

ARQUIVOS
do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

CORREIOS
IMPRESSO ESPECIAL
3600137001 - DR/PR
CRM PR

IMPRESSO

v. 19 - n. 76 out./dez. - 2002

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
GESTÃO 1998/2003**

**DIRETORIA
(2001-2003)**

Presidente:	Cons. Luiz Sallim Emed
Vice-Presidente:	Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
1ª. Secretária:	Consª. Marília Cristina Milano Campos
2ª. Secretária:	Consª. Mariângela Batista Galvão Simão
Tesoureiro:	Cons. Roberto Bastos da Serra Freire
Tesoureiro Adjunto:	Cons. Gerson Zafalon Martins
Corregedora:	Consª. Raquele Rotta Burkiewicz

MEMBROS EFETIVOS

Carlos Ehke Braga Filho
Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Daebes Galati Vieira
Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Gerson Zafalon Martins
Hélcio Bertolozzi Soares
José Luis de Oliveira Camargo
Kemel Jorge Chammas
Luiz Sallim Emed
Marcos Flávio Gomes Montenegro
Mariângela Batista Galvão Simão
Marília Cristina Milano Campos
Mauri José Piazza
Monica de Biese Wright Kastrup
Raquele Rotta Burkiewicz
Roberto Bastos da Serra Freire
Rubens Kliemann
Sérgio Maciel Molteni
Waldir Rúpollo
Zacarias Alves de Souza Filho

MEMBROS SUPLENTE

Antonio Carlos de Andrade Soares
Célia Inês Burgardt
Cícero Lotário Tironi
José Eduardo de Siqueira
Lucia Helena Coutinho dos Santos
Luiz Antonio e Mello Costa
Luiz Jacintho Siqueira
Manoel de Oliveira Saraiva Neto
Marco Antonio do S. M. Ribeiro Bessa
Mario Stival
Minao Okawa
Niazy Ramos Filho
Nilson Jorge de Mattos Pellegrini
Orlando Belin Júnior
Renato S. Rocco
Sylvio José Borela

Consultor Jurídico: Adv. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque
Assessor Jurídico: Adv. Afonso Proença Branco Filho

SECRETARIA

R. Mal. Deodoro, 497 - 3º Andar - Cx. Postal 2208 - Curitiba - Paraná - CEP 80020-320
Telefone: (41) 322-8238 - Fax: (41) 322-8465

ISSN 0104 - 7620

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR

Curitiba

v. 19

n. 76

p. 169-232

Out/Dez.

2002

EDITOR

Ehrenfried O. Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Donizetti D. Giamberardino Filho
Hernani Vieira

Ehrenfried O. Wittig
João M. C. Martins

Eloi Zanetti
Luiz Sallin Emed

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

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

ENDEREÇOS

Secretaria Rua Marechal Deodoro, 497. 3º andar
80020-320 Curitiba - Paraná - Brasil

e-mail Geral : crmpr@crmpr.org.br
Secretaria/Diretoria: secdir@crmpr.org.br
Assessoria Jurídica: aj@crmpr.org.br
Cofep: cofep@crmpr.org.br
Biblioteca: biblioteca@crmpr.org.br
Home-Page www.crmpr.org.br

Postal Caixa Postal 2208
Telefone 0 xx 41 322-8238
Fax 0 xx 41 322-8465

TIRAGEM

14.400 exemplares

CAPA

Criação: José Oliva, Eduardo Martins e Cesar Marchesini Fotografia: Bia

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO

Serzegraf Indústria e Editora Gráfica Ltda.

Rua Bartolomeu Lourenço Gusmão, 339 - Vila Hauer - CEP 81610-060 - Curitiba - PR

Fone: (0xx41) 3026-9460 Fax: (0xx41) 3026-9463

Http://www.serzegraf.com.br E-mail: comercial@serzegraf.com.br

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 material 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 do Conselho Regional de Medicina do Paraná. Os "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", são encaminhados gratuitamente à todos os Médicos registrados no Conselho Regional de Medicina do Paraná, às bibliotecas dos Cursos de Medicina e dos Cursos de Direito do Brasil, ao Conselho Federal de Medicina, aos Conselhos Regionais de Medicina, aos Conselhos Regionais da Área de Saúde do Paraná e outros solicitantes.

NORMAS PARA OS AUTORES

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

TEXTO - os originais devem ser encaminhados ao editor, digitados em software Microsoft Word 97 for Window, em uma via, com página contendo 30 linhas em duplo espaço, em papel tipo A4 (212 x 297 mm) com margens de 30 mm e numeração das páginas no canto inferior direito da página direita e a esquerda na página esquerda. Os pareceres, leis, resoluções, monografias, transcrições, terão as palavras-chaves e key words inseridas no final do texto, que evidentemente não seguirão as normas para artigos técnicos ou científicos habituais. Esses devem conter inicialmente uma apresentação seguindo-se um resumo e abstract, palavras-chave e key words, texto, tabelas, ilustrações e referências bibliográficas, adotando as seguintes normas:

Título - sintético e preciso, em português.

Autor(es) - nome(s) e sobrenome(s)

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 para correspondência sobre o artigo.

Resumo e Abstract - Um máximo de 100 palavras permitindo o entendimento do conteúdo do artigo, externando o motivo do estudo, material e método, resultado, conclusão. O resumo e o abstract devem ter o título do trabalho em português e ingles, encima do texto.

Palavras-chave (unitermos) e key words - devem ser colocadas abaixo do resumo e do abstract em número máximo de 6 títulos.

Tabelas - podem ser intercaladas no texto com até 5 unidades, se de pequenas dimensões. Em cada uma deve constar um número de ordem, título e legenda, e deverão ser elaboradas em software Microsoft Excel 97 for Windows.

Ilustrações (Fotos e Gráficos) - serão em preto e branco, em número máximo de até 6 e devem conter legendas em páginas separadas. Fotografias identificáveis de pessoas ou reproduções já publicadas, devem ser encaminhadas com a autorização para publicação. Ilustrações coloridas serão custeadas pelos autores.

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 dos 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). 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, 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 322-8238.

ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

FICHA CATALOGRÁFICA

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, v. 19, n.76, 2002

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 0104-7620

ABNT

Sumário

RESOLUÇÕES

Prontuário Médico. Normas Técnicas Para Sistemas Informatizados	
Resolução CFM	169
Prontuário Médico. Comissão de Revisão de Prontuários	
Resolução CFM	174
Eletroconvulsoterapia	
Resolução CFM	177
Proibida Emissão de Atestado de Óbito se Houve Atendimento Por Não-Médico	
Resolução CFM	186
Normas Para Exames Médico-Periciais de Corpo de Delito	
Resolução CFM	188
Autorizada Laqueadura em Deficiente Mental	
Nota	189
Normas Para Exame de Aptidão Física e Mental Para Condutores de Veículos	
Resolução CFM	190
Telemedicina	
Resolução CFM	192

PARECERES

Responsabilidades e Normas Éticas na Utilização da Telemedicina	
Parecer CFM	194
Uso da Terapia Hiperbárica na Isquemia e Infartos Cerebrais	
Parecer CFM	202
Inscrição de Técnico de Laboratório Médico e Técnico de Patologia Clínica nos Conselhos de Medicina	
Parecer CFM	208
Autonomia do Médico Perito	
Parecer CFM	211
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial	
Parecer CFM	214
Questionamentos Referentes à Atuação do Acadêmico de Medicina na Realização de Atos Médicos	
Parecer CFM	216
Direito de Internação do Cirurgião-Dentista	
Parecer CFM	218
Mudança de Nome e de Sexo	
Nota	219
Crianças Portadoras de HIV - Como/Quando/Quem Deve Informar o Paciente Sobre a Doença	
Parecer CFM	220

ARTIGOS

A Conciliação e o Código de Processo Ético-Profissional dos Conselhos de Medicina do Brasil	
Parecer CFM	223

HISTÓRIA

História da Medicina	
Ehrenfried O. Wittig	225
Índice Remissivo dos Números 73 a 76/2002	226

PRONTUÁRIO MÉDICO NORMAS TÉCNICAS PARA SISTEMAS INFORMATIZADOS

Resolução CFM*

Aprova as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências.

Palavras-chave: prontuário médico, sistemas informatizados, normas técnicas, internet, segredo médico

MEDICAL CHART. TECHNICAL REGULATIONS FOR COMPUTER SYSTEMS

Key words: internet, digital systems, medical confidentiality

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitado por ele ou seu representante legal, permitam o fornecimento de cópias autênticas das informações a ele pertinentes;

CONSIDERANDO o teor da Resolução CFM n.º 1.605/2000, que dispõe sobre o fornecimento das informações do prontuário à autoridade judiciária requisitante;

CONSIDERANDO que o sigilo profissional, que visa preservar a privacidade do indivíduo, deve estar sujeito às normas estabelecidas na legislação e no Código de Ética Médica, independente do meio utilizado para o armazenamento dos dados no prontuário, seja eletrônico ou em papel;

CONSIDERANDO o volume de documentos armazenados pelos estabelecimentos de saúde e consultórios médicos em decorrência da necessidade de manutenção dos prontuários;

CONSIDERANDO os avanços da tecnologia da informação e de telecomunicações, que oferecem novos métodos de armazenamento e de transmissão de dados;

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM n.º 1.638/2002, de 10 de julho de 2002, que define prontuário médico e cria as Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM n.º 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar as “Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico”, anexas à esta resolução, possibilitando a elaboração e o arquivamento do prontuário em meio eletrônico.

Art. 2º - Estabelecer a guarda permanente para os prontuários médicos arquivados eletronicamente em meio óptico ou magnético, e microfilmados.

Art. 3º - Recomendar a implantação da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos em todas as unidades que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de prontuários médicos, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira (a Resolução CONARQ n.º 7/97, a NBR n.º 10.519/88, da ABNT, e o Decreto n.º 4.073/2002, que regulamenta a Lei de Arquivos – Lei n.º 8.159/91).

Art. 4º - Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários médicos em suporte de papel.

Parágrafo único – Findo o prazo estabelecido no *caput*, e considerando o valor secundário dos prontuários, a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, após consulta à Comissão de Revisão de Prontuários, deverá elaborar e aplicar critérios de amostragem para a preservação definitiva dos documentos em papel que apresentem informações relevantes do ponto de vista médico-científico, histórico e social.

Art. 5º - Autorizar, no caso de emprego da microfilmagem, a eliminação do suporte de papel dos prontuários microfilmados, de acordo com os procedimentos previstos na legislação arquivística em vigor (Lei n.º 5.433/68 e Decreto n.º 1.799/96), após análise obrigatória da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 6º - Autorizar, no caso de digitalização dos prontuários, a eliminação do suporte de papel dos mesmos, desde que a forma de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça à norma específica de digitalização contida no anexo desta resolução e após análise obrigatória da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 7º - O Conselho Federal de Medicina e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), mediante convênio específico, expedirão, quando solicitados,

a certificação dos sistemas para guarda e manuseio de prontuários eletrônicos que estejam de acordo com as normas técnicas especificadas no anexo a esta resolução.

Art. 8º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º - Fica revogada a Resolução CFM n.º 1.331/89 e demais disposições em contrário.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente CFM

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral CFM

NORMAS TÉCNICAS PARA O USO DE SISTEMAS INFORMATIZADOS PARA A GUARDA E MANUSEIO DO PRONTUÁRIO MÉDICO

I. Integridade da Informação e Qualidade do Serviço – O sistema de informações deverá manter a integridade da informação através do controle de vulnerabilidades, de métodos fortes de autenticação, do controle de acesso e métodos de processamento dos sistemas operacionais conforme a norma ISO/IEC 15408, para segurança dos processos de sistema.

II. Cópia de Segurança – Deverá ser feita cópia de segurança dos dados do prontuário pelo menos a cada 24 horas. Recomenda-se que o sistema de informação utilizado possua a funcionalidade de forçar a realização do processo de cópia de segurança diariamente. O procedimento de *back-up* deve seguir as recomendações da norma ISO/IEC 17799, através da adoção dos seguintes controles:

- a. Documentação do processo de *backup/restore*;
- b. As cópias devem ser mantidas em local distante o suficiente para livrá-las de danos que possam ocorrer nas instalações principais;
- c. Mínimo de três cópias para aplicações críticas;
- d. Proteções físicas adequadas de modo a impedir acesso não autorizado;
- e. Possibilitar a realização de testes periódicos de restauração.

I. Bancos de Dados – Os dados do prontuário deverão ser armazenados em sistema que assegure, pelo menos, as seguintes características:

- a. Compartilhamento dos dados;
- b. Independência entre dados e programas;
- c. Mecanismos para garantir a integridade, controle de conformidade e validação dos dados;
- d. Controle da estrutura física e lógica;
- e. Linguagem para a definição e manipulação de dados (SQL – *Standard Query Language*);
- f. Funções de auditoria e recuperação dos dados.

I. Privacidade e Confidencialidade – Com o objetivo de garantir a privacidade, confidencialidade dos dados do paciente e o sigilo profissional, faz-se necessário que o sistema de informações possua mecanismos de acesso restrito e limitado a cada perfil de usuário, de acordo com a sua função no processo assistencial:

Recomenda-se que o profissional entre pessoalmente com os dados assistenciais do prontuário no sistema de informação;

a. A delegação da tarefa de digitação dos dados assistenciais coletados a um profissional administrativo não exige o médico, fornecedor das informações, da sua responsabilidade desde que o profissional administrativo esteja inserindo estes dados por intermédio de sua senha de acesso;

b. A senha de acesso será delegada e controlada pela senha do médico a quem o profissional administrativo está subordinado;

c. Deve constar da trilha de auditoria quem entrou com a informação;

d. Todos os funcionários de áreas administrativas e técnicas que, de alguma forma, tiverem acesso aos dados do prontuário deverão assinar um termo de confidencialidade e não-divulgação, em conformidade com a norma ISO/IEC 17799.

I. Autenticação – O sistema de informação deverá ser capaz de identificar cada usuário através de algum método de autenticação. Em se tratando de sistemas de uso local, no qual não haverá transmissão da informação para outra instituição, é obrigatória a utilização de senhas. As senhas deverão ser de no mínimo 5 caracteres, compostos por letras e números. Trocas periódicas das senhas deverão ser exigidas pelo sistema no período máximo de 60 (sessenta) dias. Em hipótese alguma o profissional poderá fornecer a sua senha a outro usuário, conforme preconiza a norma ISO/IEC 17799. O sistema de informações deve possibilitar a criação de perfis de usuários que permita o controle de processos do sistema.

II. Auditoria – O sistema de informações deverá possuir registro (*log*) de eventos, conforme prevê a norma ISO/IEC 17799. Estes registros devem conter:

a. A identificação dos usuários do sistema;

b. Datas e horários de entrada (*log-on*) e saída (*log-off*) no sistema;

c. Identidade do terminal e, quando possível, a sua localização;

d. Registro das tentativas de acesso ao sistema, aceitas e rejeitadas;

e. Registro das tentativas de acesso a outros recursos e dados, aceitas e rejeitadas.

f. Registro das exceções e de outros eventos de segurança relevantes devem ser mantidos por um período de tempo não inferior a 10 (dez) anos, para auxiliar em investigações futuras e na monitoração do controle de acesso.

I. Transmissão de Dados – Para a transmissão remota de dados identificados do prontuário, os sistemas deverão possuir um certificado digital de aplicação única emitido por uma AC (Autoridade Certificadora) credenciada pelo ITI responsável pela AC Raiz da estrutura do ICP-Brasil, a fim de garantir a identidade do sistema.

II. Certificação do *software* – A verificação do atendimento destas normas poderá ser feita através de processo de certificação do *software* junto ao CFM, conforme especificado a seguir.

III. Digitalização de prontuários - Os arquivos digitais oriundos da digitalização do prontuário médico deverão ser controlados por módulo do sistema especializado que possua as seguintes características.

a. Mecanismo próprio de captura de imagem em preto e branco e colorida independente do equipamento *scanner*;

- b. Base de dados própria para o armazenamento dos arquivos digitalizados;
- c. Método de indexação que permita criar um arquivamento organizado, possibilitando a pesquisa futura de maneira simples e eficiente;
- d. Mecanismo de pesquisa utilizando informações sobre os documentos, incluindo os campos de indexação e o texto contido nos documentos digitalizados, para encontrar imagens armazenadas na base de dados;
- e. Mecanismos de controle de acesso que garantam o acesso a documentos digitalizados somente por pessoas autorizadas.

CERTIFICAÇÃO DOS SISTEMAS INFORMATIZADOS PARA A GUARDA E MANUSEIO DO PRONTUÁRIO MÉDICO

Todas as pessoas físicas, organizações ou empresas desenvolvedoras de sistemas informatizados para a guarda e manuseio do prontuário médico que desejarem obter a certificação do CFM e da SBIS deverão cumprir os seguintes passos:

1. Responder e enviar, via Internet, o questionário básico, disponível na página do CFM: <http://www.cfm.org.br/certificacao>;

2. O questionário remetido será analisado pelo CFM/SBIS, que emitirá um parecer inicial aprovando ou não o sistema proposto. Este parecer será enviado, via Internet, ao postulante;

3. Caso aprovado, os sistemas de gestão de consultórios e pequenas clínicas (sistemas de menor complexidade) deverão ser encaminhados à sede do CFM para análise. Os sistemas de gestão hospitalar ou de redes de atenção à saúde (sistemas de maior complexidade) que não possam ser enviados serão analisados "in loco" (sob a responsabilidade do CFM/SBIS);

4. O processo de avaliação consistirá na análise do cumprimento das normas técnicas acima elencadas. A aprovação do sistema estará condicionada ao cumprimento de todas as normas estabelecidas;

5. Em caso de não-aprovação do sistema, serão especificados os motivos para que as reformulações necessárias sejam encaminhadas;

6. Uma vez aprovado o sistema na versão analisada, além do documento de certificação o CFM e a SBIS emitirão um selo digital de qualidade que poderá ser incorporado na tela de abertura do sistema;

7. A tabela de custos para o processo de certificação dos sistemas de informação de prontuário eletrônico encontra-se disponível no site <http://www.cfm.org.br/certificacao>;

8. A certificação deverá ser revalidada a cada nova versão do sistema, seguindo os mesmos trâmites anteriormente descritos.

Retificação em 26 de agosto de 2002.

Na Resolução CFM nº 1639 de 10 de julho de 2002, publicado no D.O.U. de 12 de agosto de 2002, sessão 7, pág, 124 - no artigo 3º onde se lê: decreto nº 4037/2002 - leia-se: decreto nº 4073/2002.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente CFM

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral CFM

Resolução CFM n.º 1639/2002
Publicado em D.O.U. em 12/08/2002

PRONTUÁRIO MÉDICO COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Resolução CFM*

“Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde”.

Palavras-chave: prontuário médico, definição, comissão de revisão de prontuários, atribuições

MEDICAL CHARTS. CHARTS REVIEW COMMISSION

Key words: medical charts, charts revision committee

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal;

CONSIDERANDO que compete à instituição de saúde e/ou ao médico o dever de guarda do prontuário, e que o mesmo deve estar disponível nos ambulatórios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional;

CONSIDERANDO que as instituições de saúde devem garantir supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas;

CONSIDERANDO que para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário devem prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica;

CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM n.º 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002.

* Conselho Federal de Medicina

RESOLVE:

Art. 1º - Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de carácter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 2º - Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

I. Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;

II. À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;

III. À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3º - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4º - A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Art. 5º - Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

a. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos

realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

I. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Art. 6º - A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 7º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 10 de julho de 2002

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

Resolução CFM n.º 1638/2002
Publicado em D.O.U. em 09/08/2002

Agradecimentos

Aos Drs. Luciano de Paola e Francisco M. B. Germiniani,
pelo auxílio nas key words.

ELETROCONVULSOTERAPIA

Resolução CFM*

Dispõe sobre a eletroconvulsoterapia e dá outras providências.

Palavras-chave: eletroconvulsoterapia, ato médico, ato hospitalar, anestesia, normas

ELETROCONVULSOTHERAPY

Key words: eletroconvulsive therapy, anesthesia

O Conselho Federal de Medicina no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.405, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que a Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, assegura os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental sem qualquer forma de discriminação;

CONSIDERANDO que as Resoluções CFM n.º 1.408, de 8 de junho de 1994, e n.º 1.598, de 9 de agosto de 2000, versam sobre a assistência aos pacientes psiquiátricos e visam salvaguardar os princípios ético-profissionais no atendimento aos portadores de transtornos mentais;

CONSIDERANDO que a Resolução CFM n.º 1.627, de 23 de outubro de 2001, define o ato profissional do médico;

CONSIDERANDO as Resoluções CFM n.º 1.363, de 22 de março de 1993, e n.º 1.409, de 14 de junho de 1994, que normatizam, respectivamente, os procedimentos exercidos pelos médicos anesthesiologistas e pelos médicos que praticam atos cirúrgicos e/ou endoscópicos em regime ambulatorial;

CONSIDERANDO a Resolução CFM n.º 1.246, de 8 de janeiro de 1988, que aprova o Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO o Parecer CFM n.º 43/2001, de 21 de novembro de 2001, acerca do Projeto de Lei n.º 4.901/2001, de autoria do sr. deputado federal Marcos Rolim, que propõe a regulamentação restritiva da eletroconvulsoterapia e dá outras providências;

CONSIDERANDO a necessidade de se instituir normas relativas ao procedimento da eletroconvulsoterapia, estabelecendo indicações e condições técnicas em que deve ser realizado;

CONSIDERANDO o que foi decidido pela Câmara Técnica de Psiquiatria e aprovado em Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina, realizada em 10.7.02;

RESOLVE:

Art.1º - A eletroconvulsoterapia (ECT), como método terapêutico eficaz, seguro, internacionalmente reconhecido e aceito, deve ser realizada em ambiente hospitalar.

* Conselho Federal de Medicina

Art. 2º - O emprego da eletroconvulsoterapia é um ato médico, o que faz com que sua indicação, realização e acompanhamento sejam de responsabilidade dos profissionais médicos que dela participarem.

Art. 3º - O consentimento informado deverá ser obtido do paciente, por escrito, antes do início do tratamento.

Parágrafo primeiro - Nas situações em que o paciente não apresentar condições mentais e/ou etárias necessárias para fornecer o consentimento informado, este poderá ser obtido junto aos familiares ou responsáveis pelo mesmo.

Parágrafo segundo - Nas situações em que não houver possibilidade de se obter o consentimento informado junto ao paciente, sua família ou responsável, o médico que indicar e/ou realizar o procedimento tornar-se-á responsável pelo mesmo, devendo reportar-se ao diretor técnico da instituição e registrar o procedimento no prontuário médico.

Art. 4º - O médico investido na função de direção deverá assegurar as condições necessárias e suficientes para a realização do procedimento, tais como: instalações físicas, recursos humanos, aparelhagem e equipamentos tecnicamente adequados.

Art. 5º - A avaliação do estado clínico do paciente antes da eletroconvulsoterapia é obrigatória, em especial as condições cardiovasculares, respiratórias, neurológicas, osteoarticulares e odontológicas.

Art. 6º - A eletroconvulsoterapia só poderá ser realizada sob procedimento anestésico seguindo as orientações constantes na Resolução CFM n.º 1.363/93.

Art. 7º - O tratamento só poderá ser realizado em local que assegure a privacidade.

Art. 8º - Os aparelhos de ECT a serem utilizados deverão ser, preferencialmente, máquinas de corrente de pulsos breves e com dispositivo de ajuste da corrente.

Parágrafo único - As máquinas de corrente de ondas sinusoidais e com dispositivos de ajuste da voltagem deverão ser progressivamente substituídas pelas supracitadas.

Art. 9º - A eletroconvulsoterapia tem indicações precisas e específicas, não se tratando, por conseguinte, de terapêutica de exceção.

Parágrafo primeiro - Suas principais indicações são: depressão maior unipolar e bipolar; mania (em especial, episódios mistos e psicóticos); certas formas de esquizofrenia (em particular, a forma catatônica), certas formas agudas e produtivas

resistentes aos neurolépticos atuais; transtorno esquizoafetivo; certas condições mentais secundárias às condições clínicas (estados confusionais e catatônicos secundários a doenças tóxicas e metabólicas); certas formas de doença de Parkinson; pacientes que apresentam impossibilidade do uso de terapêutica psicofarmacológica.

Parágrafo segundo – O uso da eletroconvulsoterapia em crianças e adolescentes até 16 anos deverá ser evitado, salvo em condições excepcionais.

Art. 10º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 10 de julho de 2002.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

Resolução CFM n.º 1640/2002
Publicado no D.O.U. em 09/08/2002

ANEXO À RESOLUÇÃO CFM n.º 1.640/2000

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

Introdução e histórico

A eletroconvulsoterapia (abreviadamente, ECT) é um método terapêutico eficaz e seguro, histórica e internacionalmente reconhecido e aceito.

Desde sua introdução no arsenal terapêutico psiquiátrico, em 1938, por Ugo Cerletti e Luciano Bini, em substituição à convulsoterapia química de L. Von Meduna (1934), que empregava o Cardiazol visando obter convulsões epilêpticas com finalidade terapêutica em portadores de doenças mentais, tem sido consagrado como tratamento psiquiátrico da maior importância. Trata-se da única terapêutica biológica que se mantém universalmente aceita, não obstante o advento da era psicofarmacológica e de todos os avanços verificados nas neurociências.

A eletroconvulsoterapia não só permanece viva, respeitada e atualizada como também tem recebido os benefícios da farmacologia e da anestesiologia.

De fato, registra-se, no presente momento, renovado interesse por este tratamento por parte de muitos pesquisadores da vertente psiquiátrica biológica e neuropsiquiátrica. Esta espécie de renascimento em relação ao tema pode ser constatado mediante breve consulta aos recentes números do *"American Journal of Psychiatry"*, *"Archives of General Psychiatry"* e outros prestigiosos periódicos psiquiátricos. Existe até mesmo uma revista especializada, de circulação internacional, exclusivamente dedicada a este assunto – o *Journal of ECT*. Como decorrência, surgem novas aparelhagens, as boas condições clínicas dos pacientes são cada vez mais preservadas e previnem-se os possíveis acidentes e efeitos adversos observados no passado.

Um autor do porte de Max Fink chega a afirmar, em seu livro – *ECT – Restoring the Mind* (Oxford University Press, 1999), que: “o risco de morte durante o eletrochoque é um décimo daquele decorrente do parto normal, para as mães”.

Está evidente que ao longo de mais de 60 anos de sua utilização tenha havido mau uso ou mesmo abuso decorrentes de má prática médica por parte de alguns profissionais. Isto, porém, nunca chegou a invalidar ou mesmo comprometer os benefícios, muitas vezes heróicos e miraculosos, obtidos com o bom emprego desta técnica. Quantas vidas de pacientes, em estupor catatônico ou melancólico, foram salvas da morte por transtornos metabólicos e caquexia e quantos doentes com elevado risco de suicídio escaparam da autodestruição graças a este tratamento? Isto tem se verificado desde o início de seu uso nos anos 30, 40 e 50, em que grassava certo grau de “nihilismo terapêutico”, até o momento presente, no qual a indústria farmacêutica abarrota os vade-mécums médicos de novos produtos de pesquisa.

De sua má prática aproveitou-se a chamada “Antipsiquiatria”, um dos ramos bastardos, ao lado da Psiquiatria Política ou “politiquiatria”, da Psiquiatria Social, que emergiu após 1968, na esteira da “Contracultura”. Este movimento, apesar de todo o desgaste sofrido, ainda persistem “travestido” de outros nomes.

Estes são os grande detratores do eletrochoque e é contra eles que devem se dirigir os argumentos apresentados ao longo deste arrazoado.

Os psiquiatras atuantes e devidamente capacitados prescindirão totalmente de qualquer justificativa favorável à ECT, encontrada neste documento. Ninguém melhor do que eles poderá assumir a defesa deste método terapêutico, quer em decorrência da própria experiência clínica ou de uma boa prática baseada em evidências ou comprovações.

Aliás, como dizia Henri Ey, em seu magistral – *Défense et Illustration de la Psychiatrie* (Masson Éditeurs, 1978) e repetia sempre, de forma coloquial, o mestre José Lucena, não deveria existir uma “Antipsiquiatria” mas sim uma “Antimápsiquiatria”, embora ambos reconhecem o único aspecto salutar deste movimento: seu caráter antiasilar.

Está claro que ninguém de bom-senso, médico ou leigo, costuma se insurgir, contra o uso da corrente elétrica na Medicina em geral. Nem mesmo o choque elétrico do desfibrilador, que ressuscita pacientes em parada cardíaca, tem sido alvo de qualquer contestação.

Todavia, a deterioração do sistema assistencial em Psiquiatria, aliada à fragilidade dos conhecimentos científicos da especialidade e às peculiaridades do fato psiquiátrico com todas as suas implicações socioculturais e político-econômicas, possibilitaram a aparição e a tênue sobrevivência da Antipsiquiatria, algo inimaginável em qualquer outro ramo da Medicina. Torna-se praticamente impossível conceber-se uma “Anticardiologia”, uma “Antigastroenterologia”, uma “Antipneumologia” e assim por diante.

Considerações gerais

O emprego da eletroconvulsoterapia, o eletrochoque, é um ato médico, que pode ser realizado em ambiente hospitalar ou ambulatorial. Em seus primórdios foi uma técnica de uso preferencialmente hospitalar. Sua segurança e aplicação em largo escala, assim como a mudança ocorrida na política assistencial psiquiátrica,

com a queda do modelo hospitalocêntrico em favor dos recursos extra-hospitais, converteram-na em prática predominantemente ambulatorial.

(o parâmetro ficará com a seguinte redação)

O emprego da eletroconvulsoterapia, o eletrochoque, é um ato médico, que deve ser realizado exclusivamente em ambiente hospitalar.

Sua indicação terapêutica, realização e acompanhamento clínico são de total responsabilidade dos profissionais médicos (psiquiatras, clínicos gerais e anestesistas) que participam do procedimento.

A indicação e realização do tratamento não devem ser omitidas do paciente, nem tampouco o mesmo deve ser enganado através de eufemismos ou falsas explicações. Desta forma, antes do início do tratamento torna-se fundamental a obtenção, por escrito, de um consentimento informado do paciente conforme orientação da Bioética.

Nas situações em que o doente não apresentar condições mentais (por exemplo: psicóticos com graves distúrbios do juízo da realidade, em estado estuporoso, etc.) e/ou etárias: menores de 16 anos), necessárias para fornecer o consentimento informado, este poderá ser obtido junto aos familiares ou responsáveis pelo mesmo. E naquelas em que não houver possibilidade de se obter o consentimento informado junto ao enfermo, sua família ou responsável, o médico que indicar e ou realizar o procedimento tornar-se-á responsável pelo mesmo. Esta recomendação consagra o princípio da autonomia técnica dos médicos.

O profissional médico investido na função de direção do estabelecimento ou serviço onde o tratamento for processado o deverá assegurar as condições necessárias e suficientes para a realização do mesmo, tais como: instalações físicas adequadas, equipamentos novos ou com boa manutenção, recursos humanos habilitados e aparelhagem tecnicamente correta.

Mais uma vez busca-se oferecer ao paciente condições que lhe permitam sentir-se devidamente assistido, possibilitando a efetuação do tratamento em ambiente apropriado, sem riscos de danos físicos ou mentais e sem perda de sua privacidade. Em outros termos, deve-se evitar obrigatoriamente que o procedimento ocorra em ambientes coletivos ou enfermarias abertas, sem os equipamentos essenciais à preparação, acompanhamento do enfermo e execução do ato terapêutico.

A avaliação prévia do estado clínico do paciente que irá submeter-se à eletroconvulsoterapia é obrigatória, em especial as condições cardiovasculares, respiratórias, neurológicas, osteoarticulares e odontológicas. Em muitos casos, alguns exames complementares instrumentais (tais como ECG e EEG) deverão ser solicitados. Esta preocupação visa não-somente protegê-lo de possíveis danos oriundos especificamente do tratamento mas, sobretudo, prevenir complicações decorrentes da anestesia. Estas últimas, por sinal, mais freqüentes e complexas do que as decorrentes do próprio eletrochoque.

A eletroconvulsoterapia só poderá ser realizada sob procedimento anestésico. Assim sendo, a presença e atuação de um especialista em anestesiologia, devidamente treinado e equipado, torna-se obrigatória e imprescindível à realização desta prática em todo e qualquer serviço ou estabelecimento, público ou privado. Como é do conhecimento dos anestesistas, estes deverão seguir as recomendações contidas nos artigos da Resolução CFM n.º 1.363/93, quando o tratamento se processar em regime

de internação hospitalar ou, por analogia, com o preconizado na Resolução CFM n.º 1.409/94, quando se tratar de atendimento ambulatorial.

(o parágrafo ficará com a seguinte redação)

A eletroconvulsoterapia só poderá ser realizada sob procedimento anestésico. Assim sendo, a presença e atuação de profissional médico, devidamente treinado e equipado, torna-se obrigatória e imprescindível à realização desta prática em todo e qualquer serviço ou estabelecimento, público ou privado. Como é do conhecimento dos anestesistas, estes deverão seguir as recomendações contidas nos artigos da Resolução CFM n.º 1.363/93.

A anestesia prévia garante não somente que o paciente permaneça inconsciente ao longo da duração do eletrochoque como também permite a manutenção contínua da ventilação pulmonar, beneficiando a oxigenação cerebral de forma permanente. A tradicionalmente chamada "síndrome biológica do eletrochoque", que se caracteriza sobretudo por "déficits" cognitivos e pela transitória e reversível redução da memória para fatos recentes, atenua-se de forma acentuada com a permanência de uma oxigenação pulmonar constante. O oxímetro de pulso é, portanto, considerado equipamento essencial.

O mito de que a ECT "lesiona o tecido cerebral" contraria as conclusões da "Task Force" da Associação Psiquiátrica Americana (2001) sobre este tratamento, bem como choca-se frontalmente com os trabalhos científicos realizados com ressonância magnética, PET Scan e os estudos baseados em testes neuropsicológicos sobre memória e aprendizagem.

O relatório da Associação Brasileira de Psiquiatria sobre "A Utilização Terapêutica da Eletroconvulsoterapia", elaborado pelo professor titular da UNIFESP, Dr. José Alberto Del Porto, autoridade no assunto, fundamentado em extensa e atual bibliografia, é por demais conclusivo: "os efeitos da ECT sobre a memória são transitórios, reversíveis e mínimos quando comparados aos benefícios trazidos aos pacientes, naturalmente quando o procedimento é feito dentro das normas atuais e das indicações médicas recomendadas pelos especialistas".

As substâncias mais habitualmente utilizadas na produção da breve anestesia que antecede a aplicação da ECT, em nosso meio, são o anestésico Thiopental, o relaxante muscular Succinilcolina e um anticolinérgico, a Atropina. As luxações articulares, fraturas e convulsões cessaram com o uso de relaxantes musculares.

Os aparelhos de ECT a serem utilizados deverão ser, preferencialmente, máquinas com correntes ajustáveis de pulsos breves, chamadas de ondas retangulares ou quadradas, que acarretam menores efeitos sobre a memória.

A frequência das ondas quadradas varia de 30 a 70 ciclos por segundo, sendo a duração de cada pulso elétrico de 0,5, 1,0 ou 2,0 milissegundos. A duração total da cadeia de estímulos elétricos varia entre 0,2 a 0,8 segundos, liberando uma carga elétrica entre 25 a 500 mil Coulombs.

As máquinas de ondas sinusoidais e de voltagem ajustável, habitualmente em uso, deverão ser progressivamente substituídas pelas de pulsos breves (ondas quadradas ou retangulares), dentro de um prazo de 3 (três) anos. As primeiras são consideradas arcaicas e responsáveis por "déficits" cognitivos e mnésicos mais pronunciados.

(o parágrafo ficará com a seguinte redação)

As máquinas de ondas sinusoidais e de voltagem ajustável, habitualmente em uso, deverão ser progressivamente substituídas pelas de pulsos breves (ondas quadradas ou retangulares), e recomenda-se que as substituições dos equipamentos sejam efetuados com brevidade, tendo em vista que as primeiras são consideradas arcaicas e responsáveis por "déficits" cognitivos e mnésicos mais pronunciados.

Os modernos aparelhos permitem o registro do eletroencefalograma (EEG), do eletrocardiograma (ECG) e do eletromiograma (EMG) durante a convulsão.

São discutíveis as possíveis vantagens da ECT unilateral sobre a bilateral, mais geralmente utilizada. A aplicação no hemisfério não-dominante (em 95% da população, o direito) diminui os efeitos nocivos sobre a memória. No entanto, é clinicamente menos eficaz e os pacientes não melhoram tão rapidamente como quando recebem a eletroconvulsoterapia bilateral (bitemporal ou bifrontal). Como bons resultados são mais prováveis com a ECT bilateral, a mesma torna-se preferencial para pacientes com doenças sistêmicas, que precisam de resultados mais imediatos e para os quais é desejável um número mínimo de aplicações.

Quanto à quantidade de sessões, segundo o dr. Salomão Rodrigues Filho, em correspondência remetida ao CFM, não se deve prescrever um número definido de aplicações. O paciente deve ser avaliado após cada sessão, para verificação da necessidade ou não de sessões adicionais.

Poucos enfermos respondem bem a menos de seis sessões de ECT, sendo desnecessário um número maior de aplicações.

A maioria dos pacientes responde bem a uma série de seis a doze sessões. Há evidências de que pacientes idosos e do sexo masculino requerem maior número de aplicações. Existe também forte correlação entre a resposta às duas primeiras sessões e o resultado final do tratamento.

Não está demonstrado, desde Barton e colaboradores (1973), qualquer valor profilático significativo na aplicação adicional de sessões de ECT após a recuperação clínica do paciente, como medida de prevenção de recaídas.

A eletroconvulsoterapia tem indicações precisas e específicas, não se tratando, por conseguinte, de terapêutica de exceção.

De acordo com o Task Force Report of the APA (2001): "a ECT não deve ser reservada para uso somente como "último recurso". Tal prática pode privar os pacientes de um recurso efetivo, pode retardar a resposta terapêutica, prolongar o sofrimento dos enfermos e possivelmente contribuir para a resistência ao tratamento".

Suas principais indicações são: depressão maior unipolar e bipolar; mania (em especial, episódios mistos e psicóticos); certas formas de esquizofrenia (em particular, a forma catatônica); certas formas psicóticas agudas e produtivas, resistentes aos antipsicóticos atuais; transtorno esquizoafetivo; certas condições mentais secundárias e problemas clínicos (estados confusionais e catatônicos secundários a doenças tóxicas e metabólicas); certas formas de doença de Parkinson e pacientes que apresentam impossibilidade do uso de terapêutica psicofarmacológica.

○ emprego da eletroconvulsoterapia em crianças e adolescentes até 16 anos deverá ser evitado, salvo em condições excepcionais. A partir dos 16 anos, o seu

uso está liberado nas condições em que houver indicação clínica. Estão, portanto, incluídos neste último grupo tanto os pacientes idosos quanto as mulheres gestantes.

De todos os tratamentos biológicos em Psiquiatria, à exceção da Psicocirurgia, a eletroconvulsoterapia tem sido alvo de intensa e sistemática campanha de descrédito e menoscabo por parte de pessoas, em sua grande maioria leigas, que lhe dirigem acusações infundadas e descabidas, valendo-se das facilidades da "mídia" sensacionalista. Exploram, em particular, os abusos praticados por maus profissionais, alardeando seus possíveis malefícios, ou levam às telas cenas oriundas de ficção tendenciosa. Omitem, por conseguinte, todos os reais méritos desta técnica heróica e miraculosa que vem resistindo ao desafio dos novos tempos, beneficiando os que dela realmente necessitam.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

Resolução CFM n.º 1640/2002
Publicado no D.O.U. em 09/08/2002

Colega

*Não presenteie com
Álcool ou Tabaco.*

Seja criativo.

*Você também é
Responsável.*

PROIBIDA EMISSÃO DE ATESTADO DE ÓBITO SE HOUVE ATENDIMENTO POR NÃO-MÉDICO

Resolução CFM*

Veda a emissão, pelo médico, de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não-médico e dá outras providências.

Palavras-chave:- atestado de óbito, assistência de não-médico, Instituto Médico-Legal, exercício ilegal, laudo

PROHIBITION OF DEATH CERTIFICATES ISSUE WHEN THERE WAS A NON-MEDICAL ATTENDANCE

Key words: death certificate, non-physician assistance

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que toda atividade médica deve servir aos melhores interesses da sociedade e da humanidade;

CONSIDERANDO que a práxis médica, inclusive a declaração de óbito, não deve servir para encobrir qualquer violação de norma legal ou dos direitos humanos;

CONSIDERANDO que o ato médico não deve encobrir, especialmente, os danos causados a alguma pessoa por quem exerce ilegalmente ou ilegitimamente a Medicina;

CONSIDERANDO que todos os procedimentos terapêuticos decorrem do diagnóstico das entidades clínicas a que pretendem tratar;

CONSIDERANDO que o diagnóstico de doenças humanas e a indicação das providências são atos privativos de médicos, excetuando a competência legal dos profissionais da Odontologia;

CONSIDERANDO que atos privativos de médicos vêm sendo performados por profissionais não-médicos, o que pode provocar danos à saúde dos pacientes ou, até mesmo, levar ao óbito;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária de 12 de julho de 2002.

RESOLVE:

Art. - 1º É vedado aos médicos conceder declaração de óbito em que o evento que levou à morte possa ter sido alguma medida com intenção diagnóstica ou terapêutica indicada por agente não-médico ou realizada por quem não esteja

* Conselho Federal de Medicina

habilitado para fazê-lo, devendo, neste caso, tal fato ser comunicado à autoridade policial competente a fim de que o corpo possa ser encaminhado ao Instituto Médico Legal para verificação da *causa mortis*.

Art. 2º - Sem prejuízo do dever de assistência, a comunicação à autoridade policial, visando o encaminhamento do paciente ao Instituto Médico Legal para exame de corpo de delito, também é devida, mesmo na ausência de óbito, nos casos de lesão ou dano à saúde induzida ou causada por alguém não-médico.

Art. 3º - Os médicos, na função de perito, ainda que *ad hoc*, ao atuarem nos casos previstos nesta resolução, devem fazer constar de seus laudos ou pareceres o tipo de atendimento realizado pelo não-médico, apontando sua possível relação de causa e efeito, se houver, com o dano, lesão ou mecanismo de óbito.

Art. 4º - Nos casos mencionados nos artigos 1º e 2º deve ser feita imediata comunicação ao Conselho Regional de Medicina local.

Brasília-DF, 12 de julho de 2002.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

Resolução CFM n.º 1641/2002
Publicado no D.O.U. em 29/07/2002

NORMAS PARA EXAMES MÉDICO-PERICIAIS DE CORPO DE DELITO

Resolução CFM*

Normatiza os exames médico-periciais de corpo de delito.

Palavras-chave: exame médico-pericial, corpo de delito, local adequado, ética pericial

NORMS FOR FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS OF "CORPUS DELICTI"

Key words: medical-expert examination, medical-expert ethics, body of evidence

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

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

CONSIDERANDO que o alvo de toda atenção do médico é o ser humano, em benefício do 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 o médico deve empenhar-se para melhorar os padrões dos serviços médicos, assumindo sua parcela de responsabilidade em relação aos serviços médicos prestados à sociedade;

CONSIDERANDO que a perícia médico-legal é um ato médico, e como tal deve ser realizada, observando-se os princípios éticos contidos no Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que é dever do médico respeitar a dignidade e os demais direitos universais do homem;

CONSIDERANDO o Parecer CFM n.º 28, de 9 de maio de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do dia 9 de maio de 2002;

RESOLVE:

Art. 1º - É vedada ao médico realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior dos prédios e ou dependências de delegacias, seccionais ou sucursais de Polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

Art. 2º - É vedado ao médico realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos contidos através de algemas ou qualquer outro meio, exceto quando o periciando oferecer risco à integridade física do médico perito.

* Conselho Federal de Medicina

Art. 3º - É vedado ao médico, exercendo cargo ou função de chefia, nomear ou designar médicos a ele subordinados para realizarem tais exames sob as condições descritas nos artigos 1º e 2º.

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

Brasília-DF, 10 de maio de 2002.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

Resolução CFM n.º 1635/2002

Publicado no D.O.U. em 17/05/2002

ABUSO SEXUAL

TJ autoriza laqueadura em menor

Tribunal de Justiça permite intervenção cirúrgica em adolescente com deficiência

A 4ª Câmara Cível deu provimento à unanimidade de votos, ao apelo de F.S. para autorizar a realização de uma cirurgia de laqueadura em sua filha E., menor e portadora de oligofrenia congênita. A mãe é lavradora em Jacarezinho e não tem condições de manter sob vigilância total a menina, que acabou por sofrer abuso sexual em face de sua notória falta de discernimento. Com a gravidez da filha, a mãe pediu ao juiz da comarca que autorizasse a laqueadura durante o parto, o que lhe foi negado. Mesmo com a negativa do Ministério Público em primeira e segunda instância, a advogada de F.S. recorreu e acabou obtendo a reforma total da sentença. A permissão inclui o pedido alternativo para realizar a cirurgia após o parto, dado o prazo transcorrido desde a petição inicial até a data do julgamento do recurso. A menor, que contava à época 17 anos, segundo o laudo pericial é incapacitada para vida independente, não podendo exercer o livre arbítrio, pois ao responder questões dos peritos disse ter “2 anos” e não demonstrou consciência sobre o que representa seu estado de gravidez. Para o relator, desembargador Octávio Valeixo, o Poder Judiciário não pode omitir-se em autorizar cirurgia, até porque a finalidade do Estado é “promover a felicidade do cidadão”. Foi acompanhado em seu voto pelos desembargadores Dilmar Kessler e Wanderlei Resende, que ressaltou a necessidade de uma punição aos “elementos que praticam este tipo de abuso” e a existência de uma legislação deficitária neste setor, que poderia prever, inclusive, a esterilização dos culpados pela prática do crime.

Transcrito
Gazeta do Povo 02/12/02

NORMAS PARA EXAME DE APTIDÃO FÍSICA E MENTAL PARA CONDUTORES DE VEÍCULOS

Resolução CFM*

Normatiza exame de aptidão física e mental para condutores de veículos auto-motores.

Palavras-chave:exame pericial, motorista, local específico para avaliação, exame físico/mental

NORMS FOR PHYSICAL CAPACITY EXAMINATIONS OF AUTOMOBILE DRIVERS

Key words:medical expert-examination, driver, appropriate examination room

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a morbi-mortalidade decorrente do trânsito;

CONSIDERANDO que em mais de 90% (noventa por cento) a ocorrência desses eventos é causada por falhas humanas;

CONSIDERANDO que um exame médico criterioso dos candidatos à Carteira Nacional de Habilitação minimizará a ocorrência desses eventos;

CONSIDERANDO que o exame de aptidão física e mental para condutores de veículos automotores é um ato pericial;

CONSIDERANDO os artigos 118, 119, 120 e 121 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO a Resolução CFM n.º 1.342/91, de 8 de março de 1991, que dispõe sobre as atribuições do diretor técnico e clínico;

CONSIDERANDO os Pareceres CFM n.º 10, de 14 de abril de 2000, n.º 16, de 12 de julho de 2000, n.º 45, de 21 de novembro de 2001, e n.º 30, de 14 de setembro de 1990;

CONSIDERANDO a participação do Conselho Federal de Medicina na Câmara Temática de Saúde do CONTRAN, e;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de maio de 2002.

RESOLVE:

Art. 1º - O exame de aptidão física e mental para condutores de veículos automotores deverá ser realizado exclusivamente por médico.

Parágrafo único - É vedado ao médico perito assinar laudos realizados por outros profissionais.

* Conselho Federal de Medicina

Art. 2º - Os locais de realização dos exames de aptidão física e mental para condutores de veículos automotores devem ser de atividade médica exclusiva para este tipo de procedimento.

Parágrafo único - Não poderão, em hipótese nenhuma, serem realizados em centros de formação de condutores ou em qualquer outro local público ou privado, cujos agentes tenham interesse no resultado positivo desses exames periciais.

Art.3º - Todos os exames de aptidão física e mental devem ser distribuídos imparcialmente, através de divisão eqüitativa obrigatória, aleatória e impessoal, entre as entidades e médicos credenciados na área de jurisdição do órgão executivo do trânsito.

Parágrafo único - A distribuição dos exames será feita pelo órgão executivo do trânsito - DETRAN, e nunca por escolha do periciado.

Art. 4º - É vedado o estabelecimento de cota-limite por período de tempo para a realização dos exames de aptidão física e mental para condutores de veículos automotores.

Parágrafo único - O exame é individualizado, não sendo permitido exames simultâneos em grupos de pacientes, sendo o tempo dispendido para cada paciente o suficiente para sua avaliação adequada, conforme a técnica prevista para o procedimento.

Art. 5º - Ficam responsáveis pela aplicação dos dispositivos desta resolução o diretor médico do órgão executivo do trânsito (DETRAN) e os diretores técnico e clínico das entidades públicas ou privadas credenciadas.

Art. 6º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 10 de maio de 2002.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

Resolução CFM n.º 1636/2002
Publicado no D.O.U. em 17/05/2002

TELEMEDICINA

Resolução CFM *

Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina.

Palavras-chave: telemedicina, internet, ética na telemedicina

TELEMEDICINE

Key words: telemedicine, internet, ethics in telemedicine

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que cabe ao Conselho Federal de Medicina disciplinar o exercício profissional médico e zelar pela boa prática médica no país;

CONSIDERANDO o constante desenvolvimento de novas técnicas de informação e comunicação que facilitam o intercâmbio de informação entre médicos e entre estes e os pacientes;

CONSIDERANDO que a despeito das conseqüências positivas da Telemedicina existem muitos problemas éticos e legais decorrentes de sua utilização;

CONSIDERANDO que a Telemedicina deve contribuir para favorecer a relação individual médico-paciente;

CONSIDERANDO que as informações sobre o paciente identificado só podem ser transmitidas a outro profissional com prévia permissão do paciente, mediante seu consentimento livre e esclarecido e sob rígidas normas de segurança capazes de garantir a confidencialidade e integridade das informações;

CONSIDERANDO que o médico tem liberdade e completa independência para decidir se utiliza ou não recomenda o uso da Telemedicina para seu paciente, e que tal decisão deve basear-se apenas no benefício do paciente;

CONSIDERANDO que o médico que exerce a Medicina a distância, sem ver o paciente, deve avaliar cuidadosamente a informação que recebe, só pode emitir opiniões e recomendações ou tomar decisões médicas se a qualidade da informação recebida for suficiente e pertinente para o cerne da questão;

CONSIDERANDO o teor da "Declaração de Tel Aviv sobre responsabilidades e normas éticas na utilização da Telemedicina", adotada pela 51ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial, em Tel Aviv, Israel, em outubro de 1999;

CONSIDERANDO o disposto nas resoluções CFM n.º 1.638/2002 e n.º 1.639/2002, principalmente no tocante às normas para transmissão de dados identificados;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM n.º 1.627/2001, que define e regulamenta o Ato Médico;

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO o decidido na sessão plenária de 7 de agosto de 2002, realizada em Brasília, com supedâneo no Parecer CFM n.º 36/2002,

RESOLVE:

Art. 1º - Definir a Telemedicina como o exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audio-visual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em Saúde.

Art. 2º - Os serviços prestados através da Telemedicina deverão ter a infraestrutura tecnológica apropriada, pertinentes e obedecer as normas técnicas do CFM pertinentes à guarda, manuseio, transmissão de dados, confidencialidade, privacidade e garantia do sigilo profissional.

Art. 3º - Em caso de emergência, ou quando solicitado pelo médico responsável, o médico que emitir o laudo a distância poderá prestar o devido suporte diagnóstico e terapêutico.

Art. 4º - A responsabilidade profissional do atendimento cabe ao médico assistente do paciente. Os demais envolvidos responderão solidariamente na proporção em que contribuirão por eventual dano ao mesmo.

Art. 5º - As pessoas jurídicas que prestarem serviços de Telemedicina deverão inscrever-se no Cadastro de Pessoa Jurídica do Conselho Regional de Medicina do estado onde estão situadas, com a respectiva responsabilidade técnica de um médico regularmente inscrito no Conselho e a apresentação da relação dos médicos que componentes de seus quadros funcionais.

Parágrafo único - No caso de o prestador for pessoa física, o mesmo deverá ser médico e devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina.

Art. 6º - O Conselho Regional de Medicina deverá estabelecer constante vigilância e avaliação das técnicas de Telemedicina no que concerne à qualidade da atenção, relação médico-paciente e preservação do sigilo profissional.

Art. 7º - Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Brasília-DF, 07 de agosto de 2002

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

Resolução CFM n.º 1643/2002
Publicado no D.O.U. DE 26/08/2002

RESPONSABILIDADES E NORMAS ÉTICAS NA UTILIZAÇÃO DA TELEMEDICINA

Roberto Luiz d'Ávila*

EMENTA - O documento "Responsabilidades e Normas Éticas na Utilização da Telemedicina", aprovado em assembléia da Associação Médica Mundial, deve ser adaptado à realidade nacional mediante resolução em definitivo. Além disso, toda empresa voltada para atividades na área da Telemedicina deverá inscrever-se no Cadastro de Pessoa Jurídica do Conselho Regional de Medicina, com indicação de seu respectivo responsável técnico.

Palavras-chave: telemedicina, ética em telemedicina, internet

ETHIC NORMS AND RESPONSABILITIES IN TELEMEDICINE USAGE

Key words: telemedicine, ethics in telemedicine, internet

DOS FATOS

Trata-se de consulta enviada pela Empresa Telecare, que tem como diretor técnico o dr. E. T., sem data e protocolada em 5 de fevereiro de 2001, requerida pela sra. Sayuri Higa, solicitando parecer sobre:

"(...) se há algum impedimento para esta nova forma de atuação ou ainda em que condições há impedimentos na nossa prestação (...)?"

Explica que a referida empresa tem como objetivo a prestação de serviços de Telemedicina, informando que a mesma:

"(...) foi fundada em março de 1999, atuando na prestação de serviços de telemedicina, especificamente, na área de monitoração cardiológica à distância. Hoje, em média, contamos com 30% dos municípios do interior do Estado, que no caso são hospitais, clínicas e médicos adeptos ao nosso sistema de telemonitoramento cardíaco e, neste período de atuação, foram mais de 6.000 casos atendidos".

Trata-se de um sistema que permite a transmissão de dados fisiológicos de pacientes cardiopatas ou não, através de uma linha telefônica celular ou convencional.

O novo método propicia, por exemplo, que o paciente acometido de um mal estar em qualquer local possa ser submetido a um eletrocardiograma e envia-lo à análise do nosso especialista da Central de Telemedicina. O exame tem a duração aproximadamente de três minutos, realizado por um monitor cardíaco transtelefônico e enviado à central através de uma linha telefônica. O retorno do laudo é realizado em 20 minutos enviado ao médico que assiste o paciente.

* Conselheiro Relator CFM

A nossa central está localizada na Santa Casa de Campo Grande – MS, disponibilizando um atendimento 24 horas, com cardiologistas a disposição, para emitir laudos, discutir eventuais dúvidas diagnósticas e prestar informações sobre a terapêutica de emergência quando solicitado pelo médico que assiste o mesmo (...).

DISCUSSÃO

A palavra Telemedicina foi usada pela primeira vez no início dos anos 90, na tentativa de englobar todas as várias iniciativas envolvendo a prática da Medicina “a distância” pelo uso de tecnologias de comunicação. Na verdade, o termo Telemedicina é aceito com muitas restrições, dentre as quais as de ordem ética, que analisaremos ao final.

Quem primeiramente utilizou este serviço foi o Programa Espacial da NASA, a partir do reconhecimento de que os médicos especialistas são encontrados em centros de excelência médica, na maioria das vezes distantes das localidades onde sua participação é requerida. Tal constatação levou ao desenvolvimento, em alguns países, de uma infra-estrutura piramidal na qual o Hospital-Escola ficava no ápice, suprindo a necessidade de orientação aos médicos generalistas de cidades pequenas, evitando, assim, a remoção desnecessária de pacientes e a correta administração de atendimento médico especializado.

Os projetos iniciais envolveram videoconferências, telerradiologia e as manifestações de uma “segunda opinião”. Em 1988, no Massachusetts General Hospital, foi estabelecido, com sucesso, o primeiro protótipo do sistema de telerradiologia. Atualmente, a empresa norte-americana “WorldCare” opera em seis países: EUA, Arábia Saudita, Líbano, Jordânia, Emirados Árabes e França, tendo como base a união entre o Massachusetts General Hospital e The Cleveland Clinic Foundation, atingindo várias áreas da Medicina, incluindo a Educação Médica Continuada.

No Brasil, já existe experiência acumulada em videoconferências (com a participação do próprio Conselho Federal de Medicina) e monitoração de sinais vitais e ECG, como ocorre na Bahia, através de convênios com Santas Casas, postos de saúde e a união de prefeituras, tornando possível a instalação de equipamentos de ECG que transmitem o padrão gráfico por telefone em mais de 400 municípios.

Entretanto, ao lado de tão sofisticada evolução da tecnologia de comunicação, a Medicina, como Ciência, foi a que menos se beneficiou. A Ética e o Direito ainda não nos deram o caminho seguro a ser trilhado, especialmente em relação à privacidade das informações, ao sigilo profissional e à responsabilidade do médico assistente e do plantonista na central de atendimento e transmissão de dados.

O Conselho Federal de Medicina, por meio do Parecer n.º 31/97, a respeito de consulta do setor médico da Petrobrás sobre orientação médica a distância para embarcações e plataformas marítimas, assim se manifestou, concluindo:

“(...) Pode o médico que, excepcionalmente por força de lei ou função, por obrigação a exercer plantão telefônico para assessoria a situações de emergência ocorridas em embarcações e plataformas, oferecer integralmente opinião dentro de princípios éticos e técnicos para tratamento de pessoa necessitada, correlacionando-a

às informações obtidas, não sendo responsável pelo exame físico e execução do procedimento a ser adotado por terceiros”.

Da mesma forma, em relação à Central de Regulação de Atendimento Pré-Hospitalar, através das Resoluções CREMESC n.º 28/97 e CFM n.º 1.529/98, tanto o Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina quanto o CFM manifestaram-se sobre a responsabilidade profissional na transmissão de informações. O Ministério da Saúde, através da Portaria n.º 824/99, também corroborou o mesmo entendimento.

A revista *Bioética*, publicada pelo CFM, em seu volume 8, número 1, 2.000, abordou no Simpósio “Tecnologia e Medicina” o assunto “Telemedicina: breves considerações ético-legais”, de autoria do prof. dr. Genival Veloso de França, de onde extraímos:

“(…) Em face destes acontecimentos e como era de se esperar, vêm surgindo alguns problemas, principalmente pela não-existência de normas internacionais e de órgãos mediadores capazes de limitar um ou outro impulso com regras éticas e legais bem definidas. Daí se perguntar: como garantir os níveis mínimos de qualidade do sistema de teleassistência? Qual a melhor forma de garantir a confidencialidade e a segurança dos dados enviados e das recomendações recebidas? Como se criar um padrão de qualidade internacional capaz de atender aos interesses dos pacientes e dos médicos do mundo inteiro?

(…) Por tal razão, a Telemedicina traz consigo uma série de posturas que se confrontam com os princípios mais tradicionais da ética médica, principalmente no aspecto da relação médico-paciente, além de alguns problemas de ordem jurídica que podem despontar na utilização deste processo, pois ele suprime o momento mais eloqüente do ato médico: a interação física do exame clínico, entre o profissional e o paciente. A eliminação da relação pessoal médico-paciente de imediato altera alguns princípios tradicionais que regulam o exercício ético da Medicina. Portanto, há certas normas e princípios éticos que devem se aplicar aos profissionais que utilizam a Telemedicina (…)

Na mesma revista, o dr. Genival Veloso de França apresenta a Declaração de Tel Aviv, adotada pela 51ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial, realizada em outubro de 1999, em Israel, sob o título “Responsabilidades e Normas Éticas na Utilização da Telemedicina”, que contempla algumas das necessidades sentidas pelos Conselhos Federal e Regionais de Medicina no tocante à regulamentação do assunto.

Transcrevo, na íntegra, a referida declaração:

“DECLARAÇÃO DE TEL AVIV SOBRE RESPONSABILIDADES E NORMAS ÉTICAS NA UTILIZAÇÃO DA TELEMEDICINA

Adotada pela 51ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial em Tel Aviv, Israel, outubro de 1999

INTRODUÇÃO

1. Durante muitos anos, os médicos têm utilizado a tecnologia das comunicações, como o telefone e o fax, em benefício de seus pacientes. Constantemente se desenvolvem novas técnicas de informação e comunicação que facilitam o intercâmbio de informação entre médicos e também entre médicos e pacientes. A

Telemedicina é o exercício da Medicina a distância, cujas intervenções, diagnósticos, decisões de tratamentos e recomendações estão baseadas em dados, documentos e outra informação transmitida através de sistemas de telecomunicação.

2. A utilização da Telemedicina tem muitas vantagens potenciais e sua demanda aumenta cada vez mais. Os pacientes que não têm acesso a especialistas, ou inclusive à atenção básica, podem beneficiar-se muito com esta utilização. Por exemplo, a Telemedicina permite a transmissão de imagens médicas para realizar uma avaliação a distância em especialidades tais como radiologia, patologia, oftalmologia, cardiologia, dermatologia e ortopedia. Isto pode facilitar, muito, os serviços do especialista, ao mesmo tempo em que diminui os possíveis riscos e custos relativos ao transporte do paciente e/ou a imagem de diagnóstico. Os sistemas de comunicações, como a videoconferência e o correio eletrônico, permitem aos médicos de diversas especialidades consultar colegas e pacientes com maior frequência, e manter excelentes resultados dessas consultas. A telecirurgia ou a colaboração eletrônica entre locais sobre telecirurgia faz com que cirurgiões com menos experiência realizem operações de urgência com o assessoramento e a ajuda de cirurgiões experientes. Os contínuos avanços da tecnologia criam novos sistemas de assistência a pacientes que ampliarão a margem dos benefícios que oferece a Telemedicina a muito mais do que existe agora. Ademais, a Telemedicina oferece um maior acesso à educação e à pesquisa médica, em especial para os estudantes e os médicos que se encontram em regiões distantes.

3. A Associação Médica Mundial reconhece que, a despeito das conseqüências positivas da Telemedicina, existem muitos problemas éticos e legais que se apresentam com sua utilização. Em especial, ao eliminar uma consulta em um lugar comum e o intercâmbio pessoal, a Telemedicina altera alguns princípios tradicionais que regulam a relação médico-paciente. Portanto, há certas normas e princípios éticos que devem aplicar os médicos que utilizam a Telemedicina.

4. Posto que este campo da Medicina está crescendo tão rapidamente, esta Declaração deve ser revisada periodicamente a fim de assegurar que se trate dos problemas mais recentes e mais importantes.

Tipos de Telemedicina

5. A possibilidade de que os médicos utilizem a Telemedicina depende do acesso à tecnologia e este não é o mesmo em todas as partes do mundo. Sem ser exaustiva, a seguinte lista descreve os usos mais comuns da Telemedicina no mundo de hoje.

5.1 - Uma interação entre o médico e o paciente geograficamente isolado ou que se encontre em um meio que não tem acesso a um médico local. Chamada às vezes teleassistência, este tipo está em geral restrito a circunstâncias muito específicas (por exemplo, emergências).

5.2 - Uma interação entre o médico e o paciente, onde se transmite informação médica eletronicamente (pressão arterial, eletrocardiogramas, etc.) ao médico, o que permite vigiar regularmente o estado do paciente. Chamada às vezes televigilância, esta se utiliza com mais frequência aos pacientes com enfermidades crônicas, como a diabetes, hipertensão, deficiências físicas ou gestações difíceis. Em alguns casos, pode-se proporcionar uma formação ao paciente ou a um familiar para que receba e transmita a informação necessária. Em outros, uma enfermeira, tecnólogo médico ou outra pessoa especialmente qualificada pode fazê-lo para obter resultados seguros.

5.3 - Uma interação onde o paciente consulta diretamente o médico, utilizando qualquer forma de telecomunicação, incluindo a Internet. A teleconsulta ou consulta em conexão direta, onde não há uma presente relação médico-paciente nem exames clínicos, e onde não há um segundo médico no mesmo lugar, cria certos riscos. Por exemplo, incerteza relativa à confiança, confidencialidade e segurança da informação intercambiada, assim como a identidade e credenciais do médico.

5.4 - Uma interação entre dois médicos: um fisicamente presente com o paciente e outro reconhecido por ser muito competente naquele problema médico. A informação médica se transmite eletronicamente ao médico que consulta, que deve decidir se pode oferecer de forma segura sua opinião, baseada na qualidade e quantidade de informação recebida.

6. Independente do sistema de Telemedicina que utiliza o médico, os princípios da ética médica, a que está sujeita mundialmente a profissão médica, nunca devem ser comprometidos.

Princípios

Relação médico-paciente

7. A Telemedicina não deve afetar adversamente a relação individual médico-paciente. Quando é utilizada de maneira correta, a Telemedicina tem o potencial de melhorar esta relação através de mais oportunidades para comunicar-se e um acesso mais fácil de ambas as partes. Como em todos os campos da Medicina, a relação médico-paciente deve basear-se no respeito mútuo, na independência de opinião do médico, na autonomia do paciente e na confidencialidade profissional. É essencial que o médico e o paciente possam se identificar com confiança quando se utiliza a Telemedicina.

8. A principal aplicação da Telemedicina é na situação onde o médico assistente necessita da opinião ou do conselho de outro colega, desde que tenha a permissão do paciente. Sem dúvida em alguns casos, o único contato do paciente com o médico é através da Telemedicina. Idealmente, todos os pacientes que necessitam ajuda médica devem ver seu médico na consulta pessoal e a Telemedicina deve limitar-se a situações onde o médico não pode estar fisicamente presente num tempo aceitável e seguro.

9. Quando o paciente pede uma consulta direta de orientação esta só deve ocorrer quando o médico já tenha uma relação com o paciente ou conhecimento adequado do problema que se apresenta, de modo que possa ter uma idéia clara e justificável. Sem dúvida, deve-se reconhecer que muitos serviços de saúde que não contam com relações preexistentes (como centros de orientação por telefone) e certos tipos de serviços em regiões afastadas são considerados como serviços valiosos e, em geral, funcionam bem dentro de suas estruturas próprias.

10. Numa emergência em que se utilize a Telemedicina, a opinião do médico pode se basear em informação incompleta, porém, nesses casos, a urgência clínica da situação será o fator determinante para se empregar uma opinião ou um tratamento. Nesta situação excepcional, o médico é legalmente responsável por suas decisões.

Responsabilidades do médico

11. O médico tem liberdade e completa independência de decidir se utiliza ou recomenda a Telemedicina para seu paciente. A decisão de utilizar ou recusar a Telemedicina deve basear-se somente no benefício do paciente.

12. Quando utilizar a Telemedicina diretamente com o paciente, o médico assume a responsabilidade do caso em questão. Isto inclui o diagnóstico, opinião, tratamento e intervenções médicas diretas.

13. O médico que pede a opinião de outro colega é responsável pelo tratamento e por outras decisões e recomendações dadas ao paciente. Sem dúvida, o teleconsultado é responsável ante o médico que trata pela qualidade da opinião que dê e deve especificar as condições em que a mesma é válida. Não está obrigado a participar se não tem o conhecimento, competência ou suficiente informação do paciente para dar uma opinião bem fundamentada.

14. É essencial que o médico que não tem contato direto com o paciente (como o telesspecialista ou um médico que participa na televigilância) possa participar em procedimentos de seguimento, se for necessário.

15. Quando pessoas que não são médicas participam da Telemedicina, por exemplo, na recepção ou transmissão de dados, vigilância ou qualquer outro propósito, o médico deve assegurar-se que a formação e a competência destes outros profissionais de saúde seja adequada, a fim de garantir uma utilização apropriada e ética da Telemedicina.

Responsabilidade do paciente

16. Em algumas situações, o paciente assume a responsabilidade da coleta e transmissão de dados ao médico, como nos casos de televigilância. É obrigação do médico assegurar que o paciente tenha uma formação apropriada dos procedimentos necessários, que é fisicamente capaz e que entende bem a importância de sua responsabilidade no processo. O mesmo princípio se deve aplicar a um membro da família ou a outra pessoa que ajude o paciente a utilizar a Telemedicina.

O consentimento e confidencialidade do paciente

17. As regras correntes do consentimento e confidencialidade do paciente também se aplicam às situações da Telemedicina. A informação sobre o paciente só pode ser transmitida ao médico ou a outro profissional de saúde se isso for permitido pelo paciente com seu consentimento esclarecido. A informação transmitida deve ser pertinente ao problema em questão. Devido aos riscos de filtração de informações inerentes a certos tipos de comunicação eletrônica, o médico tem a obrigação de assegurar que sejam aplicadas todas as normas de medidas de segurança estabelecidas para proteger a confidencialidade do paciente.

Qualidade da atenção e segurança na Telemedicina

18. O médico que utiliza a Telemedicina é responsável pela qualidade da atenção que recebe o paciente e não deve optar pela consulta de Telemedicina, a menos que considere que é a melhor opção disponível. Para esta decisão o médico deve levar em conta a qualidade, o acesso e o custo.

19. Deve-se usar regularmente medidas de avaliação da qualidade, a fim de assegurar o melhor diagnóstico e tratamento possíveis na Telemedicina. O médico não deve utilizar a Telemedicina sem assegurar-se de que a equipe encarregada do procedimento seja de um nível de qualidade suficientemente alto, que funcione de forma adequada e que cumpra com as normas recomendadas. Deve-se dispor de sistemas de suporte em casos de emergência. Deve-se utilizar controles de qualidade e procedimentos de avaliação para vigiar a precisão e a qualidade da informação coletada e transmitida. Para todas as comunicações da Telemedicina deve-se contar com um protocolo estabelecido que inclua os assuntos relacionados com as medidas

apropriadas que se devem tomar em casos de falta da equipe ou se um paciente tem problemas durante a utilização da Telemedicina.

Qualidade da informação

20. O médico que exerce a Medicina a distância sem ver o paciente deve avaliar cuidadosamente a informação que recebe. O médico só pode dar opiniões e recomendações ou tomar decisões médicas se a qualidade da informação recebida é suficiente e pertinente para o cerne da questão.

Autorização e competência para utilizar a Telemedicina

21. A Telemedicina oferece a oportunidade de aumentar o uso eficaz dos recursos humanos médicos no mundo inteiro e deve estar aberta a todos os médicos, inclusive através das fronteiras nacionais.

22. O médico que utiliza a Telemedicina deve estar autorizado a exercer a Medicina no país ou estado onde reside e deve ser competente na sua especialidade. Quando utilizar a Telemedicina diretamente a um paciente localizado em outro país ou estado, o médico deve estar autorizado a exercer no referido estado ou país, ou deve ser um serviço aprovado internacionalmente.

História clínica do paciente

23. Todos os médicos que utilizam a Telemedicina devem manter prontuários clínicos adequados dos pacientes e todos os aspectos de cada caso devem estar documentados devidamente. Deve-se registrar o método de identificação do paciente e também a quantidade e qualidade da informação recebida. Deve-se registrar adequadamente os achados, recomendações e serviços de Telemedicina utilizados e se deve fazer todo o possível para assegurar a durabilidade e a exatidão da informação arquivada.

24. O especialista que é consultado através da Telemedicina também deve manter um prontuário clínico detalhado das opiniões que oferece e também da informação que se baseou.

25. Os métodos eletrônicos de arquivamento e transmissão da informação do paciente só podem ser utilizados quando se tenham tomado medidas suficientes para proteger a confidencialidade e a segurança da informação registrada ou intercambiada.

Formação em Telemedicina

26. A Telemedicina é um campo promissor para o exercício da Medicina e a formação neste campo deve ser parte da educação médica básica e continuada. Deve-se oferecer oportunidades a todos os médicos e outros profissionais de saúde interessados na Telemedicina.

Recomendações

27. A Associação Médica Mundial recomenda que as Associações Médicas Nacionais:

27.1 - Adotem a Declaração da Associação Médica Mundial sobre as Responsabilidades e Normas Éticas na Utilização da Telemedicina;

27.2 - Promovam programas de formação e de avaliação das técnicas de Telemedicina, no que concerne à qualidade da atenção, relação médico-paciente e eficácia quanto a custos;

27.3 - Elaborem e implementem, junto com as organizações especializadas, normas de exercício que devem ser usadas como um instrumento na formação de médicos e outros profissionais de saúde que possam utilizar a Telemedicina;

27.4 - Fomentem a criação de protocolos padronizados para aplicação nacional e internacional que incluam os problemas médicos e legais, como a inscrição e responsabilidade do médico, e o estado legal dos prontuários médicos eletrônicos; e

27.5 - Estabeleçam normas para o funcionamento adequado das teleconsultas e que incluam também os problemas da comercialização e da exploração generalizadas.

28. A Associação Médica Mundial segue observando a utilização da Telemedicina em suas distintas formas.”

CONCLUSÃO

O CFM deve ter o mesmo entendimento da Associação Médica Mundial e Associação Médica Brasileira acerca das “Responsabilidades e Normas Éticas na Utilização da Telemedicina”, adaptando-as à realidade médica brasileira. Este parecer servirá de base para a necessária exposição de motivos e sua fundamentação para a referida resolução. Toda empresa voltada para atividades na área da Telemedicina deverá cumprir o estatuído na resolução, sendo obrigatória sua inscrição no Cadastro de Pessoa Jurídica do CRM, com indicação do respectivo responsável técnico.

É o parecer, *sub censura*.

Brasília, 23 de dezembro de 2001

Roberto Luiz D’Avila
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM n.º 698/2001

Parecer CFM n.º 36/2002

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 07/08/2002

USO DA TERAPIA HIPERBÁRICA NA ISQUEMIA E INFARTOS CEREBRAIS

Solimar Pinheiro da Silva*

EMENTA - A OHB (oxigenoterapia hiperbárica), no presente momento, não está indicada nos casos de AVC e TCE por não haver evidências científicas de benefícios para seus usuários. A resolução CFM n.º 1.457/95 contempla, na atualidade, todas as indicações da OHB.

Palavras-chave: terapia hiperbárica, infarto cerebral, conceito, indicações, ato médico

THE USAGE OF HYPERBARIC THERAPY IN BRAIN INFARCT AND ISCHEMIA

Key words: hiperbaric therapy, cerebral infarct

HISTÓRICO

O secretário municipal de Saúde de Belo Horizonte, Dr. E.T. F., envia para apreciação do CRM "minucioso trabalho realizado pela Dra. I.O.H., médica pesquisadora e diretora do Núcleo de Projetos e Pesquisas da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, sobre o uso da terapia hiperbárica na isquemia e infartos cerebrais."

A referida pesquisadora faz solicitação no seguinte teor:

"Solicito-lhes, após avaliação de V.Sas, seja o acidente vascular cerebral, a paralisia cerebral e o traumatismo Crânio encefálico incluídos como indicação da terapia com oxigenação hiperbárica, tal como as existentes para outras nosologias, legitimadas pelo CFM em lista por V.Sas elaborada (cópia anexa) para fins de obtenção de pagamento das mesmas pelas seguradoras de saúde: queimaduras, gangrenas, dermatoses, úlceras e outras. O motivo desta solicitação é que, em março deste ano, foi instalado em Belo Horizonte um serviço com duas câmaras no Life Center.

A indicação desta terapia para casos sobre os quais solicitamos de V.Sas uma avaliação técnico-científica necessita de validação por autoridade constituída, para que neurologistas e anestesiológicos possam, se não tiverem experiência com a mesma, sentirem-se seguros de sua eficácia e inocuidade naquelas indicações, como já o é para as outras expressas na resolução do CFM Nº 1.457/95.

Há, no meu entender, necessidade de estudo sério da bibliografia disponível, da qual estou enviando uma pálida amostragem, por uma instituição respeitada, para que os médicos possam se sentir seguros em iniciar tal experiência. Uma bibliografia, contendo o relato de casos bem sucedidos ou o exame das melhoras obtidas em grupos randomizados, com observações controladas por desenhos duplo cegos, em humanos e animais, como a que envio em anexo, representa experiências de autores

* Conselheiro Relator CFM

médicos cuja recusa de validade pela comunidade acadêmica em Belo Horizonte não me apresentou argumentos mais convincentes do que os demonstrados pelas evidências destes trabalhos científicos, publicados em revistas internacionais conceituadas cujo corpo editorial conta com pesquisadores legitimados para a averiguação do rigor metodológico dos artigos recebidos, antes de sua publicação, e que são suficientes para legitimar seu uso para indicação no AVC e outras, há vários anos na Europa e EEUU.

É enorme a responsabilidade envolvendo a ausência desta indicação na manutenção de seqüelas incapacitantes para a maioria da população idosa, naquela que é a primeira causa de mortalidade do Brasil, caso já existam evidências suficientes de sua eficácia e inocuidade.

Solicito-lhes a maior rapidez possível na avaliação deste pedido, pois o número de sessões necessárias desta terapia é proporcional ao tempo decorrido após a isquemia e vários pacientes poderão se beneficiar dela, caso a indicação seja decidida por V.Sas.

Abaixo, adiciono algumas observações surgidas de percepções que tive após tomar contato com estes artigos, que talvez possam contribuir para uma avaliação positiva que, acredito, seja a melhor solução para os brasileiros em geral.

Na bibliografia, mesmo após resultados favoráveis ao HBO (hyperbaric oxygenation), com melhoras na diminuição do infarto cerebral de 18 a 37% maior nos grupos HBO em relação aos controles, com índices de possibilidade desta diferença ter sido ao acaso de menos de 1:1000, associados à melhora clínica e à da tomografia dinâmica, os resultados são considerados controvertidos em nível mundial. A meu ver, a nomeação do problema não deveria ser de controvérsia, mas de dificuldade na comunicação da verdade científica, causada pelos seguintes motivos:

1- Só recentemente existe a possibilidade de execução de pesquisas utilizando Scan dinâmico com ressonância magnética dinâmica e tomografia de emissão de fótons na comprovação dos resultados. A maioria dos hospitais adquiriu estes aparelhos a partir da década de 90;

2- A dificuldade de uma amostragem humana suficiente para pesquisas, pela dificuldade de indicação da HBO no AVC, associada à falta de motivação dos pacientes pagarem o tratamento caro, sem suficiente aceitação dos resultados comprovados, para fins de indicação geral e protocolar, pela comunidade científica;

3- Resultados das pesquisas controvertidos, devido aos diferentes protocolos de pesquisa utilizados em todo o mundo, quanto ao número de atmosferas utilizadas, tempo de início do tratamento após a isquemia, tempo de exposição na HBO em cada sessão etc. Vários dos artigos científicos mostrando resultados não significativos em relação aos controles utilizam número de atmosferas considerado excessivo em outros protocolos também muito bem controlados, ou tempo de exposição excessiva para os limites tóxicos do oxigênio. Além disso, sabemos como os protocolos de tratamentos de doenças mudam com o tempo. É o caso do que acontece com o tratamento da tuberculose, câncer, AIDS, puericultura, cesarianas e partos normais, sem que a eficácia seja questionada. Sabemos, também, como tais protocolos são influenciados pela indústria farmacêutica e assimilados sem muita crítica na prescrição diária dos médicos, sendo este, entre outros motivos, o que leva a tantas iatrogenias. A questão da HBO passa muito mais por um acordo nas doses, época ideal de tratamento, possibilidade

de recuperação, tempo de exposição, do que pela eficácia, sobejamente verificada nos artigos mencionados;

4- Existem suficientes evidências, a meu ver, da ação do HBO na diminuição do infarto cerebral e na maior rapidez de melhora clínica, inclusive com publicação de dois casos absolutamente sem melhora por seis meses e com melhora total e imediata logo após (3 meses) a administração das 60 a 180 sessões de HBO (dependendo da demora do início do tratamento). Os resumos contêm, além disso, publicação de casos onde os pacientes são o seu próprio controle, com as melhorias cognitivas e motoras que evoluem com a terapia hiperbárica e estabilizam-se com sua suspensão alternativamente, várias vezes. Estas ocorrências clínicas são acompanhadas do mesmo tipo de alternâncias vistas na ressonância magnética funcional e scans dinâmicos. Acredito, por isto, que não está longe o dia de o AVC ser incluído como protocolo de rotina em seu tratamento. A espera deste dia, no entanto, poderá fazer a diferença entre uma melhora obtida espontaneamente ou com HBO e a volta ao trabalho, que poderá variar de 3 meses a 1 ano, dependendo do início do tratamento em relação ao início da isquemia;

5- Existem trabalhos científicos mostrando também a ação da HBO na neuropatia periférica e, portanto, a possibilidade de melhoras permanentes de suas dores, que atormentam sem alternativa cerca de 2.000.000 de pacientes em todo o mundo;

6- São registrados em todos os artigos que li a inexistência de efeitos colaterais, desde que as sessões não ultrapassem 1 hora e o número de atmosferas utilizadas não seja maior que 1,5 a 2 atm/abs, inclusive menção da incidência de convulsões da ordem de apenas 1:5000, embora não tenha podido achar sua referência bibliográfica. Este risco parece ter sido confirmado na bibliografia lida, onde não foi observado, em mais de 20 artigos, nenhum caso de convulsão;

7- O único risco que vejo é o dos pacientes virem a se colocar, após o tratamento, no grupo minoritário (como visto em todos os artigos escolhidos ao acaso entre os abstracts) dos que não melhoraram;

8- Li um artigo feito por russos mostrando o efeito protetor da HBO na ocorrência de outros episódios de AVC;

9- As melhorias clínicas registradas tanto nos artigos científicos quanto na publicação dos casos incluem quase total melhora da cognição, linguagem, leitura e movimentos, com volta ao trabalho até em 3 meses após o início do tratamento. As evidências, até o momento, da eficácia da HBO justificariam, para mim, a indicação individual de meu caso por mim mesma, mesmo sem a indicação geral protocolar, indicada pelo Conselho Federal de Medicina ou CRM. Por isso, não poderia eticamente deixar de apresentar a outros pacientes uma alternativa que acreditaria boa para mim.

Gostaria, se possível, de obter a fundamentação científica, caso esta instituição opte pela não-indicação da terapêutica hiperbárica para o AVC, para que eu também possa mudar de opinião.

DO PARECER

Inicialmente, faz-se necessário relembrar a Resolução CFM n.º 1.457/95:

“O Conselho Federal de Medicina, no uso da atribuição que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina, em conjunto com os Conselhos Regionais de Medicina, constitui o órgão supervisor e fiscalizador do desempenho profissional dos médicos em todo o país;

CONSIDERANDO o surgimento de novas técnicas e procedimentos de pesquisa em Medicina, cuja aplicação implica na fiel observância dos preceitos contidos no Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO a necessidade de se estabelecer uma correta definição sobre as características e fundamentos da Medicina Hiperbárica;

CONSIDERANDO a oxigenoterapia hiperbárica (OHB) como procedimento terapêutico consagrado nos meios científicos e incorporado ao acervo de recursos médicos, de uso corrente em todo o País;

CONSIDERANDO o decidido na Reunião Plenária de 15 de setembro de 1995,

RESOLVE:

Adotar as seguintes técnicas para o emprego da OHB.

I - DISPOSIÇÕES GERAIS

1. - A oxigenoterapia hiperbárica (OHB) consiste na inalação de oxigênio puro, estando o indivíduo submetido a uma pressão maior do que a atmosférica, no interior de uma câmara hiperbárica;

2. - As câmaras hiperbáricas são equipamentos resistentes a pressão e podem ser de dois tipos - multipaciente (de maior porte, pressurizada com ar comprimido e com capacidade para várias pessoas simultaneamente) e monopaciente (que permite apenas a acomodação do próprio paciente, pressurizada, em geral, diretamente com O₂);

3. - Não se caracteriza como oxigenoterapia hiperbárica (OHB) a inalação de 100% de O₂ em respiração espontânea ou através de respiradores mecânicos em pressão ambiente, ou a exposição de membros ao oxigênio por meio de bolsas ou tendas, mesmo que pressurizadas, estando a pessoa em pressão ambiente.

II - INDICAÇÃO

2 - A indicação da oxigenoterapia hiperbárica é de exclusiva competência médica.

III - APLICAÇÃO

1. - A aplicação da oxigenoterapia hiperbárica deve ser realizada pelo médico ou sob sua supervisão;

2. - As aplicações clínicas atualmente reconhecidas da oxigenoterapia hiperbárica são as seguintes:

4.1 - Embolias gasosas;

4.2 - Doença descompressiva;

4.3 - Embolias traumáticas pelo ar;

4.4 - Envenenamento por monóxido de carbono ou inalação de fumaça;

4.5 - Envenenamento por cianeto ou derivados cianídricos;

4.6 - Gangrena gasosa;

4.7 - Síndrome de Fournier;

4.8 - Outras infecções necrotizantes de tecidos moles: celulites, fasciites e miosites;

4.9 - Isquemias agudas traumáticas: lesão por esmagamento, síndrome compartimental, reimplantação de extremidades amputadas e outras;

4.10 - Vasculites agudas de etiologia alérgica, medicamentosa ou por toxinas biológicas (aracnídeos, ofídios e insetos);

4.11 - Queimaduras térmicas e elétricas;

4.12 - Lesões refratárias: úlceras de pele, lesões pé-diabético, escaras de decúbito, úlcera por vasculites auto-imunes, deiscências de suturas;

4.13 - Lesões por radiação: radiodermite, osteorradionecrose e lesões actínicas de mucosas;

4.14 - Retalhos ou enxertos comprometidos ou de risco;

4.15 - Osteomielites;

4.16 - Anemia aguda, nos casos de impossibilidade de transfusão sangüínea.

IV - TRATAMENTO

3. - O tratamento deve ser efetuado em sessões cuja duração, nível de pressão, número total e intervalos de aplicação são variáveis, de acordo com as patologias e os protocolos utilizados.

1. - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

A revisão bibliográfica apresentada consta de 14 trabalhos, todos estrangeiros, tendo sido realizados como pesquisa em animais de laboratórios (ratos) e em humanos com AVC e TCE, sempre com número reduzidos de pacientes, por vezes um único caso.

Chama a atenção o espaço de tempo necessário para as melhoras de pacientes com AVC que, segundo a própria consulente, é em média de 3 meses, necessitando entre 60 e 180 sessões.

Na literatura neurológica brasileira consultada não há relatos sobre o assunto.

As aplicações clínicas atualmente reconhecidas para OHB são as descritas na Resolução CFM n.º 1.457/95 e contemplam as isquemias agudas traumáticas tais como a síndrome compartimental, lesões por esmagamento, reimplantação de extremidades amputadas, além de vasculites de causas medicamentosas, alérgicas ou por toxinas biológicas.

Ressalta-se que a resolução não se refere à TCE e AVC.

Sabe-se, hoje, que a OHB também está indicada com bases científicas nos casos de pneumoencefalo e também na retocolite ulcerativa ou doença de Crohn,

porém em relação ao uso em pacientes com AVC e TCE nada há cientificamente comprovado ou documentado que possa induzir a possibilidade de que este se torne um procedimento usual no presente momento.

Especificamente sobre o tema OHB em AVC e TCE, creio que deveria ser desenvolvido um protocolo de pesquisa médica respeitando os princípios éticos para as pesquisas em seres humanos de acordo com a Declaração de Helsinque e as diretrizes nacionais e internacionais para pesquisa em seres humanos, matérias publicadas pela revista *Bioética*, Vol.3, n.º 2, 1995, de onde extraí a frase de Claude Bernard, citada por Adib D. Jatene:

“O princípio da moralidade médica e cirúrgica consiste em nunca executar no homem uma experiência que possa produzir nele malefício de qualquer espécie, mesmo que o resultado possa ser altamente vantajoso para a ciência, isto é, para a saúde de outros.”

Em conclusão, volto a insistir que o CFM não deve cancelar procedimento médico ainda não cientificamente documentado.

Este é o parecer, SMJ.
Brasília, 10 de abril de 2002.

Solimar Pinheiro da Silva
Con. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 369/2002
Parecer CFM N.º 23/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/04/2002

INSCRIÇÃO DE TÉCNICO DE LABORATÓRIO MÉDICO E TÉCNICO DE PATOLOGIA CLÍNICA NOS CONSELHOS DE MEDICINA

Regina Ribeiro Parizi Carvalho*

EMENTA - Carece de previsão legal proceder o registro e fiscalização de profissões não-médicas nos Conselhos de Medicina.

Palavras-chave: técnico em laboratório, técnico de patologia, registro no CRM

ENROLLMENT OF MEDICAL LABORATORY TECHNICIANS AND CLINICAL PATOLOGY TECHNICIANS IN MEDICAL COUNCILS

Key words: laboratory technician, pathology technician

APRESENTAÇÃO

Designada esta conselheira para emitir parecer sobre os fatos, provocou-se o Setor Jurídico deste egrégio Conselho para colher informações relativas à legislação que rege as profissões mencionadas, bem como sua manifestação sobre a matéria, a qual adoto e transcrevo na íntegra, a saber:

“NOTA TÉCNICA n.º 110/2001

I – DOS FATOS

Trata-se de solicitação encaminhada pelo Setor de Pareceres do Conselho Federal de Medicina, a pedido da conselheira federal dra. Regina Parizi, acerca da possibilidade de inscrição de técnico de laboratório médico e técnico de patologia clínica nos Conselhos de Medicina.

A gênese da solicitação foi a missiva encaminhada pelo sr. V.A.C., técnico de laboratório médico, acerca da possibilidade de inscrever-se nos Conselhos de Medicina.

Na referida epístola, encaminhada por via eletrônica (e-mail), o aludido profissional informa a existência de uma “discriminação” no mercado de trabalho dos profissionais que não possuem registro em algum Conselho de classe, esclarecendo que alguns laboratórios contratantes dos serviços exigem a referida inscrição.

Lembra, ainda, que o técnico de laboratório químico pode se registrar e que o profissional biomédico também o faz, nos seus respectivos Conselhos. Sendo assim, ficam prejudicados os técnicos em laboratório médico e patologia clínica, por não possuírem conselho de fiscalização da profissão própria, e nem outro que o possa inscrever.

* Conselheira Relatora CFM

II – DO PARECER

Inicialmente, os pareceristas pedem escusas pela demora na presente resposta, tendo em vista dificuldade em buscar nas repartições competentes os necessários esclarecimentos acerca de cada profissão no início referidas.

Ainda assim, mesmo tendo buscado os imperiosos esclarecimentos, não fomos totalmente atendidos com a documentação solicitada. Buscamos junto ao Ministério do Trabalho as características de cada profissão, bem como junto ao Ministério da Educação as matérias referentes à graduação dos cursos técnicos em laboratório médico e técnico em patologia clínica, tudo debalde.

Todavia, em face do questionamento encaminhado a esta Assessoria Jurídica limitar-se à possibilidade ou não da inscrição do técnico de laboratório médico e técnico em patologia clínica, podemos responder sem os referidos esclarecimentos.

Os Conselhos de Medicina foram instituídos pelo Decreto-Lei n.º 7.955, de 13 de setembro de 1945, e definidos como autarquias federais pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, cujo escopo de sua edição foi criar órgãos supervisores da ética profissional em toda a república. Ademais, foi-lhes garantido a capacidade de julgar e disciplinar a classe médica, cabendo-lhes “zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina”.

A referida Lei n.º 3.268/57 foi regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, cujo artigo 1º assim manifesta:

“Art. 1º - Os médicos legalmente habilitados ao exercício da profissão em virtude dos diplomas que lhes forem conferidos pelas Faculdades de Medicina oficiais ou reconhecidas do país só poderão desempenhá-lo efetivamente depois de inscreverem-se nos Conselhos Regionais de Medicina que jurisdicionarem a área de sua atividade profissional.” (grifou-se)

Portanto, a criação dos Conselhos de Medicina teve como escopo controlar, disciplinar e valorizar a medicina, com especial enfoque às questões de cunho ético. Outrossim, todas as normas, diretrizes e demais procedimentos existentes na lei e em seu decreto, bem como nas resoluções dos Conselhos de Medicina, são direcionados à classe médica.

Sendo assim, a inscrição de profissionais técnicos de laboratório médico e de patologia clínica não estão albergados pela lei e seu decreto. Além de não possuir embasamento legal, foge totalmente da teleologia de todas as normas referidas.

Não obstante tal fato, caso fosse possível a pedida inscrição, ter-se-ia uma situação esdrúxula, na qual os Conselhos de Medicina teriam de criar um Código de Ética para os aludidos profissionais, com definição clara dos delitos éticos para as profissões de técnico de laboratório médico e patologia clínica, tendo em vista que o atual Código de Ética Médica não tem o condão de disciplinar os delitos éticos desses profissionais.

Ademais, teriam os Conselhos de Medicina de fiscalizarem essas profissões, com criação de uma estrutura de controle das mesmas. Seria necessário, também, criar-se um Código de Processo Ético-Profissional e resoluções que definissem claramente a situação de cada profissão. O que, salvo melhor juízo, é quase inviável.

Resta, por fim, esclarecer que somente com a modificação das normas existentes (lei e decreto) seria possível a inscrição do técnico em laboratório médico e de patologia clínica. Para tanto, necessário se faz seja encaminhado projeto de lei para o Congresso Nacional, no qual haja previsão expressa da inscrição dos aludidos profissionais nos Conselhos de Medicina.

III – CONCLUSÃO

Por todo o exposto, entendemos pela impossibilidade legal da inscrição do técnico de laboratório médico e de patologia clínica nos Conselhos de Medicina.”

Sendo assim, entendo, da mesma forma que a Assessoria Jurídica desta Casa, que não há sustentação legal para que os Conselhos de Medicina procedam o registro e fiscalização dos profissionais mencionados pelo consulente.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 31 de julho de 2001.

Regina Ribeiro Parizi Carvalho
Cons. Relatora

Processo-Consulta CFM n.º 6178/2000
Parecer CFM Nº 46/2001
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 21/11/2001

AUTONOMIA DO MÉDICO PERITO

Dardeg de Souza Aleixo*

EMENTA - O médico legista, como qualquer outro médico, está preso aos princípios éticos fundamentais que regem a Medicina, devendo obedecer às resoluções emanadas pelos CRMs e CFM. O médico legista tem o direito de recusar-se a trabalhar em locais que sejam inadequados ou impróprios para o exercício de sua função.

Palavras-chave: autonomia médica, médico perito, médico legista, local de perícia

AUTONOMY OF MEDICAL EXAMINER

Key words: medical autonomy, medical expert, forensic physician, appropriate consultation room

DA CONSULTA

A presente consulta foi formulada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Amapá, que solicita emissão de parecer e posterior apreciação da Resolução CREMAP n.º 6/2001.

O CREMAP informa adicionalmente que: *“a elaboração desta resolução teve por motivação um projeto da Secretaria de Justiça do estado, que pretende, em procedimento retrógrado, que os exames de corpo de delito voltassem a ser realizados no interior de delegacias de polícia. Após longo período de luta, anos atrás, conseguimos que no Amapá o cidadão, ainda que preso, tivesse direito a exame justo, livre de pressões e constrangimentos, fora do ambiente estritamente policial, respeitando-se, ainda, a autonomia do médico perito, uma vez que os exames periciais são elaborados no Departamento de Medicina Legal”.*

DO PARECER

A Medicina Legal é, provavelmente, a mais antiga especialidade médica. De sua existência encontram-se relatos desde o Império Romano.

Como ramo da Medicina, serve à Justiça, empregando conhecimentos da arte médica na solução de questões jurídicas.

O laudo médico pericial é utilizado como prova técnica, devendo estar isento de tendências, vícios e distorções, condição básica para atingir seu objetivo principal: descrever e interpretar fatos médicos para a correta aplicação da Justiça.

Ressalta-se que o médico legista é o profissional que faz o elo entre a ciência médica e a ciência jurídica. Dele exige-se aprimoramento constante dos conhecimentos técnico-científicos e total independência no exercício de sua arte.

* Conselheiro Relator CFM

Sendo a Medicina Legal uma especialidade médica e a perícia médico-legal um ato médico, obrigatoriamente o médico legista deve obedecer aos preceitos e dogmas da arte hipocrática, contidas no Código de Ética Médica, subordinando-se e pautando sua conduta pelas normas emanadas pelos Conselhos Regionais e Federal de Medicina.

Infelizmente, há no Brasil uma grave distorção histórica. No século passado, em meados dos anos 20, um decreto colocou a Medicina Legal dentro da Polícia Civil, subordinado-a à mesma, com inconfessáveis intenções de acobertar atos abomináveis praticados contra o homem. Com o passar dos anos, criou-se uma mentalidade totalmente errônea, até mesmo por conveniência, na qual o médico legista não é médico e sim policial – e como tal não precisa respeitar os princípios fundamentais da ética médica.

Na realidade, o laudo pericial médico-legal, realizado com isenção, sem constrangimentos de qualquer espécie, é um dos principais instrumentos de garantia aos Direitos Universais do Homem.

O periciado, não importa se vítima ou agressor, tem o direito de ser visto e respeitado como homem, examinado pelo médico legista em um ambiente neutro, sem a presença de estranhos, devendo sentir-se seguro e livre de coações, tendo total liberdade para relatar sua versão dos fatos. O periciado não pode confundir a figura imparcial e isenta do médico legista, interessado na busca da verdade dos fatos através da prova técnica, com o aparelho repressor do Estado.

Assim como o oficial médico das Forças Armadas só é oficial porque é médico, o médico legista só é legista porque é médico.

O médico legista deve exercer seu mister livre de constrangimentos, coações ou pressões de quaisquer espécies, mantendo o respeito incondicional pelo homem. Deve trabalhar longe do ambiente repressivo das delegacias de polícias e afins, respeitando e exigindo que se respeite os Direitos do Homem.

Como ficaria a posição do médico legista, trabalhando no interior de delegacias policiais, quartéis ou casas de detenção, repleta de policiais, caso assistisse à violação dos direitos humanos? Seria uma simples testemunha, um perito médico testemunha ou um perito médico, com obrigação legal de relatar os fatos? O médico legista não é, e não pode ser visto como, testemunha ou cúmplice dos fatos. Sua função é descrever, através da observação atenta e minuciosa, os fatos ocorridos, interpretando-os para a Justiça com seus conhecimentos de Medicina.

Há outra questão de ordem prática que precisa ser colocada: o médico legista, ao assistir a uma violação dos Direitos do Homem, no interior de uma dependência policial, cercado de vários policiais, terá condições de intervir para cessar tal ação, ou mesmo dizer para o delegado de plantão: estou referindo neste laudo que o sr. é o responsável por este fato, e como tal será responsabilizado legalmente?

A história recente de nosso país, especificamente no período do regime militar, mostra-nos que colocar o médico legista para trabalhar no interior de órgãos policiais é nefasto para a Justiça e nocivo para a defesa dos Direitos Humanos.

Por derradeiro, incorporo o entendimento da Nota Técnica n.º 228/2001, de lavra da Assessoria Jurídica do CFM.

CONCLUSÃO

O médico legista, como qualquer outro médico, está preso ao juramento de fidelidade aos princípios éticos que norteiam o exercício da Medicina, devendo obedecer às normas oriundas dos CRMs e CFM.

Assim, deve recusar-se a trabalhar no interior de delegacias policiais e afins, porque tais locais, além de serem incompatíveis com a prática ética da Medicina, não permitem correta avaliação do periciado. A Medicina não pode ser exercida de maneira discriminatória ou constrangedora com o paciente.

O médico legista tem o direito de recusar-se a trabalhar em locais que sejam inadequados ou impróprios para o bom exercício ético da profissão.

O médico legista que se submete ou dá ordens para realizar exames periciais em locais eticamente impróprios ou inadequados estará violando os preceitos éticos contidos no CEM e, por conseguinte, fica sujeito às sanções cabíveis.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 12 de abril de 2002.

Dardeg de Souza Aleixo
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM n.º 5291/2001

Parecer CFM n.º 28/2002

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 09/05/2002

CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

Antonio Gonçalves Pinheiro *

EMENTA - A cirurgia buco-maxilo-facial, regulamentada em resolução conjunta CFM/CFO (n.º 1.536/98), reconhece área restrita do médico, área restrita do odontólogo e área onde indistintamente podem atuar médicos e/ou odontólogos.

Palavras-chave: cirurgia em odontologia, competência do odontólogo, limite cirúrgico, cirurgia estética odontológica

BUCCOMAXILLARYFACIAL SURGERY

Key words: dentistic surgery, dental surgeons jurisdiction, esthetic surgery in odontology

HISTÓRICO

O sr. F.C.V.R. consulta o Conselho Federal de Medicina acerca de questão específica sobre a Resolução n.º 1.536/98, que trata do exercício da cirurgia buco-maxilo-facial, pontualmente referindo:

1. Quais as cirurgias de estrita competência do cirurgião dentista?
2. Quais são as cirurgias estéticas funcionais do aparelho mastigatório?

PARTE CONCLUSIVA

A Resolução CFM n.º 1.536/98, conjuntamente elaborada com o Conselho Federal de Odontologia e com a presença de Câmara Técnica das Sociedades Brasileiras de Anestesiologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Otorrinolaringologia, Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia Plástica, Conselho Brasileiro de Oftalmologia e Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, refere especificamente em seu artigo 2º que:

“É da competência exclusiva do médico o tratamento de neoplasias malignas, neoplasias das glândulas salivares maiores (parótida, submandibular e sublingual), o acesso pela via cervical infra-hioídea, bem como a prática de cirurgia estética, ressalvadas as estéticas funcionais do aparelho mastigatório.”

Anteriormente, no corpo das considerações iniciais, temos que:

“Considerando que as cirurgias crânio-cervicais são realizadas por médicos especializados, aos quais é impossível estabelecer restrições de qualquer natureza, salvo as de estrita competência do cirurgião dentista.”

Sem querer pormenorizar cada tipo de procedimento, iremos direto à interpretação das dúvidas do consulente, que, como vimos, centram-se nestas duas citações feitas anteriormente:

* Conselheiro Relator CFM

1. As cirurgias de estrita competência do cirurgião dentista são as cirurgias dentárias de qualquer natureza (extrações, reabilitações, implantes, desimpactações e outras análogas);

2. As cirurgias estéticas funcionais do aparelho mastigatório que não são exclusividade do cirurgião-dentista (mas no texto do artigo são ressalvadas das cirurgias estéticas faciais, que são privativas de médicos) são as que buscam a harmonia de funcionamento dos maxilares, tais como correção de prognatismo, retrognatismo, de mordida aberta por causas diversas e assimetrias laterais dos maxilares, entre outras.

Como vimos, há área restrita do odontólogo, área restrita do médico e uma área onde atuam indistintamente médicos e odontólogos com treinamento específico para tal.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 12 de abril de 2002.

Antonio Gonçalves Pinheiro
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM n.º 542/2002
Parecer CFM n.º 25/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/04/2002

QUESTIONAMENTOS REFERENTES À ATUAÇÃO DO ACADÊMICO DE MEDICINA NA REALIZAÇÃO DE ATOS MÉDICOS.

Eliane de Souza*

EMENTA - Não é permitido ao estudante de Medicina receber por estágio, mesmo sob supervisão direta de um médico, o que caracteriza exercício ilegal da Medicina, exceto naqueles estágios onde existem convênios entre a instituição de ensino e o hospital, sendo a remuneração feita em forma de bolsa.

Palavras-chave: acadêmico de medicina, exercício ilegal, tutorização, estágio acadêmico remunerado, limites de atuação, bolsa acadêmica

THE MEDICAL STUDENT AREA OF ACTION IN MEDICAL PROCEDURES

Key words: medical students, illegal practice, acting limits, students intership

Em 5 de junho de 2000, o consulente encaminha ao CFM a seguinte mensagem eletrônica:

"Sou estudante de medicina (interno do 10º semestre) e foi-me oferecido um estágio remunerado, sob supervisão direta de um médico. Gostaria de saber se este estágio está conforme os padrões do CFM e gostaria de saber se, caso seja legal, quais são os procedimentos permitidos ao estudante de medicina, e quais lhe são vedados.

Também já ouvi falar que em outras cidades, alguns estudantes de medicina trabalham em clubes, trabalhando na realização e exames físicos em sócios dos clubes e são bem remunerados por esse trabalho. Esse trabalho é regulamentado por lei? Isso pode ser encarado como prática ilegal de medicina?

E, por último, gostaria de saber se há um código de ética do estudante de medicina."

PARECER

Inicialmente, temos a considerar:

1 - O treinamento do estudante de Medicina, especificamente na fase de internato, tem suas normas regulamentadas pelo Ministério da Educação (Resolução nº 1, de 4/5/89, que altera a resolução nº 9, de 29/5/83).

2 - A faculdade é responsável pelas ações que atribuir aos seus alunos, devendo oferecer aos mesmos as condições necessárias para o aprendizado, como,

* Conselheira Relatora CFM

por exemplo, no caso de prática médica realizada por internos do curso médico, supervisão direta de profissionais médicos.

3 - O estudante de Medicina não tem qualquer responsabilidade legal na realização do atendimento médico feito sob supervisão de médico, o qual responde pelo referido atendimento.

4 - O atendimento médico realizado por pessoa não-habilitada e não registrada no Conselho Regional de Medicina caracteriza exercício ilegal da Medicina.

5 - O Código de Ética Médica, aprovado na I Conferência Nacional de Ética Médica, em novembro de 1987, e em vigor desde janeiro de 1988, aplica-se aos médicos.

6 - O parecer CFM n.º 21/96, aprovado em 10/9/96, responsabiliza os diretores clínicos e/ou técnicos das instituições prestadoras de serviços médicos por problemas decorrentes da atuação dos acadêmicos, caso inexistir programa de estágio nas mesmas. Podendo, inclusive, incorrer em ato ilícito, conforme preceituam os artigos 30 e 38 do CEM.

7 - O parecer CFM n.º 13/97, aprovado em 09/4/97, responsabiliza exclusivamente o médico preceptor pelo ato médico praticado pelo interno do curso de Medicina.

Após estas considerações, respondendo ao consulente, o estágio que seguir as normas acima citadas é considerado ético pelo CFM.

Ao estudante de Medicina é permitido realizar a anamnese, exame físico, solicitação de exames complementares e prescrição, sempre sob supervisão do médico preceptor.

A situação descrita em seu questionamento configura exercício ilegal da Medicina, podendo os referidos alunos serem processados por tal prática, e seus empregadores também.

Não existe Código de Ética Médica para estudante de Medicina, reconhecido e aprovado pelo CFM.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 5 de maio de 2002.

Eliane de Souza
Cons. Relatora

Processo-Consulta CFM n.º 5350/2000
Parecer CFM n.º 33/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/07/2002

DIREITO DE INTERNAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA

Eliane de Souza*

EMENTA - O cirurgião-dentista especialista em cirurgia buco-maxilo-facial, no atendimento de patologias específicas de sua área de atuação, tem o direito de internação destes pacientes, respeitando as normas da instituição onde será feita a internação.

Palavras-chave: internação odontológica, cirurgião-dentista, resolução específica

DENTAL SURGEON RIGHT FOR HOSPITAL INTERNMENT

Key words: odontological admission, dental surgeon

Em 23 de março de 2000 a sra. K.E.T. envia ao CFM o seguinte questionamento:

"Tem o dentista especialista em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial o direito conferido ao médico de internar e assistir seus pacientes em hospitais, mesmo não sendo membro de seu corpo clínico, respeitadas as normas da instituição?"

PARECER

A Resolução CFM n.º 1.536, aprovada em 11 de novembro de 1998, que normatiza a competência do médico, cirurgião plástico e anestesista nos atendimentos a pacientes compartilhados com os cirurgiões-dentistas, define em seu artigo 6º: *"Quando da internação de paciente sob os cuidados do cirurgião-dentista não se aplica o dispositivo da Resolução CFM n.º 1.493/98."*

A Resolução CFM n.º 1.493, aprovada em 15 de maio de 1998, determina que o diretor clínico do estabelecimento de saúde tome as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta, mas não prevê a situação de pacientes internados pelo cirurgião-dentista.

Considerando que o hospital é uma instituição de saúde onde atuam, para benefício dos pacientes, equipes multiprofissionais; que existem casos de interesse específico da Odontologia na área de atuação do cirurgião odontólogo buco-maxilo-facial, especificamente pacientes especiais, como, por exemplo, deficientes mentais, cujos atendimentos odontólogos necessitam muitas vezes da internação e atuação do anestesista, entendo que os referidos hospitais devem prever em suas normas e regimentos a atuação do cirurgião odontólogo, naqueles casos específicos, não

* Conselheira Relatora CFM

podendo, portanto, haver impedimento a que o cirurgião-dentista faça a internação e assistência a estes pacientes, desde que respeitadas as normas da instituição.

Os casos de atuação conjunta do médico e do odontólogo devem seguir a Resolução CFM n.º 1.536/98.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 1 de maio de 2002.

Eliane de Souza
Cons. Relatora

Processo-Consulta CFM n.º 2727/2000

Parecer CFM n.º 32/2002

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 12/07/2002

TJ-DF

Mudança de nome e de sexo

O juiz Carlos Frederico Maroja, em exercício na 1ª Vara de Família de Brasília, autorizou a alteração do nome de nascimento de um homem vítima de hermafroditismo. Na mesma decisão, o magistrado concedeu a mudança de sexo no registro do interessado que mudará de "masculino" para "feminino".

Com a decisão, a pessoa inscrita sob o nome fictício de "Moacir", passará a se chamar "Bianca".

De acordo com o entendimento do juiz, o nome é um dos mais poderosos signos sociais e, por isso, todo indivíduo tem o direito de ter um nome que não lhe cause constrangimentos ou o exponha ao ridículo. Sobre o assunto, o magistrado deixa claro: "Alguém que tenha a aparência de mulher, sinta-se mulher, seja vista e tratada socialmente como mulher, mas que ostente um nome de homem, depara-se com evidente conflito entre sua personalidade social e jurídica."

A sentença encontra respaldo jurídico na Constituição Federal e na Lei de Registros Públicos. A Carta Magna repudia veementemente a exposição de alguém ao ridículo.

Transcrito
Gazeta do Povo 02/12/02

CRIANÇAS PORTADORAS DE HIV – COMO/QUANDO/QUEM DEVE INFORMAR O PACIENTE SOBRE A DOENÇA

Célia Inês Burgardt*/**
Marta Francisca de Fátima Fragoso*
Luzilma Terezinha Flenik Martins*
Clóvis Arns da Cunha*

Palavras-chave: criança aidética – Informação diagnóstica ética, segredo médico, momento ético

HIV CHILDREN - HOW/WHEN/WHO SHOULD INFORM THE PATIENT ABOUT THE DISEASE

Key words: HIV+ seropositive, ethical diagnostic information, confidence

Dr. F. J. K., formula consulta a este Conselho no seguinte teor:

“Como residente de Doenças Infecto-Parasitárias da UEL, acompanho crianças portadoras do HIV, muitas das quais já se encontram com sinais e sintomas de doença (AIDS) e, por conseguinte, estão em uso de terapia antirretroviral. Em função desta nova abordagem terapêutica houve, nestes últimos anos, uma melhora na sobrevida (bem como qualidade de vida) destas crianças. A minha pergunta baseia-se na escolha do momento ideal para prestar esclarecimento ao paciente (antes uma criança, agora talvez adolescente). Quem deve contar à criança? (apenas o médico?) Como pesar o benefício e o prejuízo em esclarecer este paciente. Existe alguma posição definida pelo CFM? Até quando uma criança tomaria um medicamento chamado, p. ex.: “AZT”, sem que se dê conta do que se trata?”

À consulta temos a aduzir:

A maneira pela qual o médico vai conduzir o tratamento de uma criança portadora de HIV, deve ser individualizada. Cada caso deve ser analisada de forma isolada, contemplando todos os aspectos de conhecimento e envolvimento, tanto da equipe de saúde, quando da família.

Diretrizes gerais de bom senso devem nortear todo esse trabalho, sendo que cabe ao médico oferecer à família do paciente, em especial à mãe, todos os esclarecimentos necessários sobre a questão de ser portador ou doente por esse vírus.

Essas crianças desde muito cedo, são levadas rotineiramente aos serviços de saúde, e já crescem rodeadas por procedimentos profissionais, o que já torna sua infância diferente das crianças não portadoras do vírus HIV.

* Membros da Comissão Técnica em Infectologia do CRMPR

*/** Conselheira CRMPR

A família ou o responsável legal pela criança HIV positiva é quem deve, preferencialmente, conversar mais sobre esse assunto com ela no cotidiano da vida domiciliar. O entendimento dessa realidade não pode acontecer em um momento único e definido.

As informações devem ser oferecidas no tempo e na medida que a criança vai desenvolvendo sua capacidade de entendimento.

Ressalta-se a importância de programas interdisciplinares para acolher as famílias e principalmente essas crianças. É fundamental o comprometimento de toda a equipe profissional para minimizar os problemas advindos do vírus HIV, assim como fortalecer todos os aspectos potenciais da melhora física, psíquica e social que advém dessa situação.

É o parecer.

Curitiba, 30 de abril de 2002.

Dr.^a Célia Inês Burgardt

Dr.^a Marta Francisca de Fátima Fragoso

Dr.^a Luzilma Terezinha Flenik Martins

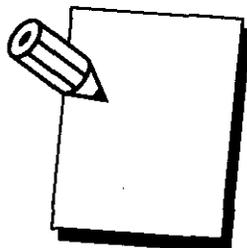
Dr. Clóvis Arns da Cunha

Processo-Consulta CRMPR n.º 154/2000

Parecer CFM n.º 1435/2002

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 17/06/2002



Fone 0 xx 41 - 322-8238
 Fax 0 xx 41 - 322-8465
 e-mail: crmpr@crmpr.org.br

Decreto Federal nº 44.045 de 19.07.1958 - D.O. de 25.07.1958

Artigo 6º - Fica o médico obrigado a comunicar ao Conselho Regional de Medicina em que estiver inscrito, a instalação de seu consultório ou local de trabalho profissional, assim como qualquer transferência de sede, ainda quando na mesma jurisdição.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

RUA MAL. DEODORO, 497 - 3º ANDAR - "EDIFÍCIO MERINA GAILLET"
 CAIXA POSTAL 2.208 - CEP 80020-909 - CURITIBA - PR - FONE (041) 322-8238 - FAX (041) 322-8465

FORMULÁRIO PARA ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO

Médico(a):..... CRM/PR

Favor assinalar o endereço onde deseja receber as correspondências:

[...] **Endereço residencial:**.....
 Bairro:

Município:.....UF:.....CEP:.....

Telefone residencial: (.....)..... Telefone celular: (.....).....

[...] **Endereço comercial:**.....
 Bairro:

Município:.....UF:.....CEP:.....

Telefone comercial: (.....)..... - (.....).....

Endereço eletrônico:.....

Permite a divulgação do seu endereço para terceiros?

[...] Não Se Sim: [.....]Residencial: [...] Comercial

Observações.....

Em/...../..... Assinatura:.....

Endereço atualizado em/...../..... Visto do Funcionário CRM/PR.....

A CONCILIAÇÃO E O CÓDIGO DE PROCESSO ÉTICO PROFISSIONAL DOS CONSELHOS DE MEDICINA DO BRASIL

Antônio de Padua Cavalcante*
Márcia Rebelo de Lima**

Estabelece o Art. 9º do CPEP que "Será facultada a conciliação das denúncias de possível infração ao Código de Ética Médica, com a expressa concordância das partes, até o encerramento da sindicância".

Palavras-chave: conciliação, consentimento das partes, normas de conciliação, conciliador

THE CONCILIATION AND THE CODE OF ETHIC PROFESSIONAL PROCESS IN BRAZILIAN COUNCILS

Key words: conciliation, guidelines

Em seus parágrafos, o Art. 9º do CPEP estabelece as normas para que o rito da conciliação seja cumprido, em etapas distintas, a saber:

Proposição de conciliação;

Aceitação dos termos da conciliação;

Elaboração do relatório circunstanciado e do termo de conciliação;

Aprovação pela Câmara de Julgamento de Sindicâncias e homologação pelo Pleno do CRM;

O procedimento de mediação nos CRM's orientar-se-á pelos critérios da oralidade, simplicidade, informalidade e economia processual, não cabendo recurso se o seu resultado for aceito pelas partes.

No Art. 10 o CPEP veda o acerto pecuniário na homologação da conciliação.

Entendemos que o procedimento de conciliação não se aplica a qualquer denúncia que seja objeto de sindicância, dela sendo excluídos os bens jurídicos inalienáveis, tais como a integridade física, a vida, a privacidade e o sigilo médico.

O que significa conciliação?

Conciliação significa "acordo entre as partes litigantes para por fim à demanda". No âmbito judicial ela ocorre quando, por proposta do juiz, tenta-se dirimir de forma negociada, qualquer litígio entre as partes.

A conciliação é um método extrajudicial de resolução de conflitos, na qual as partes contam com a assistência de um terceiro (o conciliador). O conciliador interfere na busca da solução para o conflito e participa na elaboração do acordo.

* Vice Corregedor, ** Corregedora. Conselho Regional de Medicina do Estado de Alagoas.

A conciliação no âmbito dos Conselhos de Medicina apresenta vantagens, dentre as quais ser menos onerosa em termos de tempo, menos formal, mais previsível e participativa, possibilitar relações menos conflituvas e a busca de soluções criativas, práticas e realizáveis. Ela sempre será confidencial.

Cabe ainda ao conciliador interagir com as partes, procurar estabelecer um ambiente de confiança, estimular a comunicação, conhecer a matéria objeto da controvérsia e propor, com as partes opções para a solução do conflito.

Do conciliador:

Cabe ao conciliador manter o respeito entre as partes, esclarecer sobre o procedimento e objetivos da conciliação e participar de todas as etapas do procedimento de conciliação.

O conciliador deve facilitar o entendimento entre as partes, mantendo a comunicação entre elas e capacitando-as para utilizarem suas habilidades na busca do acordo. Ele deve ter habilidade para escutar as partes, lideranças, flexibilidade e autoridade. Deve antes de iniciar o procedimento esclarecer as partes sobre as etapas da conciliação e explicar no que consiste a sindicância e o processo ético-profissional.

Os momentos em que o conciliador participa do procedimento devem ser balizados pelo respeito à vontade das partes, utilizando técnicas de persuasão, entre as quais a demora na solução da lide, a falta de provas documentais e a não constatação de danos ao denunciante.

Das etapas do procedimento de conciliação:

O procedimento de conciliação pode, de forma sumária, compreender as seguintes etapas:

I – instalação da sessão de conciliação, etapa na qual o conciliador informa as partes em que consiste o procedimento, quais os seus objetivos e se as mesmas aceitam o mesmo. Não havendo aceitação pelas partes, o Conselheiro transforma a sessão na oitiva das partes, conforme estabelece o CPEP, dando início a sindicância.

II – relato das partes, devendo-se fixar o mesmo tempo para os relatos. Se necessário, pode-se reabrir o tempo para complementar o relato. O conciliador terá participação ativa, esclarecendo os pontos obscuros e mediando a sessão.

III – identificação da demanda – caberá ao conciliador identificar a demanda e iniciar a busca do acordo, definindo e redefinindo o que originou o conflito.

IV – formulação de acordo – nesta etapa o conciliador, juntamente com as partes, deverá gerar possibilidades ou opções, de acordo que satisfaçam os interesses das partes, que sejam justas, simples, legais e aceitas de comum acordo.

V – elaboração do termo de conciliação – nesta fase o conciliador elabora em conjunto com as partes, por escrito o termo de acordo, que será assinado pelas partes, pelo corregedor e pelas testemunhas presentes, se houver, bem como pelos advogados das partes presentes. O termo sempre será assinado pelo Encarregado de Processo do SECOPE.

O termo de acordo conterá a qualificação das partes, a descrição detalhada do objeto do acordo e a cláusula de encerramento.

Só podem firmar o acordo, a parte capaz, ou seja, os maiores de 21 anos. Os absolutamente e os relativamente incapazes podem ser signatários de um termo de acordo de conciliação, desde que sejam representados ou assistidos.

No procedimento de conciliação os advogados das partes podem participar ou representar as mesmas.

HISTÓRIA DA MEDICINA

Ehrenfried O. Wittig *



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA (1852-2002)

Hospital de Caridade

Há 150 anos (09/06/1852) foi criada a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. O Hospital de Caridade da Santa Casa foi inaugurado em 1880 com a presença de D. Pedro II e Dona Thereza Cristina Maria. Cabe ao provedor, Dr. José Cândido da Silva Muricy, o mérito da sua construção, que infelizmente faleceu um ano antes da sua inauguração. Foi nossa primeira grande instituição médica e, serviu ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná de 1913 até 1960.

Este ano, em seu prédio, patrimônio histórico cultural do Estado, foi instituído o Memorial da Santa Casa, uma brilhante idéia de preservação da história da medicina, farmácia e enfermagem deste período. A medicina do Paraná deve muito ao trabalho da Irmandade.

Palavras-chave: história da medicina

Key words: history of medicine

* Diretor do "Museu de Medicina" da Associação Médica do Paraná.
Para doações, ligue para a secretaria da AMP - 0xx41. 342-1415

ÍNDICE REMISSIVO 2002

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ ÍNDICE REMISSIVO POR ORDEM ALFABÉTICA DE ASSUNTOS E AUTORES. NÚMEROS 73 À 76/2002

OBSERVAÇÕES

- 1 - O indicativo numeral de página da palavra chave, corresponde a página inicial do artigo ou texto onde está o assunto;
- 2 - Cada assunto pode ter mais de uma palavra-chave;
- 3 - A presença de "art.", significa artigo do Código de Ética Médica, 1988;
- 4 - Solicita-se a comunicação à secretaria, de eventual indicação errônea;
- 5 - Pedimos sugestões para inclusões futuras;
- 6 - Os artigos publicados nos "Arquivos" podem ser obtidos em cópia xerox por telefone ou e-mail;
- 7 - Índice remissivo dos nºs 1 à 56 estão a disposição no Suplemento I, vol. 14, de Dez./97.
- 8 - Este índice pode ser consultado através da Home Page do CRM-Pr.

<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Ano</u>	<u>Vol.</u>
Aborto				
Discriminalização	73	1	2002	19
Dominação Ideológica	73	1	2002	19
Guarda de Fetos	73	1	2002	19
Heteronomia	73	1	2002	19
Legalização	73	1	2002	19
Liberdade	73	1	2002	19
Penalização	73	1	2002	19
Precanceito	73	1	2002	19
Acadêmico de Medicina				
Ato Médico	76	216	2002	19
Bolsa de Estudo	76	216	2002	19
Código de Ética do Estudante	76	216	2002	19
Diretor Clínico	76	216	2002	19
Estágio Remunerado	76	216	2002	19
Exercício Ilegal da Medicina	76	216	2002	19
Limite de Atuação	76	216	2002	19
Remuneração	76	216	2002	19
Tutorização	76	216	2002	19
Acidente de Trabalho				
Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)	73	25	2002	19
Epidemiologia	73	25	2002	19
Preenchimento Ético de Formulários	73	25	2002	19
Acúmulo de Função				
Diretor Técnico	75	133	2002	19
Anestesia				
Circuito Fechado	73	24	2002	19
Cirurgião ou Cirurgião Dentista	73	29	2002	19
Mistura de Gases	73	24	2002	19
Presença do Radiologista	73	29	2002	19
Proibição	72	24	2002	19
Proibida Para não Médicos	73	29	2002	19
Resolução CFM N.º 1355/92	73	24	2002	19
Responsabilidade	73	29	2002	19
Segurança	73	24	2002	19
Usina Concentradora de O ₂	73	24	2002	19
Anestesiologista				
Ato Radiológico	75	126	2002	19
Ver Anestesia	00	00	00	00
Anúncio				
Ética	75	127	2002	19

<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Ano</u>	<u>Vol.</u>	<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Ano</u>	<u>Vol.</u>
Arbitragem					Classificação				
Conflitos	73	37	2002	19	Teoria objetiva	74	57	2002	19
Paciente Crônico/Terminal	73	37	2002	19	Teoria Subjetiva	74	57	2002	19
Arquivo Médico					Comissão de Revisão de Prontuário				
Comissão de Ética Médica	76	169	2002	19	Atribuições	76	174	2002	19
Comissão de Revisão de Prontuário	76	169	2002	19	Comissão de Ética Médica	76	174	2002	19
Comissão Permanente de Avaliação de Documentos	76	169	2002	19	Comissão Permanente de Documentos	76	174	2002	19
Guarda e manuseio de prontuário	76	169	2002	19	Normas	76	174	2002	19
Prontuário	76	169	2002	19	Comissão Permanente de Avaliação De Documentos				
Resol. CONARQ nº 7/97	76	169	2002	19	Arquivo Médico	76	174	2002	19
Associação de Classe					Competência				
Anúncio	75	127	2002	19	Enfermeiro	74	85	2002	19
Atestado Médico					Conceito				
Conflito de Parecer	75	145	2002	19	Conciliação	76	223	2002	19
Atestado de Óbito					Dano	74	57	2002	19
Assistência Leiga	76	186	2002	19	Elestroconvulsoterapia	76	177	2002	19
Atendimento por não médico	76	186	2002	19	Excludente	74	57	2002	19
Instituto Médico Legal	76	186	2002	19	Heteronamicidade	73	01	2002	19
Laudo	76	186	2002	19	Prontuário	76	169	2002	19
Perito	76	186	2002	19	Responsabilidade Civil	74	57	2002	19
Ato Médico					Terapia Hiperbérica	76	204	2002	19
Elestroconvulsoterapia	76	208	2002	19	Conciliação				
Auto-Medicação					Acórdão	76	223	2002	19
Dano	74	57	2002	19	Código de Ética	76	223	2002	19
Responsabilidade	74	57	2002	19	Conceito	76	223	2002	19
Auto-Promoção					Conciliador	76	223	2002	19
Internet	73	31	2002	19	Medicação	76	223	2002	19
Resolução CFM N.º 1036/80	73	31	2002	19	Normas	76	223	2002	19
Telemedicina	76	177	2002	19	Termo de Conciliação	76	223	2002	19
Autonomia					Concurso Público	74	104	2002	19
Conflitos	73	37	2002	19	Deficiente	74	104	2002	19
Médica	76	186	2002	19	Transplantado de Rim	74	104	2002	19
Médica em Paciente Crônico/Terminal	73	37	2002	19	Conflito				
Médico Legista	76	186	2002	19	Arbitragem	73	37	2002	19
Paciente Crônico/Terminal	73	37	2002	19	Paciente Crônica / Terminal	73	37	2002	19
Perito Médico	76	186	2002	19	Consultório				
Avaliação de Receita					Local de Exame	76	190	2002	19
Farmacêutico	75	140	2002	19	Perícia Médica	76	190	2002	19
Fiscalização Indevida	75	140	2002	19	Corpo de Delito				
Avaliação Médica					Consultório	76	188	2002	19
Detran	75	135	2002	19	Exame Médico-Pericial	76	188	2002	19
Local Adequado	75	135	2002	19	Local de Exame	76	188	2002	19
Local Específico Para Exame	75	135	2002	19	Normas	76	188	2002	19
Perito	75	135	2002	19	Coturno				
Bolsa					Calçado Militar	73	14	2002	19
Estágio remunerado	76	194	2002	19	Lesão em Pé	73	14	2002	19
Ver Acadêmico de Medicina	00	00	00	00	Normas de Confecção	73	14	2002	19
Calçado Militar					Culpa				
Lesão em Pé	73	14	2002	19	Excludente	74	57	2002	19
Carteira de Motorista					Dano				
Contran	75	154	2002	19	Conceito	74	57	2002	19
Critérios de Avaliação	75	154	2002	19	Coturno	73	14	2002	19
Deficiente	75	154	2002	19	Nexo de Causalidade	74	57	2002	19
Cirurgia Buco-maxilo-facial					Reparação	74	57	2002	19
Cirurgião-dentista	76	214	2002	19	Declaração				
Estético	76	214	2002	19	De Tel Aviv/Telemedicina	76	192	2002	19
Limites de atuação	76	214	2002	19	Deficiência Física				
Cirurgia-Dentista					Carteira de Motorista	75	154	2002	19
Internação Hospitalar	76	218	2002	19	Concurso Público	74	104	2002	19
Resolução CFM nº 1536/98	76	218	2002	19	Transplantado de Rim	74	104	2002	19
Cirurgia Plástica					Desfibrilador Automático				
Estética	76	214	2002	19	Capacitação Decisão	75	131	2002	19
Financiamento	73	16	2002	19	Uso por Não Médico	75	131	2002	19
Parcelamento	73	16	2002	19	Detran				
Publicidade	73	16	2002	19	Avaliação Médica	75	135	2002	19
Cirurgião-Dentista					Carteira Nacional de Habilitação	75	135	2002	19
Cirurgia Estética	76	218	2002	19	Deficiente	75	154	2002	19
Limites Cirúrgicos	76	218	2002	19	Exame de Aptidão Física/Mental	76	220	2002	19
Regulamentação	76	218	2002	19	Local Adequado Para Exame	75	135	2002	19
					Perito Examinador	75	135	2002	19

<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Ano</u>	<u>Vol.</u>	<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Ano</u>	<u>Vol.</u>
Diagnóstico					Enfermeiro				
Esclarecedor do Diagnóstico	76	220	2002	19	Ato Médico	74	85	2002	19
Informação Diagnóstica	76	220	2002	19	Competência	74	85	2002	19
Portador de HIV	76	220	2002	19	Na Equipe de Saúde	74	85	2002	19
Revelação à Criança	76	220	2002	19	Prescrever Medicamento	74	85	2002	19
Segredo Médico	76	220	2002	19	Solicitar Exame	74	85	2002	19
Diagnóstico de Procedimento					Erro Médica				
Validação Pelo CFM	73	23	2002	19	Responsabilidade Civil	74	57	2002	19
Diploma					Responsabilidade do Paciente	74	57	2002	19
Brasileiro Diplomado no Exterior	73	18	2002	19	Erro Odontológico				
Médico Estrangeiro	73	18	2002	19	Responsabilidade Civil	74	57	2002	19
Direito Médico					Responsabilidade do Paciente	74	57	2002	19
Greve de Residente	75	113	2002	19	Estágio				
Diretor Clínico					Acadêmico Remunerado	76	216	2002	19
Acadêmica de Medicina	76	216	2002	19	Bolsa	76	216	2002	19
Estágio Remunerado	76	216	2002	19	Estética				
Fornecer Documentos Médicos	74	87	2002	19	Cirurgia Dentista	76	214	2002	19
Negar Documentos Médicos	74	87	2002	19	Limite Cirúrgico	76	214	2002	19
Responsabilidade	76	216	2002	19	Estrangeiro				
Diretor Técnico					Registrar Diploma	73	18	2002	19
Limite de Entidades	73	21	2002	19	Residência no Brasil	73	18	2002	19
Limite de Responsabilidade Técnica	75	133	2002	19	Estudante de Medicina				
Responsabilidade	73	21	2002	19	Ver Acadêmico de Medicina	76	216	2002	19
Segurança de Equipamento	75	151	2002	19	Ética				
Discriminização					Confidência/Sigilo	73	25	2002	19
Aborto	73	1	2002	19	Greve de Residente	75	113	2002	19
Distrofia Muscular Progressiva					Heteronamicidade	73	1	2002	19
Terapia Anti Ética	74	106	2002	19	Isenção de Julgamento	75	127	2002	19
Terapia de Mioblastos	74	106	2002	19	Médico Legista	76	188	2002	19
Transplante de Músculo	74	106	2002	19	Perícia Médica	76	188	2002	19
Divulgação					Preenchimento de Formulários	73	25	2002	19
Ética de Divulgação	73	31	2002	19	Privacidade/Intimidade	73	25	2002	19
Internet	73	31	2002	19	Publicidade	75	127	2002	19
Publicidade Médica	73	31	2002	19	Relação Residente e Preceptor	75	124	2002	19
Documento Médico					Teleconsulta	76	169	2002	19
Dever Legal	74	87	2002	19	Telemedicina	76	169	2002	19
Fornecimento Pelo Direito Clínico	74	87	2002	19	Veículo do CFM/CRM	75	127	2002	19
Justo Causa	74	87	2002	19	Eutanásia				
Negar	74	87	2002	19	Liberada na Bélgica	75	144	2002	19
Pedido de Autoridade	74	87	2002	19	Exame Complementar				
Prontuário Médico	74	87	2002	19	Enfermeiro	74	85	2002	19
Sigilo	74	87	2002	19	Exame de Aptidão Física/Mental				
Doente Crônico					Ato Médico	76	190	2002	19
Autonomia do Paciente	73	37	2002	19	Conduzir de Veículo	76	190	2002	19
Autonomia do Médico	73	37	2002	19	Detran	76	190	2002	19
Conflitos	73	37	2002	19	Local Especifico	76	190	2002	19
Terminal	73	37	2002	19	Exame Médico				
Educação Continuada					Local Adequado	75	135	2002	19
Internet	75	121	2002	19	Exame Médico-Pericial				
Eletroconvulsoterapia					Consultório	76	188	2002	19
Anestesia	76	177	2002	19	Corpo de Delito	76	188	2002	19
Ato Médico	76	177	2002	19	Ética Pericial	76	188	2002	19
Conceito	76	177	2002	19	Local Especifico	76	188	2002	19
Consentimento Informado	76	177	2002	19	Normas	76	188	2002	19
Hospitalização	76	177	2002	19	Excludente				
Indicações	76	177	2002	19	Conceito	74	57	2002	19
Normas	76	177	2002	19	Culpa	74	57	2002	19
Riscos	76	177	2002	19	Experimental				
Eletrochoque					Procedimento	73	23	2002	19
Ver eletroconvulsoterapia	00	00	00	00	Fertilização				
Ehnenfried Dr. Witig					In Vitro	73	28	2002	19
Artigo	73	56	2002	19	Transplante Para Auxílio de Familiar	73	28	2002	19
Artigo	74	112	2002	19	Feto				
Artigo	75	168	2002	19	Abortos	73	13	2002	19
Artigo	76	225	2002	19	Conservação em Museu	73	13	2002	19
Empresa					Preservação	73	01	2002	19
Responsabilidade Técnica	75	133	2002	19	Proibição de Guarda	73	01	2002	19
Empresa Médica					Ficha Médica				
Anuidade	74	99	2002	19	Ver Prontuário	00	00	00	00
Cadastro	74	99	2002	19	Financiamento				
Cancelamento	74	99	2002	19	Cirurgia Plástica	73	16	2002	19
Registro no CRM	74	99	2002	19	Honorários	73	16	2002	19
Responsabilidade Técnica	74	99	2002	19	Publicidade	73	16	2002	19

<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Ano</u>	<u>Vol.</u>	<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Ano</u>	<u>Vol.</u>
Forças Armadas					Internet				
Coturno	73	14	2002	19	Digitação	76	192	2002	19
Formulário de Empresa de Seguro					Divulgação Científica	73	31	2002	19
Cobrança de Honorário	75	161	2002	19	Divulgação Médica	73	31	2002	19
Preenchimento	75	161	2002	19	Ética da Publicidade	73	31	2002	19
Fornecer Documento Médico					Legislação Para Uso	73	31	2002	19
Consentimento do Paciente	74	87	2002	19	Prontuário	76	169	2002	19
Diretor Clínico	74	87	2002	19	Prontuário	76	174	2002	19
Juiz	74	87	2002	19	Reciclagem	75	121	2002	19
Negar	74	87	2002	19	Resolução CFM N.º 1036/80	73	31	2002	19
Polícia	74	87	2002	19	Resolução CFM N.º 31/97	76	169	2002	19
Promotor	74	87	2002	19	Resolução CFM N.º 1643/2002	76	169	2002	19
Genérico					Segurança	76	194	2002	19
Colaboração Social	75	166	2002	19	Telemedicina	76	194	2002	19
Decisão Médica	75	166	2002	19	Jorge Rufino Ribas Timi				
Medicamento	75	166	2002	19	Artigo	73	37	2002	19
Prescrição	75	166	2002	19	Jornal do CFM/CRM				
Greve					Ética de Publicidade	75	127	2002	19
Médico Residente	75	113	2002	19	Ver CODAME	00	00	00	00
Responsabilidade Civil	75	113	2002	19	Junta Médica				
Responsabilidade Ética	75	113	2002	19	Conflito de Parecer	75	145	2002	19
Responsabilidade do Preceptor	75	113	2002	19	Lauda				
Serviço de Saúde	75	113	2002	19	Exame de Imaginologia	75	122	2002	19
Heteronomia					Médico Legista	75	148	2002	19
Princípio	73	1	2002	19	Responsável Legal	75	122	2002	19
Hiperbárico					Título de Especialista	75	122	2002	19
Terapia	76	202	2002	19	Leigo				
História da Medicina					Capacitação	75	131	2002	19
Escarificador ou Sarjadeira	75	168	2002	19	Diagnóstico de Morte	-	-	2002	19
Geladeira	74	112	2002	19	Uso de Desfibrilador	75	131	2002	19
Santa Casa de Misericórdia	76	225	2002	19	Limite				
Urinol	73	56	2002	19	Diretor Técnico	73	21	2002	19
Holística					Medicina Alternativa				
Terapia	73	51	2002	19	Holística	73	51	2002	19
Honorário					Médico				
Parcelamento/Financiamento	73	16	2002	19	Autonomia do Paciente	73	37	2002	19
Hospital					Crônico / Terminal	73	37	2002	19
Dia/Plantonista	73	12	2002	19	Limite Para Diretor Técnico	73	21	2002	19
Médico/Plantonista	73	12	2002	19	Transferência de Paciente	73	20	2002	19
Guarda de Fetus	73	13	2002	19	Médico Estrangeiro				
Hospital-dia					Registro de Diploma	73	18	2002	19
Plantonista	73	12	2002	19	Registro no CRM	73	18	2002	19
Bebê Despejado em Lavanderia	73	13	2002	19	Residência no Brasil	73	18	2002	19
Igualdade					Visto Temporário	73	18	2002	19
Primário	74	104	2002	19	Médico Legista				
Imaginologia					Especialidade	75	148	2002	19
Lauda Médico	75	122	2002	19	Inscrição no CRM	75	148	2002	19
Princípio Básico	75	122	2002	19	Lauda	75	148	2002	19
Título de Especialista	75	122	2002	19	Médico Residente				
Imperícia					Ética	75	124	2002	19
Dano	74	57	2002	19	Greve	75	113	2002	19
Responsabilidade	74	57	2002	19	Relação com Preceptor	75	124	2002	19
Imprudência					Responsabilidade Civil	75	113	2002	19
Dano	74	57	2002	19	Responsabilidade Ética	75	113	2002	19
Responsabilidade	74	57	2002	19	Meio ilícito				
Indenização					Prescrição de Receita	75	137	2002	19
Dano	74	57	2002	19	Militar				
Nexo de Causalidade	74	57	2002	19	Batina / Coturno	73	14	2002	19
Responsabilidade	74	57	2002	19	Mioblastos				
Inscrição no CRM					Ética	74	106	2002	19
Técnico de Laboratório	76	218	2002	19	Terapêutica de Transferência	74	106	2002	19
Técnico de Patologia	76	218	2002	19	Monografia				
Inseminação Artificial					Sobre Ética Médica	73	23	2002	19
Sobrevida do Espermatozóide	75	155	2002	19	Morte Encefálica				
Tipo de Inseminação	75	155	2002	19	Autorização Familiar	74	78	2002	19
Internação					Declaração	74	78	2002	19
Cirurgia-Dentista	76	218	2002	19	Desligar Aparelho	74	78	2002	19
Diretor-clínico	76	218	2002	19	Diagnóstico	74	78	2002	19
Internet					Diagnóstico Diferencial	74	78	2002	19
Autenticação	76	192	2002	19	Horário de Morte	74	78	2002	19
Confidencialidade	76	192	2002	19	Sustentar Terapêutica	74	78	2002	19
Curso de Neurociência	75	121	2002	19					

<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.Pág.</u>	<u>Ano</u>	<u>Vol.</u>	<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.Pág.</u>	<u>Ano</u>	<u>Vol.</u>
Negligência				Prescrição de Receita			
Dano	74	57	2002	19	Alimentar	75	137
Responsabilidade	74	57	2002	19	Aplicação Indevida de Verba	75	137
Neurociência				19	Desvio de Aplicação	75	137
Publicidade	75	121	2002	19	Enfermeiro	74	85
Reciclagem	75	121	2002	19	Ética	75	137
Via Internet	75	121	2002	19	Irregularidade no Destino	75	137
Óbito				19	Primário		
Atendimento Leigo	76	186	2002	19	Igualdade	74	104
Obrigação				19	Princípio		
Meio/Resultado	74	57	2002	19	Heteronomicidade	73	1
Paciente	74	57	2002	19	Procedimento Diagnóstico e Terapêutico		
Odontologia				19	Experimental	73	23
Cirurgia Estética	76	214	2002	19	Validação pelo CFM	73	23
Cirurgia Hospitalar	76	218	2002	19	Prontuário		
Erro Odontológico	74	57	2002	19	Auto Defesa	75	159
Estética Facial	76	214	2002	19	Comissão de Revisão	76	174
Internação	76	218	2002	19	Cópia de Segurança	76	174
Limites Cirúrgicos	76	218	2002	19	Conceito	76	174
Responsabilidade Civil	74	57	2002	19	Confidencialidade	76	174
Responsabilidade do Paciente	74	57	2002	19	Consentimento	75	159
Paciente				19	Consentimento do Paciente	74	57
Autonomia	73	37	2002	19	Crime	75	159
Conflito	73	37	2002	19	Digitação, Segurança, Autenticação	76	174
Crônica / Terminal	73	37	2002	19	Exigência de Promotor	75	132
Culpa	74	57	2002	19	Fornecer Documento	74	57
Direito	73	37	2002	19	Garantido Sigilo	75	132
Limite	73	37	2002	19	Guarda e Manuseio	76	174
Responsabilidade Médica	74	57	2002	19	Negado ao Promotor	75	132
Responsabilidade Odontológico	74	57	2002	19	Normas	76	174
Transferência de Hospital	73	20	2002	19	Normas Técnicas	76	174
Paciente Terminal				19	Pedir Documento	74	57
Autonomia	73	37	2002	19	Responsabilidade	76	174
Crônica e Terminal	73	37	2002	19	Sistemas informatizados	76	174
Parcelamento				19	Sigilo	75	159
Cirurgia Plástica	73	16	2002	19	Solicitação Judicial ou Policial	75	159
Honorário	73	16	2002	19	Publicidade		
Publicidade	73	16	2002	19	Jornal do CFM/CRM	75	127
Parecer				19	Revista do CFM/CRM	75	127
Conflito de Opinião	75	145	2002	19	Ver CODAME	00	00
Perícia Médica				19	Radiologia		
Autonomia	76	211	2002	19	Presença Conjunta com o Anestesiologista	73	29
Ética	76	211	2002	19	Radiologista		
Local de Exame	76	211	2002	19	Ato Anestésico	75	126
Médico Legista	76	211	2002	19	Lauda de Exame	75	122
Perito				19	Princípios Básicos	75	122
Autonomia	76	211	2002	19	Responsabilidade Legal	75	122
Local de Exame	76	211	2002	19	Título de Especialista	75	122
Médico Legal	76	211	2002	19	Receita		
Plantonista				19	Aplicação Indevida de Verba	75	137
Hospital-dia	73	12	2002	19	Atribuição Indevida de Censura	75	140
Parecer CFM 36/2001	73	12	2002	19	Censura Farmacêutica	75	140
Preceptor				19	Desvio de Destino	75	137
Ética	75	124	2002	19	Emprego Irregular de Verba	75	137
Greve	75	113	2002	19	Fiscalização Indevida	75	140
Relação com Residente	75	124	2002	19	Reciclagem		
Preconceito				19	Internet	75	121
Aborto	73	1	2002	19	Recusar Documento Médico		
Preenchimento				19	Consentimento	74	87
Formulário de Seguro	75	166	2002	19	Diretor Clínico	74	87
Preenchimento de Formulário				19	Documento Médico	74	87
Acidente de Trabalho	73	25	2002	19	Judicial	74	87
Comunicação de Acidente	73	25	2002	19	Justa Causa/Dever Legal	74	87
Confidência/Sigilo	73	25	2002	19	Negação	74	87
Dados do Paciente	73	25	2002	19	Prontuário	74	87
Formulário Oficial Ética	73	25	2002	19	Registro de Diploma		
Privacidade/Intimidade	73	25	2002	19	Brasileiro com Diploma		
Prêmio				19	no Estrangeiro	73	18
Diploma Sobre Ética Médica	73	37	2002	19	Médico Estrangeiro	73	18
Prescrever				19	Registro de Responsabilidade Técnica		
Enfermeiro	74	85	2002	19	Acúmulo de Função	75	133
Prescrição				19	Limite de Atuação	75	133
Decisão Médica	75	166	2002	19	Limite em Empresa	75	133
Medicamento Genérico	75	166	2002	19			

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Registro no CRM					Suicídio				
Cadastro	74	96	2002	19	Instituto Médico Legal	73	55	2002	19
Cancelamento de Empresa	74	96	2002	19	Registro Médico	73	55	2002	19
Responsabilidade Técnica	74	96	2002	19	Seguro Médico	73	55	2002	19
Relação Médica					Técnico				
Ética	75	124	2002	19	Impossibilidade de Inscrição	76	218	2002	19
Residente e Preceptor	75	124	2002	19	Laboratório Médico	76	218	2002	19
Remuneração					Patologia Clínica	76	218	2002	19
Greve Médica	75	113	2002	19	Teleconsulta Médica				
Residência Médica					Declaração de Tel Aviv	76	169	2002	19
Estrangeiro no Brasil	73	18	2002	19	Publicidade	76	169	2002	19
Residente					Resolução CFM nº 31/97	76	169	2002	19
Ver Médico Residente	00	00	00	00	Resolução CFM nº 643/2002	76	192	2002	19
Resolução CFM					Segredo Médico	76	192	2002	19
N.º 1457/95 (Terapia hiperbárica)	76	179	2002	19	Segurança	76	192	2002	19
N.º 1626/2001 (Registro no CRM)	74	99	2002	19	Telemedicina				
Responsabilidade					Associação Médica Mundial	76	192	2002	19
Greve de Residente	75	113	2002	19	Ética	76	194	2002	19
Prontuário	76	174	2002	19	Internet	76	194	2002	19
Resol. CFM nº 1643/2002	76	174	2002	19	Inscrição no CRM	76	194	2002	19
Telemedicina	76	192	2002	19	Responsabilidade	76	194	2002	19
Responsabilidade Civil					Teoria Objetiva				
Excludente	74	57	2002	19	Culpa/Dano	74	57	2002	19
Greve de Residente	75	113	2002	19	Teoria Subjetiva				
Paciente	74	57	2002	19	Culpa/Dano	74	57	2002	19
Responsabilidade do Preceptor	75	113	2002	19	Terapia Hiperbárica				
Teoria Objetiva	74	57	2002	19	Ato Médico	76	204	2002	19
Teoria Subjetiva	74	57	2002	19	Conceito	76	204	2002	19
Responsabilidade Ética					Indicações	76	204	2002	19
Greve de Residente	75	113	2002	19	Infarto Cerebral	76	204	2002	19
Responsabilidade do Preceptor	75	113	2002	19	Limitação	76	204	2002	19
Responsabilidade Técnica					Oxigenoterápica	76	204	2002	19
Diretor Técnicos	73	21	2002	19	Resol. CFM nº 1457/95	76	204	2002	19
Número de Entidades	73	21	2002	19	Terapia Holística				
Registro no CRM	74	99	2002	19	Ilegalidade	73	51	2002	19
Revelação Diagnóstica					Medicina Alternativa	73	51	2002	19
À Criança	76	220	2002	19	Sem Base Científica	73	51	2002	19
Diagnóstica	76	220	2002	19	Termo de Conciliação				
Esclarecimento Diagnóstico	76	220	2002	19	Acordão	76	223	2002	19
Revista do CFM/CRM					Conciliação	76	223	2002	19
Ética de Publicidade	75	127	2002	19	Conciliador	76	223	2002	19
Ver CODAME	00	00	00	00	Normas	76	223	2002	19
Revogação					Timi, Jorge Rufino Ribas				
Resoluções CFM	74	99	2002	19	Artigo	73	37	2002	19
Risco					Título de Especialista				
Transferências de Paciente	73	20	2002	19	Exigência	74	96	2002	19
Segredo Médico					Especialidade Reconhecida	74	96	2002	19
Revelação Diagnóstica	76	220	2002	19	Imaginologia	75	122	2002	19
Telemedicina	76	192	2002	19	Registro no CRM	74	96	2002	19
Segurança de Equipamento					Tomografia				
Anestesia	75	151	2002	19	Presença do Anestesiologista	75	126	2002	19
Diretor Técnico	75	151	2002	19	Presença do Radiologista	75	126	2002	19
Período de Manutenção	75	151	2002	19	Ato Médico	75	126	2002	19
Responsabilidade Ética	75	151	2002	19	Transferência				
Serviço de Saúde					Paciente	73	20	2002	19
Greve de Residente	75	113	2002	19	Responsabilidade Médica	73	20	2002	19
Serviço de Urgência/Emergência					Riscos	73	20	2002	19
Greve de Residente	75	113	2002	19	Vagas	73	20	2002	19
Sigilo					Transferência de Mioblastos				
Garantido	75	132	2002	19	Distrofia Muscular Progressiva	74	106	2002	19
Prontuário	75	132	2002	19	Terapia Anti Ética	74	106	2002	19
Negado Recurso ao Fumante	75	132	2002	19	Transplante				
Solicitar Documento Médico					Beneficiário Familiar	73	28	2002	19
Consentimento	74	87	2002	19	Fertilização In Vitro	73	28	2002	19
Diretor Clínico	74	87	2002	19	Tutor				
Judicial	74	87	2002	19	Ver Acadêmico de Medicina	00	00	00	00
Justa Causa/Divulgação	74	87	2002	19	Usina Concentradora de O ₂				
Negação	74	87	2002	19	Circuito Fechado	73	24	2002	19
Prontuário	74	87	2002	19	Proibição	73	24	2002	19
					Resolução CFM N.º 1355/92	73	24	2002	19
					Segurança	73	24	2002	19

<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Ano</u>	<u>Vol.</u>	<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Ano</u>	<u>Vol.</u>
Vago					Viviane Weingartner				
Transferência de Paciente	73	20	2002	19	Artigo	74	57	2002	19
Validade					Weingartner, Viviane				
Procedimento Diagnósticos e Terapêuticos	73	23	2002	19	Artigo	74	57	2002	19
Validade de Procedimento					Wittig, Ehrenfried Othmar				
Câmaras Técnicas	73	23	2002	19	Artigo	73	56	2002	19
Visto de Permanência					Artigo	74	112	2002	19
Médico Estrangeiro	73	18	2002	19	Artigo	75	168	2002	19
Visto Temporário					Artigo	76	225	2002	19
Diplomado no Estrangeiro	73	18	2002	19					

Consulte o Índice Remissivo de todos os "Arquivos"
biblioteca@crmpr.org.br
www.crmpr.org.br
0xx41 322-8238

1 - DEPTO. DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL (DEFEP)

Cons. Carlos Ehlike Braga Filho (Presidente)
Cons. Antonio Carlos de Andrade Soares
Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Cons^a. Célia Inês Burgardt
Cons. Daebes Galati Vieira
Cons. José Luís de Oliveira Camargo
Cons. Kemel Jorge Chammas
Cons. Marco Flávio Gomes Montenegro
Cons. Sylvio José Borela

2 - COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL (CQP)

Cons. Hércio Bertolozzi Soares
Cons. Niazzy Ramos Filho
Cons. Nilson Jorge de Mattos Pellegrini

3 - COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS (CODAME)

Cons^a. Mônica de Biasi Wright Kastrup
Cons. José Eduardo de Siqueira
Cons^a. Lúcia Helena Coutinho dos Santos
Cons. Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa
Cons. Minao Okawa
Cons. Sérgio Maciel Molteni

4 - COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Cons. Daebes Galati Vieira
Cons^a. Célia Inês Burgardt
Cons. Luiz Antonio de Melo Costa

5 - COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Mandato de 29/05/2001 a 29/05/2002)

Cons. Roberto Bastos da Serra Freire (Presidente)
Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Cons^a. Mariângela Batista Galvão Simão
Func^a. Maria Arminda de Souza
Func. Martin Afonso de Palma

6 - COMISSÃO DE SEDE

Cons. Wadir Rúpollo (Presidente)
Cons. Cícero Lotário Tironi
Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Kemel Jorge Chammas
Membro nato do CRMPR: Luiz Carlos Sobania

7 - CORREGEDORIA DO CRMPR

Cons^a. Raquela Rotta Burkiewicz

DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA
Dr. José Luis de Oliveira Camargo (Presidente)
Dr. José Eduardo de Siqueira (Vice-Presidente)
Dr. Edgard Luiz Westphalen (1^o Secretário)
Dr. Ludovico Pieni Neto (2^o Secretário)
Dr. João Henrique Steffen Junior
Dr. Laércio Uemura
Dr. Marcos Menezes Freitas de Campos
Dr. Sylvio Carlos Silva Junior
Dr. Adelmo Ferreira (Suplente)
Dr. Edson Kenji Takaki (Suplente)
Dr. Marcelo Agudo Carvalho de Mendonça (Suplente)
Dr. Wanderley Zanotto Lopes dos Santos (Suplente)

DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ
Dr. Kemel Jorge Chammas (Presidente)
Dr. Natal Domingos Gianotto (Vice-Presidente)
Dr^a. Maria Teresa de M. C. Coimbra (1^a Secretária)
Dr. Mário Massaru Miyazato (2^o Secretário)
Dr. Minao Okawa
Dr. Máio Lins Peixoto
Dr. Aido Yoshissuke Taguchi (Suplente)
Dr. Giancarlo Sanches (Suplente)
Dr. José Carlos Fernandes (Suplente)
Dr. Luis Francisco Costa (Suplente)
Dr. Oswaldo Rodrigues Truite (Suplente)
Dr. Roberto Tanus Pazello (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE APUCARANA
Dr. José Marcos Lavrador (Presidente)
Dr. Carlos Alberto Gebrim Preto (Secretário)
Dr. Guilherme Augusto Storer (Colaborador)
Dr. Evaldo Américo Galhardo Sanches (Licenciado)
Dr. Altimar José Carletto (Suplente)
Dr. Adail Rother Júnior (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE CAMPO MOURÃO
Dr. Antônio Sérgio de Azevedo Rebeis (Presidente)
Dr. Moacir Cluilla Porciúncula (Secretário)
Dr. Antônio Carlos Cardoso (Colaborador)
Dr. Dairton Luiz Legnani (Suplente)
Dr. Manual da Conceição Gamero (Suplente)
Dr. Wilfredo Sérgio Sandy Saavedra (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL
Dr. Keithe de Jesus Fontes (Presidente)
Dr. Sérgio Luiz Cochinski (Secretário) Licenciado em 06/0
Dr. Moacir João Borquetti (Colaborador)
Dr. Neison Ossamu Osaku
Dr. José Fernando Carvalho Martins (Suplente)
Dr. Milton Elias de Oliveira (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE FOZ DO IGUAÇU
Dr. Nilson Jorge de Mattos Pellegrini (Presidente)
Dr. Luiz Henrique Zaions (Secretário)
Dr. Isidoro Antonio Villamayor Alvarez (Colaborador)
Dr. Rovilson Ravagnani (Suplente)
Dr. Nelson Antônio Barufatti Filho (Suplente)
Dr. Hildegardis Zacar (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA
Dr^a. Vera Lucia Dias (Presidente)
Dr. Osmário Edson de Andrade Góes (Licenciado)
Dr^a. Aligar Danwich (Colaboradora)
Dr. Humberto Pellegni Maia (Suplente)
Dr. Frederico Eduardo W. Virmond (Suplente)
Dr^a. Iara Rodrigues Vieira (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO
Dr. Paulo Roberto Mussi (Presidente)
Dr. João Antonio Schemberk Júnior (1^o Secretário)
Dr. Eduardo Ernesto Obrzut Filho (2^o Secretário)
Dr. Antônio Motizuki (Suplente)
Dr. César Augusto Macedo de Souza (Suplente)
Dr. Pedro Soveral Bortot (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA
Dr. Achilles Buss Junior (licenciado em 05/07/99)
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Presidente)
Dr^a. Mari Cybulski (Secretária)
Dr. Délcio Caran Bertucci Filho (Licenciado)
Dr. Gilberto Luiz Ortolan (Suplente)
Dr^a. Margareth Zych (Licenciada em 26/08/99)

DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA
Dr. Luiz Antônio de Mello Costa (Presidente)
Dr. João Jorge Hellu (1^o Secretário)
Dr. Mauro Acácio Garcia (Colaborador)
Dr. Guilherme Antônio Schmitt (Suplente)
Dr. Luiz Carlos Cortes Derenusson (Suplente)
Dr. Luiz Renato Ribeiro de Azevedo (Suplente)