da Instrução com a apresentação das Razões Finais, ou da Certidão de Arquivamento, e/ou da sustentação oral, em Sessão de Julgamento, obedecendo à legislação vigente quanto à retenção de impostos.

DOS MÉDICOS PERITOS:

Art. 6º – Deverá ser nomeado um Médico Perito, sempre que houver necessidade para Instrução dos procedimentos de Sindicância, Processo Ético-Profissional e Processo Administrativo, de avaliação pericial médica para a conclusão dos trabalhos do Conselheiro Instrutor, ou no caso do Procedimento Administrativo para a avaliação da incapacidade para o exercício da Medicina.

Art. 7º – Fixar os honorários dos Médicos Peritos em valor correspondente à categoria 8C, do que especifica a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM:

§ 1º – O pagamento será realizado, através de depósito bancário, até o último dia do mês subsequente à entrega do laudo, obedecendo à legislação vigente quanto à retenção de impostos devidos.

§ 2º – Se houver necessidade de avaliações complementares, o pagamento será de 50% do valor estipulado no Art.7º da presente Resolução.

Art. 8º – O valor indicado no Art. 7º da presente Resolução sofrerá as correções naturais que incidirem sobre a CBHPM.

Art. 9º – Os casos omissos ou anteriores a presente Resolução serão analisados e resolvidos pela Diretoria do CRM-PR.

Art. 10 – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 11 – Revogam-se todas as disposições em contrário.

Curitiba, 16 de abril de 2018.

CONS. WILMAR MENDONÇA GUIMARÃES

Presidente

CONS. JOSÉ CLEMENTE LINHARES

Tesoureiro

RESOLUÇÃO CRM-PR Nº 209/2018

Aprovada e homologada

Sessão Plenária nº 4680ª, de 16 de abril de 2018.

Publicada no DIOE – Comércio, Indústria e Serviços nº 10175, de 23/04/2018, p.18.

NÚMERO PERMITIDO DE ACOMPANHANTES POR PACIENTE EM CONSULTA PEDIÁTRICA

PERMITTED NUMBER OF COMPANIONS PER PATIENT IN PEDIATRIC CONSULTATION

*Luiz Ernesto Pujol **

Palavras-chave – *Atendimento infantil, adolescentes, estatuto da criança, acompanhante, eticidade.*

Keywords – *Child care, adolescents, child's status, companion, ethics.*

EMENTA

Serviço de Pediatria. Número de acompanhantes por paciente, durante a consulta pediátrica. Relatividade casual.

CONSULTA

Em correspondência encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, médica formula consulta com o seguinte teor:

“Respondo tecnicamente por pronto atendimento infantil, tendo demanda de aproximadamente 200 atendimentos em 24 horas, com aumento em períodos de outono/inverno. Em nosso serviço, estabelecemos um acompanhante (pai/mãe/ responsável) por menor. Estamos respaldados pelo ECA nas situações de observação e internamento. E nas consultas médicas? Temos respaldo para só permitir a entrada de um acompanhante?”

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

É permitido um responsável com a criança, seja o pai, mãe ou outro responsável? Meu questionamento é se existe um posicionamento com relação a isto pelo CRM.

Em 19 de Janeiro de 2018, o Setor de Consultas (Ofício nº 048/2018-SECON) enviou resposta à consulente (Resposta Protocolo nº 668/2018), informando que os Pareceres CRM-PR nº 1918/2008, nº 2125/2009 e nº 2243/2010, assim como o Código de Ética, em seu Capítulo IX, Artigo 74 responderiam ao seu questionamento.

Em 22 de Janeiro de 2018, a consulente retornou a mensagem ao CRM-PR, indicando não estar satisfeita com a resposta. Ela expressa: “Não fiz questionamento sobre atendimento de menor desacompanhado e, sim, sobre situação de serviço de Pediatria, no qual é permitido um acompanhante por paciente e houve questionamento por parte de um pai de um paciente, que gostaria que entrassem dois acompanhantes na consulta médica. É permitido um responsável com a criança, seja o pai, mãe ou outro responsável. Meu questionamento é se existe um posicionamento com relação a isto pelo CRM”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A Constituição Federal, o Código de Processo Penal, o Código Civil, o Código de Processo Civil, o Estatuto da Criança e do Adolescente e, mesmo o Código de Ética Médica, minuciosamente pesquisados, por este Parecista, com apoio do Serviço Jurídico do CRM-PR, se mostram omissos no que se refere, **especificamente**, ao questionamento da consulente.

Reflexões a respeito de consulta médica pediátrica levam às seguintes observações:

1. Consultas de crianças (0 a 12 anos) sempre requerem acompanhamento pelos pais ou responsáveis, elementos indispensáveis para os relatos de sinais e sintomas que a criança manifesta. Na sociedade moderna, nem sempre só um dos genitores vivencia o dia a dia de seus filhos. É comum a participação de ambos, em períodos diferentes do cotidiano dos filhos e, dependendo de qual deles, por mais tempo se dedica à criança, um ou ambos devem ser escutados, pelo pediatra, durante a anamnese, e exame físico.
2. Consultas de adolescentes (12 anos completos aos 18 anos incompletos) requerem a expressa manifestação do paciente, quanto à presença, ou não, de acompanhante. É de bom tom que essa decisão deve ser transmitida aos pais ou responsáveis, antes da consulta ser efetivada, deixando-se claro ao adolescente que, eventualmente, o médico tem o direito de, durante ou após a consulta, conversar com os pais

ou responsável, na dependência do diagnóstico efetuado. Não se deve esquecer de que o médico considerará a decisão do adolescente, em ser consultado, sem a presença de seus pais ou responsáveis, analisando fatores de verbalização e compreensão do examinando. No caso de adolescente do sexo feminino, que opte por ser consultada, sem a presença de um dos pais ou responsável, a presença de uma auxiliar é indispensável, durante o exame físico da paciente.

3. Os pediatras devem considerar que a presença de acompanhantes (pais, responsáveis ou cuidadores frequentes, quer sejam parentes ou não) se constitui em elemento importante de informações, sobre queixas e sintomas da criança/adolescente, e que colaboram positivamente no raciocínio diagnóstico e terapêutico.

CONCLUSÃO

Considerando o que foi exposto, acredito que a determinação de apenas um acompanhante às consultas pediátricas, tomada pela Responsável Técnica por Serviço de Saúde Pediátrica, deve ter sido baseada unicamente em questões administrativas, frente ao grande fluxo de pessoas, o que, dependendo do espaço físico, em sala de espera ou consultórios, pode vir a causar tumulto e insatisfações à clientela, aos médicos ou ao pessoal auxiliar das demandas do Serviço. Portanto, **não há ilícito legal ou ético a tal determinação de caráter puramente administrativo.**

No entanto, cabe aconselhar que essa decisão deverá ser considerada relativa, desde que, em algumas circunstâncias, o médico atendente tem o direito de solicitar a presença, na consulta, de outras pessoas, as quais possam trazer maiores esclarecimentos, ao seu raciocínio clínico, e isso requer ser previamente transmitido, de forma clara e respeitosa, a todos os pais e responsáveis pela criança/adolescente, que se submeterá a exame médico.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 27 de fevereiro de 2018.

CONS. LUIZ ERNESTO PUJOL

Parecerista

PARECER nº 2.642/2018

Aprovado e Homologado

Sessão Plenária nº 4647, de 27/02/2018.

CIRURGIAS DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL

SEXUAL REASSIGNMENT SURGERIES

*Afrânio Benedito Silva Bernardes **

Palavras-chave – *Transgenitalização, cirurgia, legislação, procedimento, eticidade, avaliação, definitividade.*

Keywords – *Transgenitalization, surgery, legislation, procedure, ethics, evaluation, definiteness.*

EMENTA

Qualquer tipo de cirurgia de redesignação sexual ou de transgenitalização no processo de mudança de sexo, sejam as cirurgias de mudança dos genitais, como também, as cirurgias das gônadas e dos caracteres sexuais secundários, incluindo-se as cirurgias das mamas, são regulamentadas pela Resolução CFM 1955/2010. Tal Resolução estabelece critérios para a definição do Transexual que poderá ser submetido a esses procedimentos, define, ainda, o tipo de estabelecimento que os realizará e a composição da equipe multidisciplinar que atenderá esses pacientes. A regulamentação se justifica devido ao caráter de definitividade que esses procedimentos ensejam.

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, profissional Psicóloga, Psicopedagoga e Especialista em Sexualidade Humana questiona o estado atual da normativa referente às cirurgias de redesignação sexual, também conhecidas como cirurgias de transgenitalismo. A consulente deseja saber em que local podem ser realizados esses procedimentos, se a normativa inclui as cirurgias dos caracteres sexuais secundários ou somente das genitálias, se em Curitiba há algum centro que realize esses procedimentos e se o paciente poderia fazer, ao menos, o tratamento hormonal em consultório particular ou necessita submeter-se a uma equipe multidisciplinar. O questionamento se fundamenta no fato de que esse tipo de demanda tem aumentado significativamente e não gostaria de ferir qualquer regramento ético que verse sobre o assunto.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

DAS CONSIDERAÇÕES DA RESOLUÇÃO CFM Nº1955/2010

A **Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1955/2010** dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº1.652/02, esclarece o estado atual de como deve ser abordado o assunto. Nas considerações que embasaram a presente Resolução, vale a pena destacar as seguintes:

CONSIDERANDO ser o paciente transexual portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio;

CONSIDERANDO que a cirurgia de transformação plástico-reconstrutiva da genitália externa, interna e caracteres sexuais secundários não constitui crime de mutilação previsto no artigo 129 do Código Penal brasileiro, haja vista que tem o propósito terapêutico específico de adequar a genitália ao sexo psíquico;

CONSIDERANDO a viabilidade técnica para as cirurgias de neocolpovulvoplastia e/ou neofaloplastia;

CONSIDERANDO o que dispõe o parágrafo 4º do artigo 199 da Constituição Federal, que trata da remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como o fato de que a transformação da genitália constitui a etapa mais importante no tratamento de pacientes com transexualismo;

CONSIDERANDO que o artigo 14 do Código de Ética Médica veda os procedimentos médicos proibidos em lei, e o fato de não haver lei que defina a transformação terapêutica da genitália in anima nobili como crime;

CONSIDERANDO que o espírito de licitude ética pretendido visa fomentar o aperfeiçoamento de novas técnicas, bem como estimular a pesquisa cirúrgica de transformação da genitália e aprimorar os critérios de seleção;

CONSIDERANDO o bom resultado cirúrgico, tanto do ponto de vista estético, como funcional das neocolpovuloplastias, nos casos com indicação precisa de transformação do fenótipo masculino para feminino;

CONSIDERANDO as dificuldades técnicas ainda presentes para a obtenção de bom resultado, tanto no aspecto estético como funcional das neofaloplastias, mesmo nos casos com boa indicação de transformação do fenótipo feminino para masculino;

CONSIDERANDO que o diagnóstico, a indicação, as terapêuticas prévias, as cirurgias e o prolongado acompanhamento pós-operatório são atos médicos em sua essência; (...).”

DA ANÁLISE DOS ARTIGOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1955/2010

Passo na sequência a analisar os artigos que versam sobre o tema da presente consulta.

No **artigo 1º** tem-se a abrangência desta Resolução, pois trata da autorização das cirurgias de neocolpovuloplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo.

O **artigo 3º** define os critérios mínimos para a definição de transexualismo:

- 1) *Desconforto com o sexo anatômico natural;*
- 2) *Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto;*
- 3) *Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos;*
- 4) *Ausência de transtornos mentais.*

O **artigo 4º** define como deve ser feita a seleção desses pacientes: dever-se-á obedecer à avaliação de equipe multidisciplinar constituída por médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social, obedecendo aos critérios a seguir definidos, após, no mínimo, dois anos de acompanhamento conjunto:

- 1) *Diagnóstico médico de transgenitalismo;*
- 2) *Maior de 21 (vinte e um) anos;*
- 3) *Ausência de características físicas inapropriadas para a cirurgia.*

O **artigo 5º** determina que tipo de estabelecimento está autorizado para a realização desses procedimentos, o qual deve contemplar integralmente os pré-requisitos estabelecidos nesta Resolução, bem como a equipe multidisciplinar estabelecida no artigo 4º.

§ 1º O corpo clínico destes hospitais, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, deve ter em sua constituição os profissionais previstos na equipe citada no artigo 4º, aos quais caberá o diagnóstico e a indicação terapêutica.

§ 2º As equipes devem ser previstas no regimento interno dos hospitais, inclusive contando com chefe, obedecendo aos critérios regimentais para a ocupação do cargo.

§ 3º Em qualquer ocasião, a falta de um dos membros da equipe ensejará a paralisação de permissão para a execução dos tratamentos.

§ 4º Os hospitais deverão ter comissão ética constituída e funcionando dentro do previsto na legislação pertinente.

DOS QUESTIONAMENTOS DA CONSULENTE

As cirurgias de transgenitalização, englobando as cirurgias dos genitais, gônadas e caracteres sexuais secundários somente podem ser realizadas em estabelecimentos como os previstos no artigo 5º da Resolução CFM nº 1955/2010.

As cirurgias previstas nessa Resolução incluem não somente as cirurgias dos genitais, como também, as cirurgias das gônadas e dos caracteres sexuais secundários, tais como, as cirurgias das mamas.

Em Curitiba, há no Hospital de Clínicas - UFPR - um serviço multidisciplinar autorizado a tratar os casos de Transgenitalização.

A presente Resolução regulamenta somente os procedimentos cirúrgicos, visto que esses, por terem caráter de definitividade, exigem uma abordagem ampla e segura.

CONCLUSÃO

Qualquer tipo de cirurgia de redesignação sexual ou de transgenitalização - no processo de mudança de sexo, sejam as cirurgias de mudança dos genitais, como também, as cirurgias das gônadas e dos caracteres sexuais secundários, incluindo-se as cirurgias das mamas, são regulamentadas pela Resolução CFM nº 1955/2010. Tal Resolução estabelece critérios para a definição do Transexual que poderia ser submetido a esses procedimentos, define, ainda, o tipo de estabelecimento que poderá realizá-los e a composição da equipe multidisciplinar que atenderá esses pacientes.

A regulamentação se justifica devido ao caráter de definitividade que esses procedimentos ensejam. Não obstante essa regulamentação traga de forma democrática e universal garantias de segurança e completude, traz, também, uma limitação de atendimento à grande demanda que tem se apresentado pelos interessados.

Seria de muita utilidade e de muita sensibilidade que os Legisladores se atentassem ao represamento de atendimento a esses pacientes e propusessem novas formas de abordagem, permitindo a individualização dos casos e ampliando as possibilidades de estabelecimentos sem, no entanto, mitigar as premissas de segurança que o assunto merece.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 21 de maio de 2018.

CONS. AFRÂNIO BENEDITO SILVA BERNARDES

Parecerista

PARECER CRM-PR Nº 2660/2018

Aprovado e homologado

Sessão Plenária nº 4707, de 21/05/2018.

DOCUMENTOS REFERENTES AO PROCESSO DE MORTE ENCEFÁLICA

DOCUMENTS RELATED TO THE PROCESS OF BRAIN DEATH

*Nazah Cherif Mohamad Youssef **

Palavras-chave – *Morte encefálica, critérios, diagnóstico, transplantes, legislação.*

Keywords – *Encephalic death, criteria, diagnosis, transplants, legislation.*

EMENTA

Resolução CFM nº 2173/2017. Diagnóstico de Morte Encefálica. Central Estadual de Transplantes.

CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, médica com atuação no Sistema Estadual de Transplantes do Paraná formulou consulta com o seguinte teor:

(...) “Considerando a recente publicação da Resolução CFM nº 2.173/2017, que define os critérios do diagnóstico de Morte Encefálica, trazendo inovações e alterações em relação à Resolução CFM nº 1480/1997, a qual foi revogada pelo novo texto. Diante disso, vimos

*Conselheira parecerista do CRM-PR.

solicitar os bons préstimos do Conselho Regional de Medicina do Paraná para avaliar se suas resoluções e pareceres referentes ao processo de diagnóstico de Morte Encefálica, anteriores à nova legislação federal, estão em acordo com o novo texto publicado pelo Conselho Federal de Medicina.

Destacamos que ao pesquisarmos os documentos publicados pelo CRM-PR, identificamos as seguintes resoluções e pareceres:

Resoluções: 82/1999 e 85/2000;

Pareceres: 1043/1998, 1232/2000, 1243/2000, 2101/2009, 2189/2010, 2517/2016, 2548/2017, 2549/2017.

Assim, solicitamos seu auxílio para que, caso entendam necessário, realizem a avaliação destes e de quaisquer outros documentos referentes ao processo de diagnóstico de Morte Encefálica e caso julguem conveniente, realizem sua alteração ou revogação”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A Resolução CFM nº 2.173/2017 traz para a boa prática médica os novos critérios brasileiros a serem utilizados para o diagnóstico de Morte Encefálica. As alterações implementadas em relação à antiga Resolução CFM nº 1480/1997 são de extrema importância, porque deixam claros os procedimentos que antes eram duvidosos.

Enfatizamos o seguinte:

- a) Os procedimentos para determinação de Morte Encefálica (ME) são obrigatórios em todos os pacientes que tenham coma não perceptivo e apneia persistente, independentemente da condição de doador ou não de órgãos e tecidos, inclusive para pacientes em cuidados paliativos, e isso deve, obrigatoriamente, ser notificado à Central Estadual de Transplantes;
- b) Os pré-requisitos incluem que a observação e o tratamento em hospital do paciente com suspeita de ME deve ser de no mínimo 6 horas e, em casos de encefalopatia hipoxico-isquêmica, este período deve ser de no mínimo 24 horas;
- c) Ainda em relação aos pré-requisitos, os dados vitais mínimos para a abertura do protocolo de ME também foram estabelecidos: temperatura maior que 35º C; saturação arterial de oxigênio maior que 94%; pressão arterial sistólica maior ou igual a 100 mmHg ou pressão arterial média maior ou igual a 65 mmHg em adultos (em menores de 16 anos, há tabela própria para os níveis de pressão arterial);

- d) Continua havendo necessidade de dois exames clínicos, um teste de apneia e um exame complementar para diagnóstico de ME;
- e) O intervalo entre os dois exames clínicos deve ser de no mínimo 1 hora;
- f) Os exames clínicos devem ser realizados por médicos capacitados para realizar o diagnóstico. O médico é considerado capacitado, quando tem no mínimo 1 ano de experiência, no atendimento de pacientes em coma, e que tenha acompanhado ou realizado pelo menos dez determinações de Morte Encefálica; ou que tenha realizado curso de capacitação. Um deles deverá ter uma das especialidades seguintes: medicina intensiva, medicina intensiva pediátrica, neurologia, neurologia pediátrica, neurocirurgia ou medicina de emergência. Se, em algum hospital, não houver algum dos especialistas citados, os exames clínicos podem ser realizados por dois médicos capacitados. O Diretor Técnico do hospital deve indicar os médicos capacitados para o exame clínico e para os exames complementares.
- g) Na presença de alterações morfológicas que impossibilitem a avaliação bilateral dos reflexos fotomotor, corneopalpebral, oculocefálico ou vestibulo-calórico, é possível prosseguir as demais etapas do diagnóstico, desde que em um dos lados se constate a ausência de reflexo;
- h) O registro de todas as etapas deve estar, no prontuário médico do paciente e no Termo de Declaração de Morte Encefálica, disponibilizado pela Central Estadual de Transplantes;
- i) A data do óbito a ser colocada na Declaração de Óbito é o momento da conclusão do último procedimento para determinação da ME.

No Paraná, ficam revogadas as Resoluções CRM-PR nº 82/1999 e nº 85/2000, e os Pareceres CRM-PR nº 1043/1998, nº 1232/2000, nº 1243/2000, nº 2189/2010 e nº 2548/2017, uma vez que a nova Resolução CFM nº 2.173/2017 traz as determinações inovadas e atualizadas.

Continuamos a considerar válidos os Pareceres CRM-PR nº 2101/2009 e nº 2549/2017.

CONCLUSÃO

O Conselho Regional de Medicina do Paraná enfatiza a todos os médicos do Estado que é obrigatória a abertura do Protocolo de Morte Encefálica para todos os pacientes em coma não perceptivo e apneia persistente, independentemente da condição de doador ou não de órgãos e tecidos, inclusive para pacientes em cuidados paliativos, assim como é obrigatória a Notificação do Caso para Central Estadual de Transplantes.

A Resolução CFM 2.173/2017 deve ser seguida rigorosamente em todos os seus passos, com a colaboração e a capacitação das equipes médicas, além do empenho da Direção Técnica das instituições hospitalares.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 05 de março de 2018.

CONS^a NAZAH CHERIF MOHAMAD YOUSSEF

Parecerista

PARECER nº 2644/2018

Aprovado e homologado

Sessão Plenária nº 4649, de 05/03/2018.

IMPORTANTE: Este Parecer contribuiu para a revogação das Resoluções CRM-PR nº 82/1999 e nº 85/2000.

AUTONOMIA DO FONOAUDIÓLOGO E CONFLITO COM ATO MÉDICO

AUTONOMY OF SPEECH THERAPIST AND CONFLICT WITH MEDICAL ACT

*Fernando Cesar Abib **

Palavras-chave – *Fonoaudiologia, ato médico, exame, diagnóstico, competência.*

Keywords – *Speech-language pathology, medical act, examination, diagnosis, competence.*

EMENTA

A autonomia do fonoaudiólogo para “avaliar, solicitar e realizar exame, diagnóstico, tratamento e pesquisa” fica vinculada à participação de um profissional médico.

CONSULTA

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

“A presente é para informar o recebimento do documento em anexo. Enviado pelo Conselho Regional de Fonoaudiologia, que diz respeito à autonomia do fonoaudiólogo, conforme se destaca no item III: “avaliar, solicitar e realizar exame, diagnóstico, tratamento e pesquisa”. Diante disso, esta operadora solicita a análise do conteúdo do referido documento, e orientação quanto à existência de conflito com o ato médico”.

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

No Código de Ética de Fonoaudiologia de 18 de fevereiro de 2016, tem-se no Capítulo III Dos Direitos Gerais:

Art. 4º “É da competência do Fonoaudiólogo e de profissionais habilitados na forma da legislação específica: ... b) **participar de equipes de diagnóstico**, realizando a avaliação da comunicação oral e escrita, voz e audição”;

No Código de Ética de Fonoaudiologia tem-se:

Art. 5º “Constituem direitos gerais do fonoaudiólogo, nos limites de sua competência e atribuições:

II - Exercer a profissão com ampla autonomia e liberdade de convicção;

III - Avaliar, solicitar e realizar exame, diagnóstico, tratamento e pesquisa; emitir declaração, parecer, atestado, laudo e relatório; exercer docência, responsabilidade técnica, assessoramento, consultoria, coordenação, administração, orientação; realizar perícia, auditoria e demais procedimentos necessários ao exercício pleno da atividade, **observando as práticas reconhecidas e as legislações vigentes no país**; (grifo meu).

IX - Determinar com autonomia o tempo de atendimento e o prazo de tratamento ou serviço, desde que não acarrete prejuízo à qualidade do serviço prestado, **com o objetivo de preservar o bem-estar do cliente e de respeitar a legislação vigente**; (grifo meu)”.

Nos parágrafos III e IX, **evoca-se o respeito à legislação vigente** e a lei citada pela requerente, onde se tem:

“A Resolução CFM nº 1.668/2003 dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência”.

O Processo-Consulta do Conselho Federal de Medicina Nº 30/96 disciplina que toda equipe de saúde deve ser chefiada por médico.

A Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, dispõe sobre o exercício da Medicina e nela tem-se que:

Art. 3º “O médico integrante da equipe de saúde que assiste o indivíduo ou a coletividade atuará em mútua colaboração com os demais profissionais de saúde que a compõem. Do Art. 4º São atividades privativas do médico”.

No **§ 3º**, está especificado que: “As doenças, para os efeitos desta Lei, encontram-se referenciadas na versão atualizada da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Considerando o Código de Ética de Fonoaudiologia que reza ser da competência do Fonoaudiólogo e de profissionais habilitados na forma da legislação específica, participar de equipes de diagnóstico, a autonomia do fonoaudiólogo para “avaliar, solicitar e realizar exame, diagnóstico, tratamento e pesquisa” fica vinculada à atuação de um profissional médico, em respeito ao Processo-Consulta CFM nº 30/96, à Resolução CFM nº 1.668/2003 e à Lei nº 12.842 de 10 de julho de 2013.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 21 de maio de 2018.

CONS. FERNANDO CESAR ABIB

Parecerista

Parecer nº N° 2661/2018

Aprovado e homologado

Sessão Plenária nº 4707, de 21/05/2018.

BRASÍLIO VICENTE DE CASTRO, UM DOS PRIMEIROS PRESIDENTES DO CRM-PR

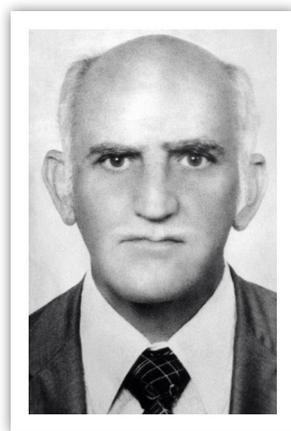
BRASÍLIO VICENTE DE CASTRO, ONE OF THE FIRST PRESIDENTS OF CRM-PR

*Ehrenfried Othmar Wittig**

Palavras-chave – *Pioneiros, conselho, medicina, memória.*

Keywords – *Pioneers, advice, medicine, memory.*

O Professor Brasília Vicente de Castro compôs o segundo grupo de conselheiros eleitos de forma direta, cumprindo gestão no período de novembro de 1963 a novembro de 1968. Nos primeiros 25 meses ele foi vice-presidente, sucedendo ao também Prof. Ernani Simas Alves na jornada seguinte. Foi, deste modo, o quinto dirigente maior da autarquia, incluindo o Prof. Milton Macedo Munhoz, que primeiro ocupou a função na condição de provisório, sob indicação da diretoria da Associação Médica do Paraná e tendo a missão de fazer a constituição legal do Conselho.



Nascido em 26 de junho de 1913, em Ponta Grossa, foi precursor do exercício da Medicina em sua família, tendo se formado em dezembro de 1934 pela Universidade Federal do Paraná, onde também se tornaria integrante do corpo docente. O

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

irmão Sebastião Vicente de Castro (CRM 418), nascido em 1921, graduou-se em 1944 pela mesma UFPR e também ajudou na formação de muitos médicos, sendo de sua autoria o livro “Anatomia Fundamental”, que passou a ser conhecido como “Sebastiãozinho” e se constituiu em referência em determinada época no ensino de anatomia. Do mesmo ramo da família ainda aparecem o Dr. Joaquim Vicente de Castro, registro n.º 2 do Conselho e nascido no mesmo ano que o Dr. Vicente; e Fernando Bley Vicente de Castro (CRM 31.097), da nova geração

Um dos filhos do ex-presidente do CRM-PR também seguiu seus passos na Medicina. O Dr. Brasília Vicente de Castro Filho (CRM 2.816), nascido em Curitiba, formou-se em 1970 pela Católica e continua em plena atividade em São José dos Pinhais, onde é cidadão honorário. Também é diretor de uma unidade hospitalar e já foi secretário municipal de saúde. Pai e filho conquistaram grande respeito da comunidade, sendo incluídos em referencial numa pesquisa de estudantes entre as 100 personalidades do Paraná. O Prof. Brasília empresta o nome a vários logradouros públicos na Grande Curitiba, incluindo uma escola estadual na CIC e uma rua no bairro Campo Comprido.

O eminente médico foi chefe do Departamento de Ciências Morfológicas da Federal, que depois ganhou o nome de Departamento de Anatomia. Foi por sua iniciativa que, em 1976, começou o planejamento do projeto que deu origem, meia década depois, ao curso de pós-graduação em Biologia Celular e Molecular. Em 2005, na passagem do 25.º aniversário do programa, a universidade prestou nova homenagem ao mentor. Ele também foi fundador e professor da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Católica do Paraná (PUC). Ainda foi oficial médico do Exército, alcançando a patente de tenente-coronel

Em 1974, por sua proximidade com os alunos, ele foi o professor entrevistado para o destaque da edição inaugural do jornal acadêmico *latros*, que propunha ser quinzenal e integrar os alunos da Federal, Católica e Evangélica, mas ficou logo pelo caminho sufocado pelos ares da ditadura militar. Na oportunidade, falou sobre a maneira como a reforma universitária influenciou no ensino da anatomia na Federal e também deu conselhos sobre fontes de consultas. Numa mensagem final à formação médica, asseverou: “Nós dependemos muito da cooperação do estudante, que deve compreender que o Brasil é um país em amplo desenvolvimento e necessita de seu apoio”.

O ex-presidente do Conselho faleceu em 8 de maio de 1978, aos 64 anos.



EMC
EDUCAÇÃO
MÉDICA
CONTINUADA

Já começou!

ACOMPANHE A AGENDA DOS EVENTOS PELO SITE

TRANSMISSÃO ONLINE PARA TODO O BRASIL

EVENTOS ABERTOS A MÉDICOS E ESTUDANTES DE MEDICINA*

CURSOS, MÓDULOS DE CAPACITAÇÃO, SIMPÓSIOS, SEMINÁRIOS,
MESAS-REDONDAS, PALESTRAS, JULGAMENTOS SIMULADOS E MUITO MAIS.

WWW.CRM-PR.ORG.BR

FACEBOOK.COM/CRM-PR | (41) 3240-4000 | 3240-4045 | EVENTOS@CRM-PR.ORG.BR



CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

* Conforme o tema, alguns eventos são abertos ao público em geral. Acompanhe pelo site.

ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

ISSN 2238 - 2070

