

ARQUIVOS
do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

CORREIOS
IMPRESSO ESPECIAL
3600137001 - DR/PR
CRM PR

20 ANOS

IMPRESSO

v. 20 - n. 79 - jul./set. - 2003

**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
Wadir Rúpollo
Zacarias Alves de Souza Filho

MEMBROS SUPLENTES

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

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - Paraná - CEP 80810-340
Telefone: (41) 240-4000 - Fax: (41) 240-4001



ISSN 0104 - 7620
ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 20	n. 79	p. 121-177	Jul./Set.	2003
---------------------------	----------	-------	-------	------------	-----------	------

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 CRM-PR, é uma revista criada em 1984, dedicada a divulgação de trabalhos, artigos, legislações, pareceres, resoluções e informações de conteúdo ético.

ENDEREÇOS

Secretaria Rua Victório Viezer, 84 - Vista Alegre
80810-340 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 41 240-4000
Fax 0 xx 41 240-4001

TIRAGEM

15.500 exemplares

CAPA

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

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO

SERZEGRAF
Rua Bartolomeu L. Gusmão, 339 - Vila Hauer. Fone/Fax: (0xx41) 278-9460
CEP 81610-060 - Curitiba - Paraná
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 inglês, 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 240-4000.

ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

FICHA CATALOGRÁFICA

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, v. 20, n.79, 2003

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

Registro de Empresas de Saúde Diretas ou Intermediárias no CRM	
CFM.....	121
Normas Para Técnicas de Tratamento dos Pacientes Portadores de Anomalias Sexuais	
CFM.....	124
Normas Técnicas Para a Assistência Domiciliar de Paciente	
CFM.....	129
Julgadas Regulares as Contas do CRM/PR	
CFM.....	136
Revogação de Resolução	
CFM.....	138

PARECERES

Não é Reconhecida a Criação da Sociedade Brasileira de Medicina Farmacêutica	
Gerson Zafalon Martins.....	139
Vinculação de Cooperativa Médica a Farmácia	
Rubens dos Santos Silva.....	142
Questionamento Referente à Eticidade de Médico Proprietário de Clínica Atuar Como Médico na Mesma Instituição	
Eliane de Souza e Marco Antônio Becker.....	144
Consultas Médicas Por Meio de Convênios Com Funerárias	
Antônio Gonçalves Pinheiro.....	145
Bronzeamento Artificial	
Antônio Gonçalves Pinheiro.....	147
Internação em Casos de Dengue	
Silo Tadeu Silveira de Holanda Cavalcanti.....	150
Seguradora Não Tem o Dever de Indenizar Despesas Com Cirurgia Plástica	
Antônio Gonçalves Pinheiro.....	153
Cirurgia Micrográfica de Mohs	
Antônio Gonçalves Pinheiro.....	156
Procedimentos Anestésicos Para Curativos e Debridamento de Queimaduras	
Oliveiros Guanais de Aguiar.....	158
Laser Terapia de Hélio-Neônio Intravascular	
Regina Ribeiro Parizi Carvalho.....	161
Registro Provisório de Médico em CRM	
Ricardo Fróes Camarão.....	163
Competência de Enfermeiro Para Prescrever Medicamentos, e/ou Solicitar Exames Complementares em Equipes de Saúde	
Léo Meyer Coutinho.....	167
Reanimação de Pacientes Por Desfibrilação ou Entubação Orotraqueal, na Ausência de um Médico	
Rodrigo Orlando Nabuco Teixeira e Roberto Luiz d'Ávila.....	170
Uso de Órgãos de Anencéfalos Para Transplante	
Sérgio Iapina Ferreira Costa e Marco Antônio Becker.....	175

NOTAS

Contribuição Sindical - Quando é Obrigatória?	
Gazeta do Povo 16/06/03.....	137
Nasce na Grã-Bretanha 1º Bebê Selecionado	
Gazeta do Povo 20/06/03.....	155
Transplante Negado	
Gazeta do Povo 12/05/03.....	157
Aborto de Menina de Nove Anos Causa Polêmica	
Gazeta do Povo 05/03/03.....	162

HISTÓRIA DA MEDICINA

Esfigmomanômetro/Oscilômetro	
Ehrenfried O. Wittig.....	177

REGISTRO DE EMPRESAS DE SAÚDE DIRETAS OU INTERMEDIÁRIAS NO CRM

CFM*

As empresas que atuam sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médicos devem estar registradas nos Conselhos Regionais de Medicina de sua respectiva da jurisdição, bem como respeitar a autonomia profissional dos médicos, efetuando os pagamentos diretamente aos mesmos e sem sujeitá-los a quaisquer restrições; nos contratos, deve constar explicitamente a forma atual de reajuste, submetendo as suas tabelas à apreciação do CRM do estado onde atuem. O sigilo médico deve ser respeitado, não sendo permitida a exigência de revelação de dados ou diagnósticos para nenhum efeito.

Palavras-chave: empresa de saúde, registro no CRM, princípios, contratos

REGISTRATION OF HEALTH INSURANCE PLAN COMPANIES AT CRM

Key words: health insurance, plan companies, registry, principles, contact

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 Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho técnico e ético da Medicina;

CONSIDERANDO que o trabalho médico deve beneficiar exclusivamente a quem o recebe e àquele que o presta, não devendo ser explorado por terceiros, seja em sentido comercial ou político;

CONSIDERANDO que o Código de Ética Médica estabelece princípios norteadores da boa prática médica, relativos às condições de trabalho e de atendimento, à autonomia profissional, à liberdade de escolha do médico pelo paciente, à irrestrita disponibilidade dos meios de diagnóstico e tratamento e à dignidade da remuneração profissional;

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO que a Lei n.º 9.656/98 institui, para que possam ter autorização de funcionamento, a obrigatoriedade do registro de empresas operadoras de planos e seguros de saúde, de qualquer forma ou situação que possam existir, nos Conselhos Regionais de Medicina da jurisdição onde estejam localizadas;

CONSIDERANDO que a Lei n.º 6.839/80 institui a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços médico-hospitalares, em razão de sua atividade básica ou em relação àquela pela qual presta serviços a terceiros, e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas responsáveis, nos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO que o entendimento de livre escolha é o direito do paciente escolher o médico de sua confiança ou o sistema de assistência médica de sua preferência, que funcione dentro dos princípios éticos e preceitos técnico-científicos;

CONSIDERANDO que as infrações apuradas nos estabelecimentos hospitalares ou em empresas de assistência médica são de responsabilidade direta do diretor técnico ou de seu substituto eventual;

CONSIDERANDO os termos da Resolução CFM n.º 1.627/2001, que conceitua e regulamenta o Ato Médico, e da Resolução CFM n.º 1.616/2001, que regulamenta o descredenciamento por empresas operadoras de planos de saúde, bem como as resoluções dos Conselhos de Medicina dos estados de Alagoas, Amazonas, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal;

CONSIDERANDO, enfim, o decidido na sessão plenária realizada em 7 de agosto de 2002,

RESOLVE:

Art. 1º – As empresas de seguro-saúde, de medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico, empresas de autogestão ou outras que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares devem seguir os seguintes princípios em seu relacionamento com os médicos e usuários:

a. respeitar a autonomia do médico e do paciente em relação à escolha de métodos diagnósticos e terapêuticos;

b. admitir a adoção de diretrizes ou protocolos médicos somente quando estes forem elaborados pelas sociedades brasileiras de especialidades, em conjunto com a Associação Médica Brasileira;

c. praticar a justa e digna remuneração profissional pelo trabalho médico, submetendo a tabela de honorários à aprovação do CRM de sua jurisdição;

d. efetuar o pagamento de honorários diretamente ao médico, sem retenção de nenhuma espécie;

e. negociar com entidades representativas dos médicos o reajuste anual da remuneração até o mês de maio, impedindo que o honorário profissional sofra processo de redução ou depreciação;

f. vedar a vinculação dos honorários médicos a quaisquer parâmetros de restrição de solicitação de exames complementares;

g. respeitar o sigilo profissional, sendo vedado a essas empresas estabelecerem qualquer exigência que implique na revelação de diagnósticos e fatos de que o médico tenha conhecimento devido ao exercício profissional.

Art. 2º - Nos contratos de credenciamento ou similares de médicos para prestação de serviço às empresas citadas no art. 1º, deverá ser expressamente estabelecida a forma de reajuste dos honorários médicos.

Art. 3º - É vedada a participação de médicos ou empresas prestadoras de assistência médica nas modalidades de licitação de tipo menor preço, quando este contrariar a prática local, nos termos dos artigos 3º e 86 do Código de Ética Médica.

Art. 4º - As empresas que descumprirem a presente resolução poderão ter seus registros cancelados no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição e o fato comunicado ao Serviço de Vigilância Sanitária e à Agência Nacional de Saúde Suplementar, para as providências cabíveis.

Art. 5º - O descumprimento desta resolução também importará em procedimento ético-profissional contra o diretor técnico da empresa.

Art. 6º - Proibir, aos médicos, a prestação de serviços para instituições que descumprem o estipulado nesta resolução.

Art. 7º - Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação, ficando revogadas as Resoluções CFM nºs. 264/65, 310/67, 808/77, 872/78, 1.084/82 e 1.340/90 e todas as disposições em contrário.

Brasília-DF, 7 de agosto de 2002.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

Resolução CFM n.º 1642/2002
Publicado em D.O.U. de 09/09/2002

NORMAS PARA TÉCNICAS DE TRATAMENTO DOS PACIENTES PORTADORES DE ANOMALIAS SEXUAIS

CFM*

EMENTA - Dispõe sobre as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual.

Palavras-chave: tratamento cirúrgico, disgenesia sexual, diferenciação sexual

TECHNICAL NORM FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH SEXUAL ABNORMALITIES

Key words: surgical treatment, sexual dysgenics, sexual differentiation

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 a Lei n.º 3.268/57 confere aos Conselhos de Medicina a obrigação de zelar e trabalhar por todos os meios aos seus alcances para o perfeito desempenho ético da Medicina;

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

CONSIDERANDO os avanços científicos no que tange ao reconhecimento das anomalias da diferenciação sexual, necessidade de educação continuada e divulgação em eventos médicos;

CONSIDERANDO a necessidade do diagnóstico clínico e específico do prognóstico, e a instituição de tratamento adequado;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária Extraordinária deste Conselho Federal de Medicina, realizada no dia 11 de abril de 2003, com sucedâneo na Exposição de Motivos anexa,

RESOLVE:

Art. 1º - São consideradas anomalias da diferenciação sexual as situações clínicas conhecidas no meio médico como genitália ambígua, ambigüidade genital, intersexo, hermafroditismo verdadeiro, pseudo-hermafroditismo (masculino ou feminino), disgenesia gonadal, sexo reverso, entre outras.

* Conselho Federal de Medicina

Art. 2º - Pacientes com anomalia de diferenciação sexual devem ter assegurada uma conduta de investigação precoce com vistas a uma definição adequada do gênero e tratamento em tempo hábil;

Art. 3º - A investigação nas situações acima citadas exige uma estrutura mínima que contemple a realização de exames complementares como dosagens hormonais, citogenéticos, imagem e anatomopatológicos.

Art. 4º - Para a definição final e adoção do sexo dos pacientes com anomalias de diferenciação faz-se obrigatória a existência de uma equipe multidisciplinar que assegure conhecimentos nas seguintes áreas: clínica geral e/ou pediátrica, endocrinologia, endocrinologia-pediátrica, cirurgia, genética, psiquiatria, psiquiatria infantil;

Parágrafo 1º - Durante toda a fase de investigação o paciente e seus familiares ou responsáveis legais devem receber apoio e informações sobre o problema e suas implicações.

Parágrafo 2º - O paciente que apresenta condições deve participar ativamente da definição do seu próprio sexo.

Parágrafo 3º - No momento da definição final do sexo, os familiares ou responsáveis legais, e eventualmente o paciente, devem estar suficiente e devidamente informados de modo a participar da decisão do tratamento proposto.

Parágrafo 4º - A critério da equipe médica outros profissionais poderão ser convocados para o atendimento dos casos.

Art. 5º - O tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual deve ser realizado em ambiente com estrutura que garanta segurança, habilidades técnico-científicas e suporte de acompanhamento, conforme as especificações contidas no Anexo I desta resolução.

Artigo 6º - O tema "anomalia da diferenciação sexual" deve ser abordado durante eventos médicos, congressos, simpósios e jornadas, visando sua ampla difusão e atualização dos conhecimentos na área.

Artigo 7º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 11 de abril de 2003.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

O nascimento de crianças com sexo indeterminado é uma urgência biológica e social. Biológica, porque muitos transtornos desse tipo são ligados a causas cujos efeitos constituem grave risco de vida. Social, porque o drama vivido pelos familiares e, dependendo do atraso do prognóstico, também do paciente, gera graves transtornos. Além disso, um erro na definição sexual pode determinar caracteres sexuais secundários opostos aos do sexo previamente definido, bem como a degeneração maligna das gônadas disgenéticas.

Um dos problemas mais controversos pertinentes às intervenções na criança é a conduta diante dos recém-nascidos com genitais ambíguos. Ninguém pode garantir

que, apesar dos mais criteriosos conceitos, a definição sexual tardia dessa pessoa acompanhará o que foi determinado no início de sua vida. Também não se pode generalizar, por situações isoladas, que a definição sexual só possa ser feita em idades mais tardias. Sempre restará a possibilidade de um indivíduo não acompanhar o sexo que lhe foi definido, por mais rigor que haja nos critérios. Por outro lado, uma definição precoce, mas inadequada, também pode ser desastrosa.

Há quem advogue a causa de não-intervenção até que a pessoa possa autodefinir-se sexualmente. Entretanto, não existem a longo prazo estudos sobre as repercussões individuais, sociais, legais, afetivas e até mesmo sexuais de uma pessoa que enquanto não se definiu sexualmente viveu anos sem um sexo estabelecido.

Diante desses dois extremos, há necessidade de uma avaliação multidisciplinar onde todos os aspectos sejam discutidos e analisados, para que a possibilidade de insatisfação seja mínima.

A investigação, nessas situações, deve ser realizada por uma equipe multiprofissional, englobando várias especialidades: cirurgia, endocrinologia, radiologia, psiquiatria infantil, pediatria, clínica, genética e outras, na dependência da necessidade do paciente. O maior objetivo dessa equipe não será apenas descobrir qual é a etiologia da anomalia da diferenciação sexual, mas sim obter uma definição racional sobre o sexo de criação mais recomendável.

Para tanto, além das avaliações especializadas, a interação com os pacientes e seus familiares é importantíssima.

Precipuamente visando proteger os pacientes e orientar os médicos responsáveis nessas circunstâncias, compete ao Conselho Federal de Medicina, órgão disciplinador da prática médica no Brasil, a obrigação e o poder legal de normatizar a conduta profissional diante de pacientes com anomalias da diferenciação sexual.

Considerando o exposto, esta exposição de motivos ilustra a necessidade de uma resolução sobre o assunto.

Anexo I – Exames e procedimentos recomendáveis para o diagnóstico e tratamento das anomalias da diferenciação sexual

Os exames/procedimentos abaixo descritos devem ser selecionados de acordo com a suspeita diagnóstica:

1) Avaliação clínico-cirúrgica:

a) Descrição genital detalhada tamanho do falo, número, calibre e posição dos meatos (uretral, vaginal ou do seio urogenital), grau de fusão, rugosidade e pigmentação das pregas lábio-escrotais.

Em genitália de aspecto masculino, considerar ambigüidade quando:

- gônadas não palpáveis
- micropênis. Do ponto de vista prático, um tamanho peniano menor de 2cm está abaixo da normalidade para qualquer faixa etária;
- gônadas pequenas;
- massa inguinal que poderá corresponder ao útero e/ou trompas rudimentares;
- hipospádias graves.

Em genitália de aspecto feminino, considerar ambigüidade quando:

- clitoromegalia;
- massa inguinal ou labial que possa corresponder à gônada;
- fusão labial posterior.

b) Palpação gonadal: gônada palpável/não palpável, localização, forma, volume e mobilidade.

c) Avaliação anatomopatológica – análise de biópsia ou gônada removida, realizada por patologista experiente, capaz de identificar disgenesias gonadais e a estrutura básica da gônada.

2) Avaliação hormonal:

a) Função adrenal – dosagem de precursores da síntese de cortisol elevados nos defeitos enzimáticos (hiperplasia adrenal congênita): 17 hidroxiprogesterona (21 hidroxilase), composto S ou 11 desoxicortisol (11 hidroxilase), relação 17 hidroxipregnenolona/17 hidroxiprogesterona ou a relação dehidroepiandrosterona/androstenediona (3 betahidroxiesteróide desidrogenase), progesterona/17OHprogesterona (17 hidroxilase);

b) Função gonadal (úteis no diagnóstico de disgenesias gonadais, defeitos da esteroidogênese gonadal) – Progesterona, 17OH progesterona, dehidroepiandrosterona – DHEA, androstenediona, testosterona, hormônio antimülleriano (HAM), inibinas;

c) Insuficiente conversão ou ação periférica dos andrógenos relação testosterona/Dehidrotestosterona (DHT), hormônio antimülleriano (HAM)

Em casos excepcionais, a função hipotálamo-hipofisária pode estar comprometida. Nos casos em que o eixo hipotálamo-hipófise-gonadal não estiver ativado, realizar dosagens hormonais após estímulo com gonadotrofina coriônica humana - HCG na dose de 100U/kg/dia em 4 a 6 doses, via intramuscular.

3) Avaliação por imagem:

a) Ultra-sonografia pélvica para verificar a presença de derivados müllerianos (útero e trompas) e a localização da gônada (não é capaz de identificar o tipo de gônada);

b) Ultra-sonografia de rins e vias urinárias – detecta a associação de defeitos embrionários renais;

c) Genitograma contrastado – facilita a programação da correção cirúrgica;

d) Procedimentos endoscópicos – genitoscopia, laparoscopia.

4) Avaliação psicossocial:

O atendimento dos portadores de anomalias da diferenciação sexual pela equipe de saúde mental visa construir uma relação positiva entre os pais e a equipe médica. Esta intervenção precoce é fundamental para maior fortalecimento emocional e enfrentamento à angústia que a situação provoca. Nesta circunstância, o núcleo social e familiar fica ambivalente e com sentimento de culpa nos primeiros momentos, pois é senso comum que a identidade sexual deve ser construída pelos familiares e sociedade, gerando, assim, forte ansiedade. Os profissionais em Saúde Mental devem

considerar o paciente como um ser em desenvolvimento, minimizando as angústias suscitadas no meio social e familiar, ajudando-o a construir sua auto-imagem.

5) Avaliação genética:

Deve incluir o aconselhamento genético, bem como os exames laboratoriais, sendo o cariótipo um dos exames obrigatórios. Quando disponível, outros exames poderão ser incluídos, como, por exemplo, hibridação in situ (FISH) e investigação molecular de genes relacionados à determinação gonadal, enzimas da esteroidogênese, receptor androgênico ou receptor do HAM.

Resolução CFM N.º 1.664/2003
Publicado no D.O.U. de 13/05/2003

BALADA DA DOR NAS COSTAS

DR. ARISTIDES DE ARRUDA CAMARGO FILHO

*ASS Luzine Alginex
Beserol Aspirina Mioflex
Irgapirin Indocid Tanderil
Prebutil Coltrax Ketacil
Iodalgin Cortisona
Gamaquil Butazona
Forno de Bier
Colete ortopédico
Consulta em novo médico
Gesso
Colchão duro
Manipulação Ambozim
Repouso Acetin
Fisioterapia Calor Ação!
Ondas-curtas Infravermelho Tração
Radioterapia Massagem
Alta ciclagem
Psiquiatria Reumatologia
Neurologia
Melografia
CIRURGIA
... continua a lomboalgia*

NORMAS TÉCNICAS PARA A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DE PACIENTE

CFM*

EMENTA - Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência.

Palavras-chave: normas técnicas, assistência domiciliar, paciente, responsabilidade, empresa

TECHNICAL NORMS FOR THE ASSISTANCE TO HOMEBOUND PATIENTS

Key words: medical team, medical responsibility, patient, assistance, home assistance company

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 a premente necessidade de normatizar o atendimento domiciliar como modalidade de assistência em regime de internação, em razão do crescimento deste sistema no Brasil;

CONSIDERANDO a inexistência de critérios e disciplinamento ético para esta assistência;

CONSIDERANDO as atividades desenvolvidas por empresas que têm se especializado nesta modalidade;

CONSIDERANDO que a internação domiciliar visa atender os portadores de enfermidades cujo estado geral permita sua realização em ambiente domiciliar ou no domicílio de familiares;

CONSIDERANDO que o trabalho do médico, como membro da equipe multidisciplinar de assistência em internação domiciliar, é imprescindível para a garantia do bem-estar do paciente, nos termos do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que compete ao Conselho Federal e aos Conselhos Regionais de Medicina a responsabilidade legal de disciplinar esta atividade profissional, bem como o funcionamento das empresas que prestam assistência à saúde;

CONSIDERANDO a Resolução CFM n.º 1.627/2001;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária realizada em 7 de maio de 2003,

* Conselho Federal de Medicina

RESOLVE:

Art. 1º - Todas as empresas públicas e privadas prestadoras de assistência à internação domiciliar deverão ser cadastradas/registradas no Conselho Regional do estado onde operam.

Parágrafo 1º - Este cadastro/registro deve ser acompanhado da apresentação do Regimento Interno que estabeleça as normas de funcionamento da empresa, o qual deverá ser homologado pelo Conselho Regional.

Parágrafo 2º - As empresas, hospitalares ou não, devem ter um diretor técnico, necessariamente médico, que assumirá, perante o Conselho, a responsabilidade ética de seu funcionamento.

Parágrafo 3º - As empresas, hospitalares ou não, responsáveis pela assistência a paciente internado em regime domiciliar devem ter, por força de convênio, contrato ou similar, hospital de retaguarda que garanta a reinternação nos casos de agudização da enfermidade ou intercorrência de alguma condição que impeça a continuidade do tratamento domiciliar e exija a internação formal, que deve ser preferencialmente feita no hospital de origem do paciente.

Art. 2º - As empresas ou hospitais que prestam assistência em regime de internação domiciliar devem manter um médico de plantão nas 24 horas, para atendimento às eventuais intercorrências clínicas.

Art. 3º - As equipes multidisciplinares de assistência a pacientes internados em regime domiciliar devem dispor, sob a forma de contrato ou de terceirização, de profissionais de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Serviço Social, Nutrição e Psicologia.

Parágrafo único - As equipes serão sempre coordenadas pelo médico, sendo o médico assistente o responsável maior pela eleição dos pacientes a serem contemplados por este regime de internação e pela manutenção da condição clínica dos mesmos.

Art. 4º - A assistência domiciliar somente será realizada após avaliação médica, registrada em prontuário específico.

Art. 5º - A atribuição dos demais membros da equipe multidisciplinar deverá ser estabelecida pelo conselho profissional de cada componente.

Art. 6º - As normas de funcionamento às quais refere-se o parágrafo primeiro do artigo primeiro, devem contemplar os protocolos de visitas e o número de pacientes internados sob a responsabilidade de cada equipe.

Parágrafo 1º - Os protocolos de visitas devem estabelecer o número mínimo de visitas de cada componente da equipe ao paciente internado no domicílio.

Parágrafo 2º - O número máximo de pacientes internados no domicílio sob a responsabilidade de um médico, não poderá exceder a quinze.

Art. 7º - O médico assistente de paciente internado em instituição hospitalar e que quer submeter-se à internação domiciliar tem a prerrogativa de decidir se deseja manter o acompanhamento no domicílio.

Parágrafo único - Em caso de recusa, o médico assistente deve fornecer ao novo médico que irá prestar assistência domiciliar todas as informações concernentes ao quadro clínico do paciente, sob a forma de laudo circunstanciado, nos termos do artigo 71 do Código de Ética Médica.

Art. 8º - O hospital ou empresa responsável por pacientes internados em domicílio deve(m) dispor das condições mínimas que garantam uma boa assistência, caracterizadas por:

I - Ambulância para remoção do paciente, equipada à sua condição clínica;
II - Todos os recursos de diagnóstico, tratamento, cuidados especiais, matérias e medicamentos necessários;

III - Cuidados especializados necessários ao paciente internado;

IV - Serviço de urgência próprio ou contratado, plantão de 24 horas e garantia de retaguarda, nos termos do parágrafo 3º do artigo 1º e do artigo 2º desta resolução.

Art. 9º - Em caso de óbito durante a assistência domiciliar, o médico assistente do paciente assumirá a responsabilidade pela emissão da competente declaração.

Art.10 - A assistência domiciliar poderá ser viabilizada após anuência expressa do paciente ou de seu responsável legal, em documento padronizado que deverá ser apensado ao prontuário.

Art.11 - O profissional médico, em conjunto com o diretor técnico da instituição prestadora da assistência, deverá tomar medidas referentes à preservação da ética médica, especialmente quanto ao artigo 30 do Código de Ética Médica, que veda delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 12 - Esta resolução entra em vigor na data de sua aprovação em Plenário, revogando todas as disposições em contrário.

Brasília-DF, 7 de maio de 2003.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

INTRODUÇÃO

Há aproximadamente dez anos e em velocidade crescente no Brasil, instalou-se o Sistema de Atendimento Domiciliar que tinha e tem como objetivo uma série de fundamentos, entre os quais podemos citar:

a) Cuidado de paciente em seu domicílio ou de seus familiares, conferindo-lhe maior humanização e atendendo aos princípios bioéticos da beneficência, não - maleficência e justiça;

b) Redução dos custos assistenciais caracterizados pela não - utilização da infra-estrutura hospitalar;

c) Maior envolvimento dos familiares com a enfermidade do paciente, facilitando a pronta evolução de sua recuperação;

d) Possibilidade de eleição de pacientes abrangidos por este benefício, poupando-os dos agravos decorrentes de internação prolongada;

e) Estreitamento da relação médico-paciente ou, ainda, equipe de saúde-paciente-família, com todas as vantagens sociais e éticas daí advindas.

Historicamente, a Medicina viveu momentos semelhantes quando os profissionais - não contando, muitas vezes, com a existência de estrutura hospitalar de retaguarda - acompanhavam a evolução da doença no próprio domicílio do paciente, com a constante e decisiva participação de seus familiares. Eram verdadeiros médicos de família.

Com o advento e proliferação dos hospitais e o crescente avanço tecnológico dos meios diagnósticos e terapêuticos, houve absoluta retração desta prática, não obstante sua eficácia. Fazia-se, enfim, necessário justificar os investimentos da época, redirecionando a demanda. Este modelo hospitalocêntrico persistiu por vários anos até que se percebeu que os aumentos dos custos assistenciais por ele provocados eram incompatíveis com sua própria manutenção.

Paralelamente a isto, em diversas áreas do conhecimento humano, inclusive na Medicina ocorreram e ainda vêm ocorrendo importantes mudanças de paradigma, alterando o enfoque da preocupação essencialmente tecnicista para uma abordagem predominantemente humanista.

Passou-se a falar em mudança do modelo hospitalocêntrico, entendendo-se o ambulatório como porta de entrada do complexo assistencial, na medida em que se buscava implantar o Programa Saúde da Família (PSF) como a melhor e mais eficaz abordagem, a exemplo do que ocorria em vários países sanitariamente mais avançados que o Brasil, como Cuba e Canadá.

No bojo desta discussão surge a atenção domiciliar que se inicia por cuidados exclusivamente de enfermagem e, depois, pela atenção integral ao paciente assistido em regime domiciliar.

Tanto a iniciativa privada como o Poder Público, este mais modestamente, iniciaram a implantação deste sistema em vários estados do país, sob diversas modalidades.

O Poder Público baseou-se em um hospital ou rede de hospitais públicos - neste último caso, regionalizando dentro do município sua abrangência.

Por sua vez, a iniciativa privada passou a atuar sob três modalidades:

a) Criação de empresa especializada em "home care", não necessariamente hospitalar, que dispõe de equipes multiprofissionais e sistema de transporte, vendendo aos usuários ou outras empresas esta forma de assistência;

b) Cooperativas de trabalho e operadoras de planos de saúde, que disponibilizam a seus usuários esta modalidade de assistência;

c) Hospitais que designam equipes, entre seus profissionais, para a implantação desta assistência.

Esta é a forma como hoje vem sendo desenvolvido o Sistema de Assistência Domiciliar no Brasil.

Procurando fazer uma revisão legal e ética acerca da matéria, nada foi encontrado que pudesse balizar tal atividade, além das questões básicas da assistência à saúde. Como respeito às interfaces éticas que fatalmente permeiam esta modalidade de atenção, encontramos alguns pareceres do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo que esbarram em assuntos pontuais.

Não existe, neste nível conselhal, qualquer resolução que discipline, como um todo, este sistema de atendimento domiciliar.

A portaria n.º 2.416, de 23 de março de 1998, da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS-MS), estabelece requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a realização de assistência domiciliar no âmbito do SUS.

Embora não tenhamos a pretensão de esgotar o assunto, tentaremos analisar neste parecer todas estas questões sugerindo, ao final, minuta de resolução que venha a disciplinar tal modalidade de atenção.

Para maior facilidade didática procuraremos analisar, um a um, os critérios que devem balizar a assistência domiciliar:

I – Equipes multidisciplinares

A equipe multidisciplinar de assistência deve ser composta, minimamente, pelas seguintes profissões: medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, serviço social, nutrição e psicologia.

As atribuições concernentes a cada profissional dessas áreas estão definidas em suas respectivas regulamentações, mas cabe destaque para a atuação dos profissionais do serviço social e psicologia.

Aos primeiros, cabe a prévia avaliação das condições sociais do domicílio que irá receber o paciente, e com a formulação de relatório circunstanciado a ser apreciado pela equipe, bem como a viabilização do procedimento. Aos segundos, cabe analisar a condição comportamental dos familiares, estabelecendo, também, em laudo circunstanciado, a condição psicológica dos mesmos.

Os demais profissionais atuarão por demanda médica, segundo as especificidades de cada caso.

II – Responsabilidade profissional

Embora todos os membros atuantes da equipe multiprofissional tenham suas responsabilidades estatuídas em diplomas legais, o médico deve assumir as funções de coordenação da equipe por ser dele a prerrogativa da eleição do paciente a ser contemplado por este sistema, tendo o dever de assumir os riscos de toda a medicação prescrita, procedimentos realizados e feitura do prontuário, além de elaborar, eventualmente, a declaração de óbito ocorrido nesta circunstância.

III – Fiscalização do exercício profissional

Concerne aos Conselhos de Medicina a competência legal no tocante às atividades das empresas/hospitais/médicos que se prestarem a este tipo de assistência.

As empresas devem ser registradas no Conselho de sua jurisdição e ter um responsável técnico, necessariamente médico, na forma da lei.

Os hospitais, por já estarem registrados no Conselho, devem cadastrar esta nova modalidade de assistência, sob a responsabilidade de seu diretor técnico.

O registro ou cadastro deve(m) ser acompanhado(s) pela apresentação do Regimento Interno que estabeleça as normas de funcionamento do sistema.

Necessariamente, este Regimento deve conter um protocolo de visita dos diversos profissionais, bem como o número máximo de atendimento domiciliar por médico, o que, segundo critérios de razoabilidade e em função do benefício do paciente, não poderá exceder a quinze.

Compete também ao Conselho de Medicina, sempre que provocado, a prerrogativa de avaliar, in loco, as condições assistenciais prestadas ao paciente.

IV- Condições mínimas para a assistência domiciliar

O hospital ou empresa responsável pela assistência domiciliar de pacientes deve(m) oferecer aos mesmos a garantia mínima da boa assistência ética.

Esta garantia, mais que objetivando uma boa relação local para a assistência domiciliar e equilíbrio psicológico dos familiares assistentes, deve prever as intercorrências clínicas ou cirúrgicas e agudização ou agravamento do quadro clínico, bem como a ocorrência de alguma outra enfermidade que requeira cuidados imediatos, cuidados de outros especialistas, utilização de medicamentos ou materiais extraordinários e pronta e adequada remoção do paciente.

O sistema de assistência domiciliar não pode prestar-se ao aumento da capacidade de internação de um hospital pelo simples somatório destes leitos domiciliares aos institucionais existentes.

Assim, como garantia mínima, poderíamos relacionar:

- a) Ambulância para remoção do paciente, adequadamente equipada para as suas condições clínicas;
- b) Cuidados especializados necessários ao paciente internado;
- c) Todos os recursos de diagnóstico, tratamento, cuidados especiais, materiais e medicamentos porventura necessários;
- d) Serviço de urgência próprio ou contratado, plantão de 24 horas e garantia de vagas de retorno do paciente à internação hospitalar, quando necessária.

V – Eleição do paciente

O critério para a eleição do paciente a ser contemplado pelo sistema de assistência domiciliar deve ser obrigatoriamente médico e baseado nas condições clínicas. Para esta indicação faz-se mister que o médico conheça, a partir do relatório do serviço social e da psicologia, as condições ambientais e familiares do destino do paciente, para sua tomada de decisão.

Assim como a eleição, a interrupção ou alta do paciente é também decisão exclusivamente médica.

Poderão ser tratados em regime domiciliar pacientes de todas as faixas etárias, portadores de doenças agudas e crônicas, não obstante a portaria ministerial que legisla no âmbito do SUS limitar tal fato a casos de enfermidades que demandaram internações anteriores pelo mesmo motivo.

Como é critério médico, não é razoável a limitação de tempo mínimo e máximo de sua duração, o que deve ser balizado pela recuperação clínica do paciente.

VI – O médico assistente

Todo paciente internado em unidade hospitalar tem, por força de resolução do Conselho Federal de Medicina, um médico assistente, responsável maior pela condução de seu quadro clínico e referência para todos os eventos aos quais será submetido.

Compete a este médico assistente definir se seu paciente pode submeter-se ao regime de assistência domiciliar, desde que se preenchidos os requisitos anteriormente citados. No caso da viabilização desta modalidade de internação, cabe ao médico assistente a prerrogativa do acompanhamento domiciliar, se este também for o desejo do paciente.

Embora possua esta prerrogativa, o médico assistente não tem, nos termos do artigo 7º do Código de Ética Médica, a obrigatoriedade de prestar serviços profissionais a quem não deseje. Na sua recusa, outro médico poderá acompanhar o paciente em seu domicílio, a partir de laudo médico fornecido, obrigatoriamente, pelo assistente, nos termos do artigo 71 do Código de Ética Médica.

Em nenhum caso, o médico assistente de paciente que optou pelo sistema de assistência domiciliar, mesmo com sua anuência, será co-responsável pela escolha da empresa prestadora do serviço ou de atos de outros médicos daí advindos.

VII – Consentimento informado

É direito inalienável do paciente o consentimento ou desautorização de quaisquer procedimentos ou condutas que interfiram ou afetem sua integridade física ou psíquica. Este consentimento livre e esclarecido deve ser expresso a partir do paciente ou de seu responsável legal, contendo linguagem acessível, abrangente e que contemple todas as perguntas formuladas.

Ressalta-se que este documento é peça imprescindível para que se possa proceder à assistência domiciliar, devendo ser apensado ao prontuário, para quaisquer efeitos posteriores.

Resolução CFM N.º 1.668/2003
Publicado no D.O.U. de 03/06/2003

JULGADAS REGULARES AS CONTAS DO CRMPR

CFM*

EMENTA - Julga as Prestações de Contas dos Conselhos Regionais de Medicina, referentes ao exercício de 2002.

Palavras-chave: prestação de contas, aprovação de contas

CRMPR ACCOUNTS CONSIDERED REGULAR

Key words: rendering of accounts, approval of accounts

Julga as Prestações de Contas dos Conselhos Regionais de Medicina, referentes ao exercício de 2002.

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 as disposições contidas na Lei n.º 4.320, de 17 de março de 1964, que estatui Normas gerais de Direito Financeiro para a elaboração e controle dos orçamentos e balanços da Administração Pública Federal;

CONSIDERANDO as disposições contidas nas Instruções Normativas n.ºs. 13, de 4 de dezembro de 1996 e 42, de 3 de julho de 2002, do Tribunal de Contas da União;

CONSIDERANDO as disposições contidas na Resolução CFM n.º 1.645, de 9 de agosto de 2002, que estabelece normas e procedimentos para tomada e prestação de contas dos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada no dia 10 de abril de 2003.

RESOLVE:

Art. 1º - Julgar regulares as Prestações de Contas dos Conselhos Regionais de Medicina dos Estados do Acre, Alagoas, Amazonas, Amapá, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, **Paraná**, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Roraima, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Tocantins, referentes ao exercício de 2002.

Art. 2º - Julgar regular com ressalva a Prestação de Contas do Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe, referente ao exercício de 2002.

* Conselho Federal de Medicina

Art. 3º - Sobrestar o julgamento da Prestação de Contas do Conselho Regional de Medicina do Estado do Maranhão, referente ao exercício de 2002.

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

Brasília-DF, 10 de abril de 2003.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

Resolução CFM N.º 1663/2003
Publicado em D.O.U. de 02/5/2003

CONTRIBUIÇÃO SINDICAL - QUANDO É OBRIGATÓRIA? **GEROLDO AUGUSTO HAUER***

As contribuições devidas aos sindicatos são geradoras de controvérsias, para empregados e para empregadores.

A dúvida mais freqüente reside na seguinte questão: as contribuições são devidas por todos da categoria profissional ou somente pelos empregados associados? Sem esgotar a matéria podemos apontar algumas diretrizes já fixadas.

A Contribuição Sindical Obrigatória é receita recolhida uma única vez, anualmente, em favor do sistema sindical, sendo descontada na folha de pagamento do empregado, no mês de março, no valor equivalente a um dia de trabalho, salvo para aqueles que não estiverem trabalhando ou que forem admitidos após esse mês.

É pacífico o entendimento jurisprudencial de que referida contribuição abrange tanto os filiados como os não filiados às entidades sindicais, razão pela qual o empregador não pode se furtar a fazer tais descontos, independentemente da concordância ou não do empregado.

A Contribuição Assistencial geralmente vem estabelecida nas Convenções Coletivas de Trabalho, que são firmadas entre o sindicato que representa a classe econômica e aquele que representa a classe profissional. São os sindicatos que determinam as condições a serem observadas quanto à referida contribuição.

A contribuição assistencial recebe outros nomes como por exemplo: taxa de reforço sindical, contribuição de fortalecimento sindical, etc. A validade da contribuição assistencial está condicionada à aprovação através de assembléia geral dos trabalhadores.

A Seção de Dissídios Coletivos do TST tem considerado inválidas tais contribuições quando ausente em instrumento normativo cláusula de oposição, através da qual o empregado pode expressar sua insurgência quanto ao referido desconto.

A Orientação jurisprudencial nº 119 da SDC do colendo TST serve como fundamento para o desconto da Contribuição Assistencial apenas aos empregados associados ao Sindicato, sob fundamento de ofensa ao direito de livre associação e sindicalização previstos nos arts. 5º, XX e 8º, V.

Conclusivo que a Contribuição Assistencial, na forma votada e aprovada pela categoria em assembléia, é apenas dos associados, ressalvada a hipótese de oposição expressa do empregado.

A Contribuição Confederativa tem previsão na Constituição Federal, no seu art. 8º, IV. Da mesma forma é a assembléia geral dos trabalhadores que regula a forma em que se opera esta contribuição, a qual tem por objetivo o custeio do sistema confederativo da representação sindical respectiva, independente da contribuição prevista em lei.

A jurisprudência majoritária do Tribunal Superior do Trabalho tem compreendido que a contribuição confederativa também somente é devida pelos trabalhadores filiados ao sindicato, não sendo válida sua cobrança aos demais trabalhadores. Esse é o entendimento do TST, inobstante o mesmo vem sendo questionado à luz das decisões do Supremo Tribunal Federal.

* Colaboração: Ana Paula Esmanhotto, Esmanhotto * Advogados Associados, Escritório Associado à G. A. Hauer & Advogados Associados.

Transcrito da Gazeta do Povo, 16/06/03

REVOGAÇÃO DE RESOLUÇÕES

CFM*

EMENTA - Revogar as Resoluções CFM nºs 277/66, 288/66, 885/78, 1.212/85, 1.216/85, 1.233/86, 1.241/87, 1.244/87 e 1.596/00, por estarem contidas na Resolução CFM n.º 1.651/02, que adota o Manual de Procedimentos Administrativos.

Palavras-chave: revogação de resoluções

RESOLUTIONS REVOCATION

Key words: resolutions revocations

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 as Resoluções CFM nºs 277/66, 288/66, 885/78, 1.212/85, 1.216/85, 1.233/86, 1.241/87, 1.244/87 e 1.596/00 tratam do cancelamento de inscrições de médicos;

CONSIDERANDO que o contido nas resoluções acima referidas encontra-se contemplado no texto do Manual de Procedimentos Administrativos oficializado através da Resolução CFM n.º 1.651/2002;

CONSIDERANDO que as diversas resoluções que tratam do mesmo assunto geram dificuldades tanto de pesquisa como de interpretação;

CONSIDERANDO que, torna-se desnecessária a existência de textos com conteúdo semelhante;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina de 9 de abril de 2003,

RESOLVE:

Art. 1º - Revogar as Resoluções CFM nºs. 277/66, 288/66, 885/78, 1.212/85, 1.216/85, 1.233/86, 1.241/87, 1.244/87 e 1.596/00.

Art. 2º- Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 9 de abril de 2003.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

Resolução CFM N.º 1661/2003
Publicado no D.O.U. de 12/05/2003

* Conselho Federal de Medicina

NÃO É RECONHECIDA A CRIAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA FARMACÊUTICA

Gerson Zafalon Martins*

EMENTA - A especialidade de médico farmacêutico não é reconhecida pelo CFM, não podendo, portanto, ser anunciada.

Palavras-chave: médico farmacêutico, reconhecimento pelo CRM, especialidade não reconhecida, anúncio

PHARMACIST MEDICAL DOCTOR SPECIALITY IS NOT RECOGNIZED BY CRM

Key words: pharmacist medical doctor, recognition, advertisement

O Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo formula consulta a este Federal sobre a alteração da denominação da Associação Brasileira de Médicos Assessores da Indústria Farmacêutica (ABMAIF), que passou a denominar-se Sociedade Brasileira de Medicina Farmacêutica.

Conforme se deduz das justificativas do secretário executivo da referida Sociedade, a medicina farmacêutica é uma especialidade que atua perante a indústria respectiva, na pesquisa pré-clínica e clínica, suporte ao marketing, registro de produtos e relacionamento com autoridades sanitárias e empresa/classe médica e empresa/usuário/farmacovigilância.

Aduz ainda o secretário da dita Sociedade que em vários países esta seria a denominação correta da antiga ABMAIF, declinando outras razões que justificariam a alteração.

Após esta breve síntese, passo as seguintes considerações:

De plano, é fácil concluir que a designação de Sociedade Brasileira de Medicina Farmacêutica, fere vários princípios legais, como também éticos.

Logo "*ab initio*", verifica-se ofensa à Constituição Brasileira, que embora no inciso XVIII do artigo 5º garanta a liberdade de criação de associações, desde que tenham fins lícitos, prevê, no inciso seguinte que elas têm que ser constituídas na forma da lei.

A Sociedade Brasileira de Medicina Farmacêutica pode ter fins lícitos, como efetivamente o tem, mesmo porque a indústria farmacêutica necessita do médico como

* Conselheiro Relator Federal

seu auxiliar, especificamente na pesquisa pré-clínica e clínica. Entretanto, a denominação **MEDICINA FARMACÊUTICA** induz realmente, e nem poderia deixar de ser diferente, uma especialidade médica que não é reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, consoante determinam as suas Resoluções nºs 1.036/1980 e 1.627/01.

Destarte, para o Conselho Federal de Medicina não existe a especialidade de médico farmacêutico. Consequentemente, uma sociedade que congregue médicos com esta suposta especialidade é ilegal, pois as Resoluções CFM nºs 1036/80 e 16.27/01, baseadas em poderes conferidos ao Conselho Federal de Medicina por força da Lei n.º 3.268/57, têm efeitos legais.

Assim sendo, a denominação e a existência dessa Sociedade ferem o inciso XVIII do artigo 5º da Constituição Federal, que dispõe, como já foi referido, que as associações, como a entidade em questão, podem ser criadas livremente desde que na forma da lei, o que não é a hipótese, pois o Conselho Federal de Medicina não reconhece a medicina farmacêutica como especialidade, o que torna ilegal, por sua designação, a existência de uma sociedade que congregue médicos farmacêuticos, pouco importando a forma como desenvolva suas atividades.

Por outro lado, ainda em continuação a esta linha de raciocínio, se a legalidade dessa sociedade é uma questão jurídica, este é um problema a ser resolvido no âmbito do Conselho de Medicina, desde que contemplado pelo Código de Ética Médica.

E realmente o artigo 135 do aludido Diploma ético veda ao médico **“ANUNCIAR TÍTULOS CIENTÍFICOS QUE NÃO POSSA COMPROVAR OU ESPECIALIDADE PARA A QUAL NÃO ESTEJA QUALIFICADO”**.

Isto posto, infringirá o dispositivo citado o médico que se intitule como **MÉDICO FARMACÊUTICO**, pois se o fizer estará sujeito a responder processo ético-profissional perante o Conselho de Medicina de sua jurisdição.

Todavia, não apenas intitular-se como médico farmacêutico deve ser considerado gravame ético. Também o médico que aceitar integrar a Sociedade, denominada espuriamente de Medicina Farmacêutica, implicitamente estará se intitulando como detentor de um título de especialidade não-reconhecida, ensejando a instauração de processo ético em seu desfavor, também por infração ao artigo 135.

Vale lembrar, ainda, que tais profissionais estariam sujeitos, por outro motivo, aos rigores do Código de Ética e da lei ordinária, posto que ambos repudiam o exercício simultâneo da Medicina e da Farmácia. É claro que sempre poder-se-á argüir que o médico, em desempenhando a atividade, como declinado na justificativa da Sociedade em questão, para mudar sua denominação, não estaria exercendo a Farmácia, mas apenas a Medicina. Pode ser, mas seja como for, para o leigo, esta situação estaria instalada, devendo ser ademais, muito difícil, no final das contas, separar-se as duas profissões, delimitando o âmbito ou os limites de cada uma, no exercício da atividade desses médicos perante a indústria de produtos farmacêuticos.

Assim sendo, proponho que se solicite da tal Sociedade a relação dos membros que a integram, para que possam ser alertados sobre o entendimento ora

expressado, cabendo ao Conselho Regional de Medicina a fiscalização e adoção das medidas necessárias.

E, finalmente, opino pela intimação do Dr. P. A., secretário executivo da tal Sociedade, subscritor da "Razões para a mudança de estatutos e de nome" da ex-ABMAIF, para esclarecimentos sobre o assunto.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 1º de maio de 2002.

Gerson Zafalon Martins
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 5932/2001
Parecer CFM N.º 42/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/09/2002

ATENÇÃO



CRMPR TEM NOVO ENDEREÇO E NOVA SEDE

Rua Victório Viezzer, 84 (Vista Alegre)

80810-340 - Curitiba - PR

Fone: 0 xx 41 240-4000

Fax: 0 xx 41 240-4001

e-mail: crmpr@crmpr.org.br

VINCULAÇÃO DE COOPERATIVA MÉDICA A FARMÁCIA

Rubens dos Santos Silva*

EMENTA - A existência de farmácia como propriedade de cooperativa médica, sem interação e sem dependência dos profissionais médicos cooperados, não constitui ilícito ético.

Palavras-chave: farmácia, cooperativa médica, relação médico-farmácia.

LINKAGE BETWEEN MEDICAL COOPERATIVE AND PHARMACY

Key words: pharmacy, medical cooperative, doctor/pharmacy relationship

O Sindicato do Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos de Goiás solicitou ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás medidas administrativas no sentido de mandar encerrar as atividades da Cooperativa de Usuários de Serviços de Assistência Médica – USIMED Farmácia, alegando ilicitude ética e ilegalidade da existência e funcionamento de estabelecimento para comercialização de produtos farmacêuticos ligados à UNIMED-Goiás.

Citam os advogados do Sindicato que o Conselho Federal de Medicina já houvera se posicionado quanto a situação no parecer jurídico n.º 469/98 e o próprio CEM, nos artigos 98 e 99, impediria a cooperativa médica de possuir farmácia. Ocorre que o parecer do Setor Jurídico do CFM contém na sua conclusão: *“Pelo exposto, nota-se que a simples interação de cooperativas médicas com farmácias não é ilegal, pois o sistema cooperativista tem a função de facilitar a aquisição de produtos e serviços para o consumo dos cooperados, sem objetivo de lucro. O acesso dos médicos a medicamentos e afins por meio de cooperativas não é atitude antiética.”* O Sindicato, por seus advogados, omitiu que o referido parecer, ao dizer: *“Pelos ditames legais acima trazidos, nota-se com clareza que a atividade médica deve ser totalmente desvinculada da prática farmacêutica, sendo a vinculação entre o médico e o estabelecimento de dispensa de medicamento atitude deontologicamente reprovável (...)”*, referia-se a acusação de angariar clientela e visar lucro, o que é feito pela ABRAFARMA, SINPROFAR e CRF-MG, tanto que no mesmo parecer temos as expressões: *“(...) é reprovável, exceto em forma de cooperativa para uso somente dos cooperados; a simples associação de médicos em cooperativas que possuam farmácia não é atitude ética reprovável.”*

O CRM-GO aprovou parecer do cons. D.P.F.J., cuja conclusão é: *“Do mesmo modo não vislumbramos motivos para a proposta de encerramento das atividades das*

* Conselheiro Relator Federal

referidas farmácias". O parecer foi aprovado em sessão ocorrida em 10 de maio de 2001. E em 29 de junho de 2001, o presidente do CRM-GO informou ao consulente que o recurso de tal decisão caberia ao CFM, o que ocorreu.

Em sessão plenária deste CFM, realizada em 9 de fevereiro de 2000, foi aprovado o Parecer CFM n.º 3/2000, de autoria da cons^a. Regina Ribeiro Parizi Carvalho, cujo entendimento vem bem expresso na ementa:

"Não caracteriza infração ao artigo 16, alínea "g" do Decreto n.º 20.931/32, e aos artigos 98 e 99 do CEM a constituição de farmácias por cooperativas médicas, uma vez que não há caracterização de interação ou dependência do médico com o estabelecimento comercial."

Cópia deste parecer foi remetido aos advogados do reclamante em 7 de julho de 2000, o que não foi citado no arazoado apresentado.

CONCLUSÃO

Por estar convencido de que as farmácias de propriedade de cooperativas médicas que comercializem produtos farmacêuticos somente aos seus usuários, que não sejam referenciados nas consultas médicas e que tenham profissional farmacêutico regularmente habilitado como seu responsável técnico e respaldado pelo contido no Parecer AJ n.º 469/98 e no Parecer CFM n.º 3/2000, opino que o Conselho Federal de Medicina permaneça e solidifique a posição ora exposta, ou seja, não há impedimento ético ou legal para que as cooperativas de serviços médicos (UNIMED) instalem e façam funcionar farmácias para uso de seus usuários, conforme o entendimento acima descrito.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 5 de junho de 2002.

Rubens dos Santos Silva
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 5704/2001
Parecer CFM N.º 48/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 13/09/2002

QUESTIONAMENTO REFERENTE À ETICIDADE DE MÉDICO PROPRIETÁRIO DE CLÍNICA, ATUAR COMO MÉDICO NA MESMA INSTITUIÇÃO

Eliane de Souza*
Marco Antônio Becker**

EMENTA - Ao médico proprietário de clínica e hospital, atuando como médico responsável pelo tratamento de pacientes oncológicos, é lícito fornecer os medicamentos a serem aplicados no estabelecimento, mediante prévio acerto dos custos com os convênios, deixando aos pacientes particulares a opção de providenciar os medicamentos fora da clínica.

Palavras-chave: farmácia, relação médico/farmácia, prescrição ética, medicamento

MEDICAL DOCTORS WHO OWN CLINICS ARE QUESTIONED CONCERNING THE ETHICS OF WORKING AS DOCTORS IN SUCH INSTITUTIONS

Key words: pharmacy, doctor/pharmacy relationship, medical prescription

Considerando que não existem medicamentos oncológicos para venda em farmácias, conclui-se que a clínica ou o hospital possam fornecê-los diretamente ao paciente. É essa a prática corrente. Se o médico que prescreve o medicamento necessário e indispensável é sócio ou não da clínica, é um fator irrelevante. O importante é a correta prescrição do medicamento.

O tratamento, realizado pelo Sistema Único de Saúde – SUS, é de regulamentação universalizada. Tratando-se de paciente de convênio ou particular, é mister que os valores sejam previamente acertados com equidade e justiça, mas lhe deve ser dada a opção de providenciar, fora da clínica, os medicamentos prescritos.

Este é o parecer, SMJ.
Brasília, 10 de setembro de 2002.
Marco Antônio Becker
Relator de Vista

Processo-Consulta CFM N.º 10760/99
Parecer CFM N.º 51/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 13/09/2002

* Conselheira Relatora Federal. ** Conselheiro Relator de Vista Federal

CONSULTAS MÉDICAS POR MEIO DE CONVÊNIOS COM FUNERÁRIAS

Antônio Gonçalves Pinheiro*

EMENTA - A participação do médico na prestação ou anúncio de serviços médicos através de descontos fere o artigo 9º do Código de Ética Médica.

Palavras-chave: consulta, convênio, funerária, desconto, comércio

MEDICAL APPOINTMENTS THROUGH FUNERAL INSURANCE

Key words: medical appointment, insurance, funeral

EXPOSIÇÃO

A Diretoria da Associação Paulista de Medicina – Regional de Jaú solicita do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo parecer sobre:

“Atendimento de consultas médicas através de convênios com funerárias, nos respectivos consultórios.

O colega que está atendendo pacientes encaminhados por funerárias, através de descontos, está agindo dentro dos preceitos do Código de Ética Médica?

As funerárias, por sua vez, que são empresas que vendem única e exclusivamente caixões, passam a ser intermediadoras de consultas médicas, também não estão infringindo o Código de Ética Médica?”

A presidente do CREMESP, Dra. R.R.PC., remete a questão ao CFM solicitando manifestação em vista da grande demanda sobre o assunto.

PARECER

Não entrando no mérito da constatação da inusitada associação funerária - médico-paciente, é importante que nos fixemos no questionamento da APM – Jaú para a elaboração de respostas que venham a esclarecer o tema, já que em outras localidades e sob outros mantos pratica-se este arranjo mercantil, com descontos sobre o trabalho médico, prometidos por clubes sociais, jornais, revistas, academias de ginástica, etc.

Temos a referir, inicialmente, o parecer da Assessoria Jurídica deste Conselho Federal de Medicina, que em resposta a consulta feita pelo chefe do Departamento de Fiscalização do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás sobre a necessidade de registro, no CRM, de empresa operadora de cartão de desconto, refere em conclusão:

* Conselheiro Relator Federal

“Pelo exposto, corroborando o parecer da Assessoria Jurídica do CRM-GO, conclui-se que a empresa que tenha como objetivo tão-somente oferecer descontos aos seus associados, não praticando diretamente serviço médico, não está obrigada a registrar-se no CRM, conforme disciplina a Resolução CFM n.º 1.214/85.”

Assim sendo, se a empresa citada na consulta da APM-Jaú for mais um destes cartões de descontos, e não tendo a obrigatoriedade de registro no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, isto foge completamente ao controle do órgão fiscalizador, não havendo como perquirir sobre a eficácia de seu funcionamento.

No entanto, cabe sim ao Conselho Regional de Medicina analisar com base no Código de Ética Médica, pontualmente no que se refere ao artigo 9º - que taxativamente refere: “A Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio” -, a atuação dos médicos que claramente, oferecendo ou aceitando os descontos previstos pela funerária, estão sobremaneira exercendo velha e usual prática comercial, observável em muitas lojas de nossas cidades.

Nunca é demais repetir que a Medicina, por sua característica essencialmente humanística, não deve e nem pode ser, mesmo através de subterfúgios, equiparada a um simples comércio de objetos, onde a alta rotatividade em busca do lucro permite “promoções” ou “descontos”.

Por fim, é nosso entendimento que os médicos que comprovadamente estejam participando deste ou de outros acordos concedendo descontos devam sofrer procedimento apuratório por parte do Conselho Regional de Medicina ao qual estejam subordinados.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 21 de novembro de 2001.

Antônio Gonçalves Pinheiro
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 6.588/2001
Parecer CFM N.º 44/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/09/2002

BRONZEAMENTO ARTIFICIAL

Antônio Gonçalves Pinheiro*

EMENTA - Excetuando-se a indicação médica para uso de radiação UV em patologias previamente identificadas, o bronzeamento estético em câmaras UV não deve ser considerado ato médico.

Palavras-chaves - bronzeamento artificial, dermatologia, fotoaplicação, ultravioleta

ARTIFICIAL TANNING

Key words: tanning, dermatology, artificial, ultra violet

EXPOSIÇÃO

O Sr. C. R., presidente da Associação Brasileira de Bronzeamento e representante da classe profissional da indústria e prestação de serviços de bronzeamento, apresenta a seguinte questão:

"A utilização de aparelhos de exposição da pele à luz ultravioleta para fins de bronzeamento configura ato médico, devendo operar sob responsabilidade médica no estabelecimento onde funcionam".

Refere que isto é necessário para fins de harmonização de entendimentos e providências de regulamentação governamental da atividade. Anexa o consulente documentação referente a tipos de aparelhos para emissão de raios ultravioleta, bem como documento denominado "A seguridade da fotoaplicação não-terapêutica através da regulamentação da ABNT".

Destes documentos extraímos:

Há 4 (quatro) modelos de aparelhos com referência ao tipo de radiação ultravioleta: tipo 1, tipo 2, tipo 3 e tipo 4.

Os de tipo 1 e 2 são planejados para uso em salões de beleza e similares, não necessitando da presença ou supervisão médica.

Os de tipo 3 podem ser utilizados por pessoas não treinadas.

Os de tipo 4 devem ser utilizados sob orientação médica.

Há preocupação na comunidade médica sobre os efeitos prejudiciais de tal prática, como incidência de câncer de pele e envelhecimento precoce.

Há necessidade de regulamentação para a minimização dos riscos.

A norma técnica da ABNT define a necessidade de aviso fixo, visível, sobre os equipamentos, com a seguinte mensagem: "A radiação ultravioleta pode causar danos aos olhos e pele, tais como envelhecimento da pele e, eventualmente, câncer de pele,(...) certos medicamentos e cosméticos podem aumentar a sensibilidade."

* Conselheiro Relator Federal

As normas da ABNT também definem os limites de exposição, utilizando para tanto o termo "dose eritematosa mínima" (DEM) para o limite de exposição diária, que muda de pessoa para pessoa de acordo com o tipo de pele e a quantidade de melanina previamente existente.

Um DEM = 20 minutos de sol forte na latitude 0 em pessoa de pele sensível. A quantidade máxima anual é de 60 DEM. Avaliam ainda os efeitos benéficos da radiação, entre outros: "a exposição ao sol, ou em equipamentos UV, libera betaendorfina, responsável pela sensação de conforto e bem-estar associadas. Existem também índices bem documentados de aumento dos casos de depressão, suicídio e alcoolismo nos meses de baixa luminosidade solar". Ao fim, concluem: "A existência de grande número de equipamentos operando no Brasil, sem cumprimento às normas de seguridade, exigem um trabalho conjunto da indústria, prestadores de serviços, médicos, governo e imprensa na definição, divulgação e fiscalização dos requisitos de seguridade que devem normatizar esta atividade".

De nossa parte, em pesquisa feita em documentação da Sociedade Brasileira de Dermatologia, incluímos documentos anexos:

O CÂNCER DE PELE COMO PROBLEMA MUNDIAL E NACIONAL

- No Brasil, 100 mil casos a cada ano.
- Único câncer onde as medidas de atenção primária são eficazes.
- Causa evitável – excessiva exposição ao sol sem proteção, principalmente em indivíduos fenotipicamente predispostos.
- Alerta contra o modismo do bronzamento artificial e os riscos daí advindos.
- Necessidade de consulta prévia a um dermatologista antes de submeter-se ao uso de cabine de bronzamento.

A partir de um decreto da Câmara Municipal de São Paulo obrigando as clínicas de bronzamento a colocar avisos alertando os usuários sobre os riscos da técnica e a distribuir material informativo explicando o que é o câncer de pele, o que o causa e como evitá-lo, bem como estipulando multa aos infratores, a Sociedade Brasileira de Dermatologia está postulando a inserção de itens mais rígidos como, por exemplo, o reconhecimento explícito de grupos de risco.

Deve-se ressaltar que existe uma portaria da Diretoria do Centro de Vigilância Sanitária de São Paulo que estabelece a obrigatoriedade de avaliação médica atestando que o usuário pode fazer uso do equipamento e em que adequação.

CONCLUSÃO

Desnecessário será discorrer sobre a influência da radiação ultravioleta na ocorrência das degenerações da pele, desde as ceratoses até os temidos melanomas. Também não é fato novo o alerta médico em razão do importante aumento mundial dessas patologias, consideradas verdadeiras epidemias em algumas populações. Num país como o Brasil, com a maior parte de seu território exposto quase todo o ano aos raios solares, e principalmente considerando-se a grande miscigenação advinda de

nossa diversa colonização, a ocorrência dos cânceres de pele tem sido uma preocupação dos organismos de saúde e das sociedades médicas.

As câmaras de bronzamento artificial estético, frutos do modismo tecnológico que assola nosso modo de viver, são hoje mais um fator de inquietação em relação às degenerações da pele, inclusive os cânceres.

Conforme verificamos no relatório, há equipamentos no mercado para uso sem orientação médica, funcionando em salões de beleza, e ao que parece sob a responsabilidade de pessoas cujo objetivo é momentaneamente oferecer o resultado estético ao cliente.

Entendo que excetuando o uso médico das radiações UV para o tratamento de patologias específicas e sob prescrições precisas, tais como o vitiligo, a psoríase, o líquen plano e a dermatite atópica, o bronzamento estético não deva ser considerado ato médico na sua execução. No entanto, é de vital importância que os órgãos de vigilância cientifiquem aos estabelecimentos que trabalhem com esses equipamentos, sejam eles de qualquer potência, que o médico deve ser previamente consultado para fornecer autorização ou contra-indicar a exposição à radiação. Considerando ainda o efeito cumulativo da exposição aos raios UV e as modificações tegumentares advindas de diversas possibilidades, tais como fatores hormonais ou doenças degenerativas, entre outras, faz-se necessário que usuários contumazes deste tipo de equipamento sejam periodicamente avaliados por médico especialista.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 29 de agosto de 2002.

Antônio Gonçalves Pinheiro
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 3633/2002

Parecer CFM N.º 46/2002

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 11/09/2002

INTERNAÇÃO EM CASOS DE DENGUE

Silo Tadeu Silveira de Holanda Cavalcanti*

EMENTA - Decisões emanadas por gestores da saúde, mesmo não-médicos, mas desde que elaboradas por equipe médica, visando melhor atenção à saúde da população e garantia da atuação médica, principalmente em casos específicos evidentemente danosos para a sociedade, como em situação de epidemia, não devem ser consideradas indevidas.

Palavras-chave: internação, dengue, epidemia

DENGUE HOSPITALIZATION

Key words: dengue hospitalization, epidemic dengue

HISTÓRICO

Através de Carta CFM n.º 2.053/2002, datada de 24.6.2002, recebi para emitir parecer o PC n.º 2464/2002, originário do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, onde é solicitado àquele Conselho Regional pronunciamento em relação à indagação a seguir transcrita:

“Prezados doutores:

Venho solicitar o pronunciamento e, se cabível, informação quanto às providências tomadas por esse Conselho frente à resolução da S.M.S. (cópia em anexo), onde, além de orientação semiológica, observa-se determinação de conduta médica e orientação terapêutica, pelo Sr. R. C. C..

Correspondência de igual teor está sendo enviada ao Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro.

“RESOLUÇÃO “N” SMS N.º 855, DE 26 DE MARÇO DE 2002

DETERMINA A OBRIGATORIEDADE DE INTERNAÇÃO PARA OS CASOS DE DENGUE NAS CONDIÇÕES QUE MENCIONA

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor, e

CONSIDERANDO a vigência de uma epidemia de dengue pelo sorotipo 3 na região metropolitana do Rio de Janeiro;

* Conselheiro Relator Federal

CONSIDERANDO o grande potencial de indução de formas graves com elevada letalidade, e a possibilidade de aumento da freqüência dos casos mais graves no decorrer do processo epidêmico, conforme observado em outros países;

CONSIDERANDO as medidas de reorganização dos serviços da rede deste município, já adotadas no sentido de ampliação dos horários de atendimento, inclusive aos sábados e domingos, bem como a realocação e treinamento de recursos humanos visando a aumentar a oferta de consultas e internações, e, finalmente;

CONSIDERANDO a importância da adoção de medidas de impacto que visem a redução drástica ou eliminação dos óbitos por dengue;

RESOLVE

Art. 1º - Determinar a obrigatoriedade de internação em Unidade Hospitalar de Saúde, e nos Postos de Saúde 24 HORAS, para a observação clínica contínua (vigilância clínica estrita) de todos os casos suspeitos, não somente para hidratação venosa mas também para aqueles com indicação de hidratação oral, desde que apresentem, pelo menos, um dos seguintes sinais de alerta:

- *Manifestações hemorrágicas de pele ou mucosas;*
- *Vômitos persistentes;*
- *Dor abdominal acentuada e contínua;*
- *Sonolência e irritabilidade;*
- *Hipotensão postural;*
- *Derrames cavitários.*

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário."

Em 8 de maio de 2002, o CRM - RJ encaminha a este Conselho Federal de Medicina a indagação acima transcrita, nos seguintes termos:

"Senhor presidente,

Encaminhamos a V.S.a., em anexo, cópia da correspondência que nos foi encaminhada pelo Dr. C. M. R., protocolada neste Conselho sob o n.º 6.648/2002, para ciência e providências cabíveis."

DISCUSSÃO

Como é do conhecimento de todos, a população do Estado do Rio de Janeiro sofreu intensamente com a epidemia de dengue, inclusive com casos graves, muitos deles levando os pacientes a óbito.

Houve grande mobilização da população, e o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro participou ativamente junto à sociedade reivindicando das autoridades municipal e estadual providências enérgicas para debater o problema e atender devidamente os portadores do vírus da dengue. Ao secretário de Saúde do município

cabe assegurar as condições necessárias para o adequado atendimento da população atingida, principalmente os portadores de quadros mais graves.

Me parece, portanto, que a portaria do secretário de Saúde do município do Rio de Janeiro, propondo o internamento de pacientes para observação clínica, baseado em sinais de alerta, indicativos de uma evolução grave, traduziu a preocupação e responsabilidade do gestor de saúde, certamente orientado pela sua equipe técnica, já que não é médico.

CONCLUSÃO

No caso específico não existem motivos para contestação da referida portaria, por ser dever do gestor de saúde assegurar melhores condições de atendimento à população, cujas providências cabíveis eram reclamadas e exigidas, naquela ocasião, pela população e pela própria categoria médica.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília-DF, 12 de julho de 2002.

Silo Tadeu Silveira de Holanda Cavalcanti
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 6588/2001
Parecer CFM N.º 44/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/09/2002

SUMÁRIOS POR AUTORES E ASSUNTOS

Procure em "Arquivos" Suplemento I. Dez./97 todos os números de 1984/1997, ou no número de Out./Dez. de cada ano seguinte.

SEGURADORA NÃO TEM O DEVER DE INDENIZAR DESPESAS COM CIRURGIA PLÁSTICA

Antônio Gonçalves Pinheiro*

EMENTA - A cirurgia plástica para correção do defeito denominado "orelhas em abano" deve ser autorizada por planos de saúde em virtude de comprometimento psíquico decorrente desta patologia. A cirurgia plástica reparadora destina-se a procura de correção de defeitos anatômicos e/ou funcionais específicos, de etiopatogenia não só decorrente de acidentes mas também de outras origens, inclusive congênicas.

Palavras-chave: seguradora, indenização, cirurgia plástica, despesas, cirurgia reparadora

HEALTH INSURANCE COMPANY IS NOT OBLIGATED TO INDEMNIFY PLASTIC SURGERY EXPENSES

Key words: insurance, indemnification, plastic surgery, expenses

DOS FATOS

Tendo submetido sua filha, uma menor de 8 (oito) anos, à cirurgia plástica com o objetivo de corrigir o defeito conhecido como "orelhas em abano", seu pai, segurado da Golden Cross S/A, teve negado pela empresa o pedido de ressarcimento das despesas sob a alegação de que não havia cobertura para este tipo de cirurgia. O segurado levou suas apelações ao Tribunal de Justiça do Estado e Superior Tribunal de Justiça, onde foram julgadas e mantida a assertiva de que não havia cobertura contratual para esta cirurgia: "o contrato de seguro-saúde referido na inicial admite a cobertura de cirurgia plástica reparadora apenas para o caso de ser necessária a restauração das funções de algum órgão ou membro alterados em razão de acidente. Na espécie, porém, nada ficou provado quanto ao propósito reparador da intervenção."

O Dr. F.A.C.R.S., assessor jurídico do CFM, analisa o fato concluindo que: "o entendimento do Superior Tribunal de Justiça nos remete ao fato de que as cirurgias plásticas optativas, que não decorram de acidentes, não são passíveis de reembolso pelas seguradoras."

ANÁLISE

Não tendo conhecimento do teor original da sentença e sua fundamentação, mas tão-somente do documento da Assessoria Jurídica do CFM, que analisa a questão, entendo que fui designado para opinar sobre a questão técnica:

* Conselheiro Relator Federal

- A cirurgia de orelha em abano é reparadora ou estética?;
- Deve ou não ser coberta por plano de saúde?;
- Os planos de saúde e seguradoras devem cobrir só correções de alterações decorrentes de acidentes?

Sem nos determos no aspecto legal da questão em relação a ser este caso proveniente do uso de plano de saúde ou seguro-saúde, entendemos ser pertinente nossa abordagem apenas no aspecto técnico, pois o posicionamento dos julgadores ateu-se a cobertura ou não da cirurgia para corrigir o defeito.

Em sucinta análise da patologia denominada “orelha de abano”, podemos dizer que é um defeito de posicionamento do pavilhão auricular, complexo, envolvendo total ou parcialmente as estruturas singulares daqueles apêndices anatômicos de particular destaque na face. Os defeitos podem ir desde a ausência da anti-hélix, hipertrofia da concha e mau posicionamento do lóbulo, isolados ou juntos, que necessitam de correção planejada, decorrente deste diagnóstico.

Há muito, em diversas abordagens a Medicina tem procurado elucidar a influência da estética na esfera psíquica dos indivíduos. É motivo de citação, pelos autores de trabalhos de cirurgia estética, o encontro de pacientes com verdadeiros distúrbios de comportamento centrados na dismorfia corporal, que, no mais das vezes, isolam-se do convívio social por esse motivo e são beneficiados apenas quando das correções cirúrgicas — os quais, sempre, nestes casos, recebem acompanhamento psicológico pré-operatório para tal decisão. Daí, pode-se inferir o quanto é difícil o limite de conceituação do que é puramente estético frente ao complexo envolvimento do psiquismo na avaliação do aspecto corporal.

Pode-se discutir o modismo do tamanho das mamas femininas ou a preferência de alguns povos por curvas acentuadas, mas não se vê qualquer defesa em relação a “orelhas em abano”. Este é um defeito cuja percepção pela criança e seu significado no relacionamento com as demais cria um verdadeiro problema no âmbito familiar.

Corrigir este defeito no momento certo significa equacionar a convivência no meio social e possibilitar o desenvolvimento normal da criança.

Creio, com todo respeito às decisões judiciais, que casos como este deveriam receber uma abordagem individualizada visando comprovar a real necessidade do tratamento cirúrgico.

Não pode o julgador, friamente, decidir frente a um contrato que só os casos decorrentes de lesões acidentais devam ter cobertura para tratamento, até porque inúmeras são as deformidades já cobertas pelos mesmos planos que não são de ocorrência acidental, mas sim de desenvolvimento anômalo ou fragilidade orgânica.

No momento, e só para ater-me à face, cito as ptoses palpebrais e os rinofimas, cujas correções são autorizadas e claramente têm suas etiopatogenias não-acidentais.

Concluo, tendo a convicção de que previamente ao ato cirúrgico deveriam ter sido tomadas as opiniões de cirurgiões plásticos, pediatras, psiquiatras e/ou psicólogos, para, assim documentado o caso e com a comprovada recusa do plano em autorizar o procedimento, que se busque o amparo da Justiça no sentido de uma decisão mais objetiva e não-somente baseada na fria letra do contrato.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 10 de abril de 2002.

Antônio Gonçalves Pinheiro
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 655/2002
Parecer CFM N.º 26/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/04/2002

BIOÉTICA

NASCE NA GRÃ-BRETANHA 1º BEBÊ SELECIONADO

LONDRES (DAS AGÊNCIAS INTERNACIONAIS) - O primeiro "bebê-medicamento" britânico nasceu na segunda-feira em Sheffield (norte da Inglaterra), como resultado de uma fecundação *in vitro* e um diagnóstico pré-implante (DPI) realizados nos Estados Unidos, já que este tipo de exame está proibido na Grã-Bretanha. A informação foi publicado ontem pelo jornal Daily Mail.

Jamie, filho do casal Michelle e Jayson Whitaker, é um bebê selecionado geneticamente para ser o perfeito doador de células-tronco para o irmão, que sofre um tipo raro de anemia. Ele foi escolhido para nascer usando avançadas técnicas genéticas quando ainda era um embrião.

O assunto é polêmico na Grã-Bretanha, e alguns políticos estão pedindo a liberação da manipulação genética de embriões para casais que enfrentam problemas como o casal Whitaker.

O outro filho do casal, Charlie, de 4 anos, sofre de um tipo de anemia que exige que ele passe por um tratamento regular e doloroso. A desordem só pode ser curada com o transplante de células-tronco de um doador que seja perfeitamente compatível com o paciente receptor.

Jayson Whitaker defendeu sua decisão de ter um filho geneticamente selecionado em uma entrevista ao jornal britânico. "Tudo o que fizemos foi mudar a probabilidade (de que o bebê fosse um perfeito doador) de 25% para 98%", disse. "Não houve seleção com base na cor dos olhos, ou do cabelo, ou do sexo".

Transcrito da Gazeta do Povo - 20/06/03

CIRURGIA MICROGRÁFICA DE MOHS

Antônio Gonçalves Pinheiro*

EMENTA - A cirurgia micrográfica de MOHS é técnica cirúrgica com parâmetros aceitos pela comunidade científica para o tratamento de tumores de pele e tecidos subjacentes.

Palavras-chave: cirurgia micrográfica, técnica de Mohs, tumores

MOHS MICROGRAPHIC SURGERY

Key words: micrographic surgery, Mohs' Technique

A Fundação Affemg de Assistência e Saúde indaga se a cirurgia micrográfica é uma técnica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina. Também refere que o objetivo é atender o reembolso de usuários, e que esta técnica não consta nas tabelas vigentes.

PARECER

A cirurgia micrográfica de MOHS, também denominada cirurgia microcontrolada dos tumores, é técnica bastante antiga do arsenal da cirurgia dermatológica. Proposta pelo Dr. Frederic E. Mohs, tem como objetivo a excisão controlada de tumores cutâneos e tecidos subjacentes através de exames histopatológicos seriados em extensão e profundidade em micro exéreses. Estas planejadas excisões são examinadas durante o ato cirúrgico por exame direto em técnica de congelação no tecido fresco ou fixado quimicamente. O objetivo é a retirada total e com segurança do tecido tumoral em toda a sua extensão e profundidade. O próprio autor entende (Skin surgery: microcontrolled surgery for skin cancer) que a prática desta técnica exige intenso treinamento cirúrgico na mesma, e particularmente na interpretação das micropeças examinadas.

Como se trata de mais uma técnica cirúrgica específica para tratamento de tumores cutâneos e tecidos adjacentes, já usual em muitos países e executada por médicos com treinamento no Brasil, não vejo porque não deva ser reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

* Conselheiro Relator Federal

No tocante à sua inclusão nas tabelas de pagamento das operadoras, entendo ser prerrogativa da Sociedade Brasileira de Dermatologia propor negociações para tal, bem como, através de seus representantes, fazer sugestões sobre o tema no recente projeto do novo rol de procedimentos quando comparecerem à FIPE para este fim.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 12 de junho de 2002.

Antônio Gonçalves Pinheiro
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 5048/2001
Parecer CFM N.º 39/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 09/08/2002

TRANSPLANTE NEGADO

A Terceira Turma do STJ concluiu julgamento em que se discutia a obrigação de as empresas de seguro-saúde custearem transplantes de órgãos. Segundo o entendimento vencedor da Turma, não há - ainda que se deva, em princípio, dar interpretação favorável ao adquirente de plano de saúde - como se impor responsabilidade por cobertura que tenha sido excluída do contrato por cláusula expressa e de fácil verificação.

Transcrito da Gazeta do Povo - 12/05/03

PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS PARA CURATIVOS E DEBRIDAMENTO DE QUEIMADURAS

Oliveiros Guanais de Aguiar *

EMENTA - Debridamentos e curativos cirúrgicos em pacientes queimados, por serem ato médico, só poderão ser realizados sob anestesia quando executados pelo cirurgião responsável.

Palavras-chave: anestesia, curativos, queimadura, ato médico, princípio

ANESTHETIC PROCEDURES FOR CURATIVE DRESSINGS AND DEBRIDEMENT IN BURNS

Key words: anesthesia, curative, burn, medical act, principle

APRESENTAÇÃO

O Conselho Federal de Medicina recebeu, da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, a seguinte Consulta:

Sr. Presidente,

A Sociedade Brasileira de Anestesiologia recebeu consulta de um de seus sócios sobre a realização de Curativo/Debridamento em pacientes queimados sob anestesia, realizados por enfermeiras ou auxiliares de enfermagem, sem a presença do médico cirurgião na sala de cirurgia. Perguntamos: tal procedimento não é um ato médico? Pode a enfermeira ou auxiliar de enfermagem realizá-lo?

O expediente que nos foi encaminhado contém, além da consulta de origem a que se referem os consulentes da SBA, extenso material acrescentado pelo setor de consultas do CFM, tratando de temas análogos ou correlatos.

PARECER

A essência da matéria que se coloca à apreciação deste Conselho consiste no entendimento do que é ato médico e da competência dos profissionais para realizá-lo. A compreensão do que vem a ser ato médico responde à segunda parte da matéria.

Por mais clara que seja a semântica do que se chama ato médico, a questão se torna de difícil avaliação quando se trata de demonstrar, por definições, o que já se encontra no campo do conhecimento, de forma a não deixar incertezas. A isto se juntam complicadores decorrentes de conflitos de competência envolvendo profissões que surgiram e desenvolveram-se historicamente para determinadas funções e, a

* Conselheiro Relator Federal

partir de certa etapa, pretendem desenvolver atividades que não estavam nas raízes de sua competência.

Seria um exemplo didático de tautologia definir o ato médico como sendo aquele realizado pelo médico. No entanto, se dissermos que o ato médico refere-se a atividades profissionais realizadas por pessoas qualificadas por técnicas, conhecimentos específicos, e autorizados por lei a realizá-los com vistas à prevenção, manutenção e recuperação da saúde do ser humano, efetuando diagnósticos, procedimentos e indicações terapêuticas, inevitável se torna aceitar que existem atividades (atos) que são delegados a profissionais determinados (médicos) para realizá-las. Esta conceituação pode servir para indicar, ainda que parcialmente, o que vem a ser ato médico.

Pouca relevância teria o prolongamento de uma discurso sobre ato médico – e isto resultaria inevitavelmente numa variedade de opiniões sobre coisa tão óbvia. Se desejarmos conhecer um objeto ou conceito, as palavras são úteis mas não finalizam o entendimento que se busca, porque a inteligência humana pode ter necessidade de valer-se das petições de princípio, o que tornaria o discurso interminável.

Se o médico tem uma função técnica, científica ou mesmo empírica a serviço da saúde do ser humano (e isto vem de longas datas), seria insensato retirar ou confundir as sua aptidões e deveres, principalmente agora que a medicina adquire complexidade crescente, deixando que outros profissionais, por atividades assemelhadas mas sem preparo específico ou competência devida, viessem a compartilhar das funções que são intrínsecas ao trabalho do médico.

Muitas profissões têm importância relevante na preservação da saúde, de forma imediata ou mesmo remota. Todos os que cuidam das condições ambientais de trabalho, moradia, saneamento, etc. são agentes importantes na promoção da saúde. Mas há categorias que estão tão próximas do trabalho médico que este perderia eficiência e qualidade sem a participação destes profissionais. Isto acontece com nutricionistas, fisioterapeutas e, principalmente, enfermeiras e auxiliares de enfermagem. No entanto, cada uma dessas categorias tem seu campo de trabalho definido, não devendo, portanto, existir incertezas quanto às funções que cabem a umas e a outras.

Na origem da consulta que deu margem a estas considerações, encontra-se este gênero de desencontro profissional. Curativos cirúrgicos e debridamentos sob anestesia nos pacientes vítimas de queimaduras prevêm abordagens invasivas de maior ou menor intensidade, com probabilidade de lesões em estruturas anatômicas importantes. Além disso, avaliações clínicas momentâneas de ordem geral podem fazer-se necessárias, configurando, assim atividades exclusivas do médico pelos seus conhecimentos específicos.

Embora esta questão do profissional que vai cuidar do caso esteja incluída na consulta, o problema relevante diz respeito à realização de anestesia para pessoas que não têm qualificação médica. Entende-se que uma anestesia é administrada em situações que envolvem tratamentos complexos, particularmente cirúrgicos, ou condições especiais do paciente a ser tratado, como ocorre no caso de crianças com incapacidade de colaborar.

A anestesia, para ser realizada, supõe um dos níveis de exigência mostrados acima. E sendo o ato anestésico revestido de tantas complexidades, deve-se cuidar para que seja realizado nas condições de segurança apontadas pela Resolução CFM 1.363/93, não comportando, por conseguinte, a hipótese de anestésias serem administradas sem a presença de outro médico que esteja relacionado ao tratamento a que se entrega o paciente, sendo acaciano, mas mandatório, que o médico presente seja cirurgião quando estiver em jogo a realização de cirurgias ou procedimentos correlatos.

CONCLUSÃO

Debridamentos e curativos cirúrgicos em pacientes queimados, por serem ato médico, só poderão ser realizados sob anestesia quando executados pelo cirurgião responsável.

Este é o parecer, s.m.j.

Brasília, 30 de julho de 2001

Oliveiros Guanais de Aguiar
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 3868/2000
Parecer CFM N.º 32/2001
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 16/08/2001

LASER TERAPIA DE HÉLIO-NEÔNICO INTRAVASCULAR

Regina Ribeiro Parizi Carvalho*

EMENTA - O método de laser terapia de hélio-neônio intravascular não deve ser utilizado na rotina da prática médica por falta de evidência científica, podendo, entretanto, ser objeto de pesquisa desde que submetido a protocolo aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conep.

Palavras-chave: laser terapia, terapia intravascular, ulceração

ENDOVASCULAR HELIUM-NEON LASER THERAPY

Key words: laser therapy, endovascular, ulceration

INTRODUÇÃO

O consulente solicita informações científicas e éticas sobre a utilização da laser terapia de hélio-neônio intravascular, método que vem sendo divulgado em São Paulo.

PARECER

Tendo em vista que tal matéria não apresenta qualquer normatização por parte do CFM, procurei referência sobre a mesma na literatura científica e se existia parecer da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular.

Na literatura nacional, encontrei um artigo publicado acerca da utilização do laser HeNe na cicatrização de úlceras; por sua vez, a Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular assim manifestou-se:

“...sobre a utilização de laser terapia de hélio-neônio intravascular, trata-se de procedimento invasivo de aparecimento recente, ainda sem dados científicos significativos comprobatórios de sua eficácia e indicações. Não sendo de nosso conhecimento o seu uso no Brasil.

Ressaltamos a inexistência de trabalhos científicos relevantes referentes ao mesmo, sendo que não há referência ao método no último consenso publicado no Management of Peripheral Arterial Disease da Trans Atlantic Inter-Society Consensus, de março de 2000.”

Informamos, também, que a clínica em São Paulo, que divulgava e aplicava o método, foi recentemente fechada por intervenção do CRM-SP junto à Vigilância Sanitária.

* Conselheira Relatora Federal

Assim sendo, entendo que tal método não deva ser utilizado na rotina terapêutica, devendo ser apenas permitido em caráter experimental, desde que submetido a protocolo devidamente autorizado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conep, do Conselho Nacional de Saúde.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 22 de novembro de 2000.

Regina Ribeiro Parizi Carvalho
Cons. Relatora

Processo-Consulta CFM N.º 2327/2000
Parecer CFM N.º 30/2001
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/07/2001

BIOÉTICA, NICARÁGUA

ABORTO DE MENINA DE NOVE ANOS CAUSA POLÊMICA

Autoridades da Nicarágua informaram que os pais e médicos de uma menina de nove anos que fez um aborto há duas semanas não serão processados criminalmente. A garota ficou grávida ao ser estuprada e fez o aborto em uma clínica particular. A ministra da Saúde do país, Lucia Salvo, considerou criminosa a intervenção cirúrgica. Mas a procuradora geral da Nicarágua, Maria del Carmen Solorzano, declarou que o aborto não infringiu nenhuma lei, uma vez que foi realizado para salvar a vida da menina. A lei do país permite o aborto quando há risco para a mãe ou quando o feto apresenta sérias deformidades.

Transcrito da Gazeta do Povo - 05/03/03

REGISTRO PROVISÓRIO DE MÉDICO EM CRM

Ricardo Fróes Camarão*

EMENTA - O exercício provisório da Medicina em outra jurisdição poderá ser feita através de comunicação escrita (mencionando dia e local) pelo médico junto ao CRM no qual se encontra inscrito, o qual se responsabilizará por comunicar tal fato ao Conselho Regional de Medicina onde o médico atuará, por escrito.

Palavras-chave: registro provisório, exercício temporário, auditoria, perícia, resgate aeromédico

DOCTOR 'S TEMPORARY REGISTRY AT CRM

Key words: temporary registry, temporary practice, judgeship, examination, aeronautic rescue

DA CONSULTA

O chefe da Divisão de Saúde e Assistência Social do Departamento de Polícia Rodoviária Federal, dr. G.A.S., através de expediente protocolizado no Conselho Federal de Medicina sob o n.º 1.815/2001, solicita revisão do parecer n.º 12/2001, de 11/1/2001, especificamente sobre *"como proceder para atuação temporária de médico em outra jurisdição"*.

O Parecer CFM n.º 12/2001 trata, primariamente, sobre a obrigatoriedade da presença de médico nas aeronaves de transporte aeromédico e, secundariamente, do registro provisório de médico em outra jurisdição.

Na primeira consulta, o consulente elaborou pontualmente três questões: *"(...) solicita orientações e esclarecimentos sobre resgate aeromédico. Informa que, em breve a Polícia Rodoviária Federal estará atuando nas rodovias federais com atendimento pré-hospitalar, onde serão utilizadas ambulâncias e helicópteros. Pergunta:*

1)- É obrigatória a presença de médico nas aeronaves de resgate aeromédico?

2)- Podemos começar, como experiência, em Santa Catarina durante o próximo verão?

3)- Como proceder para atuação temporária de médico em outra jurisdição?(...)"

Os questionamentos foram respondidos com base na Resolução CFM n.º 1.529/98 e na Lei n.º 3.268/57. Os dois primeiros baseados na resolução, e o terceiro na lei, transcrita abaixo:

* Conselheiro Relator Federal

“(…) De acordo com a Lei n.º 3.268/57, o médico deve apresentar-se ao CRM onde irá atuar temporariamente, para ser autorizado ao exercício profissional pelo período máximo de 90 dias (…)”

Na solicitação de revisão do terceiro questionamento, o dr. G.A.S. assim se manifestou após breve introdução:

“A seguir fundamento esta nova consulta:

1. Os médicos lotados no Departamento de Polícia Rodoviária Federal do Ministério da Justiça, deslocam-se constantemente para os diferentes Estados e Territórios da União, a fim de realizar perícias médicas em funcionários das diversas Superintendências.

2. O número de médicos lotados neste Departamento é insuficiente.

3. Pela grande rotatividade de viagens dos médicos aos estados, seria inviável pegar o visto na carteira profissional, toda vez que se deslocarem, seja ao mesmo Estado ou a outro diferente. Ex.: Se um médico tiver que viajar para todos os Estados e Territórios, teria que visar 26 vezes, não teria espaço suficiente na carteira para todos estes vistos.

4. Caso a Perícia Médica seja afastada da capital do Estado, o médico teria que deslocar-se primeiro para a capital, e depois para o local de atendimento, onerando em despesas e tempo.

5. Pela autonomia dos CRM, uns concedem o registro temporário por 90 dias, outros pelo tempo que estarão trabalhando no local. Se a Junta Médica voltar para o mesmo estado, teremos que fazer todo o protocolo novamente.

6. Os médicos que compõem as juntas médicas de DPRF, trabalham exclusivamente fazendo perícias médicas no âmbito da instituição.

7. O DPRF compõem-se de:

Departamento – Sediado em Brasília-DF

Superintendências – Sediadas nas Capitais dos Estados

Delegacias – Sediadas na diferentes cidades dos Estados

Distritos – Sediados nos territórios nacionais.”

O dr. G.A.S. anexou farta documentação onde comprova as razões citadas, incluindo cópias de carteira profissional com vistos temporários, constatando o término das folhas de anotações e o parecer CFM n.º 15/00, sobre o exercício irregular da Medicina, da lavra do cons. Silo Holanda.

Apesar da conclusão do Parecer n.º 15/00 ser contrário à pretensão do consulente, este utilizou um parecer do CRM-DF citado no Parecer n.º 15/00, no qual o cons. Eduardo Guerra assim se manifestou sobre questões envolvendo um médico do Distrito Federal que exercia temporariamente a Medicina em São Paulo:

“Quando o médico exerce a sua profissão em outra jurisdição, temporariamente (menos que 90 dias), deverá apresentar a sua carteira para ser visada pelo Presidente do CRM desta jurisdição (art. 18 §1º da Lei n.º 3.268/57).

É uma exigência legal raramente cumprida pelos médicos, principalmente por aqueles que permanecem poucos dias na nova jurisdição.

Torna-se quase impossível se exigir de um médico vai exercer a medicina durante poucos dias em uma pequena cidade do interior de outro estado, que compareça previamente à Capital ou mesmo à Delegacia Regional (quando houver) mais próxima, para ter a sua carteira visada.

Por outro lado, é relativamente freqüente o deslocamento de médicos para outros estados a serviço de órgãos do governo, de empresas públicas ou privadas, ou mesmo em caráter particular, para exercer atos médicos, tais como perícias, fiscalizações, demonstrações de novas técnicas em eventos científicos, etc. Essas atividades podem gerar conseqüências éticas e jurídicas.

III – Conclusão

A intenção do legislador é de que o médico, ao exercer a sua atividade profissional sempre esteja sob a jurisdição do Conselho Regional do local em que o ato foi praticado.

Daí a necessidade de sua carteira visada pelo presidente do Conselho Regional onde exercer temporariamente a profissão bem como a transferência ou inscrição provisória no caso de exercício definitivo.

Com a evolução dos meios de comunicação nos últimos quarenta anos, considero perfeitamente adequado que o visto na carteira de médico seja substituído por uma comunicação ao Conselho Regional de Medicina, via fax ou pelos Correios (com A.R.)

Nessa comunicação, o médico se coloca sob a jurisdição do Conselho local, pelo tempo em que lá permanecer, desde que inferior a 90 dias.”

DO PARECER

O Conselho Federal de Medicina já estabeleceu seu posicionamento sobre o tema, através dos pareceres nºs 15/00 e 12/01.

A Assessoria Jurídica do CFM, instada a se manifestar ainda com relação ao debate estabelecido entre os Conselhos do Distrito Federal e São Paulo, assim se posicionou:

“15. Relativamente ao fato de o denunciado não ter efetuado o seu registro junto ao CREMESP, resta inconteste que o ato pericial em tela, constitui-se como violação dos princípios éticos, devido ao fato de estar o denunciado, exercendo a atividade médica em outra jurisdição, diversa da sua origem, sem o devido “visto” em sua carteira profissional, infringindo pois, os dispositivos emanados da Lei 3.268/57, e estando o mesmo sujeito às penas cominadas neste diploma legal.”

Pode-se observar que o entendimento é eminentemente de cunho legal, estabelecido nos parágrafos 1º e 2º do artigo 18 da Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957. Porém, quando da transformação dos Conselhos em entidades de natureza privada, através da Lei n.º 9649/98, foi aprovado em 18/12/98 o estatuto do Conselho Federal de Medicina após amplo debate com o Pleno Nacional. Nesse diploma legal ficou estabelecida modificação quanto ao visto provisório para a atuação de médicos em outra jurisdição, demonstrando, já em 1998, uma preocupação com o tema, como reza o parágrafo 4º do artigo 32 desse Estatuto:

“Nos casos em que o profissional tenha que exercer temporariamente a medicina em outra jurisdição, este fato deverá ser comunicado por escrito ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição original.”

O legislador do século passado, quando da elaboração do § 1º do artigo 18 da Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, provavelmente estava preocupado com

o fato de um médico ir até outra jurisdição e exercer a Medicina sem o conhecimento do Conselho Regional de Medicina daquela região. Ademais, o sistema de comunicação da época era bastante precário e a ida do médico ao CRM para receber o visto do presidente seria a garantia de que não exerceria a Medicina de maneira irregular.

O mundo mudou, especialmente no sentido de novas tecnologias de comunicação. Por sua vez, a sociedade e a Medicina evoluíram em todos os aspectos. Na Medicina, o surgimento de auditorias em serviços médicos, a prática da Medicina do Trabalho e, especialmente, o aumento das perícias médicas e, no caso em tela, a perícia médica exercida por quadros de instituições e/ou empresas que atuam em todo o território nacional, como é o caso da Polícia Rodoviária Federal, forçaram-nos a compreender a preocupação do consulente, ou seja, propor ao médico que vai atuar especialmente por períodos curtíssimos em determinada jurisdição uma nova maneira de efetuar comunicação escrita ao CRM por outro meio que não seja somente o estabelecido na Lei n.º 3.268/57.

Essa modificação destinaria-se especificamente aos casos em que o médico fosse desempenhar atividades em outra jurisdição por períodos curtíssimos, especialmente nos casos de perícia e auditoria.

Por se tratar de previsão legal em vigor no país, uma outra maneira ao estabelecido em lei deverá ser submetida à mudança de, pelo menos, o § 1º do artigo 18 da Lei n.º 3.268/57.

DA CONCLUSÃO

1) Pelo exposto, sou de parecer favorável, salvo melhor entendimento do plenário do CFM, que a comunicação do exercício provisório da Medicina em outra jurisdição poderá ser realizada também através de outro meio de comunicação, especialmente nos casos de perícia, auditoria ou outro, que envolva instituições e/ou empresas que tenham sua atuação em todo o território nacional. A comunicação do que trata o artigo 18 da Lei n.º 3.268/57 poderá ser realizada através de comunicação escrita a ser enviada pelo Conselho de origem, que se responsabilizará pelo envio, via fax símile, ao Conselho onde o médico atuará;

2) Proposta de resolução para normatizar o assunto em questão.

Este é o parecer, SMJ.
Brasília, 12 de abril de 2002.

Ricardo Fróes Camarão
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 1815/2001
Parecer CFM N.º 29/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 13/06/2002

COMPETÊNCIA DE ENFERMEIRO PARA PRESCREVER MEDICAMENTOS, E/OU SOLICITAR EXAMES COMPLEMENTARES EM EQUIPES DE SAÚDE

Léo Meyer Coutinho*

EMENTA - Somente o médico pode prescrever medicamentos e solicitar exames complementares. Em equipes de saúde, sob supervisão médica, o enfermeiro pode encaminhar pedidos e orientar o uso de medicamentos previamente definidos em normas de procedimentos da equipe.

Palavras-chave: enfermeiro, competência, prescrição, exames complementares, equipe de saúde

CAPABILITY OF NURSE TO PRESCRIBE MEDICATIONS AND TO ASK FOR LABORATORY TESTS IN A HEALTH TEAM

Key words: nurse, capability, prescription, laboratory tests, health team

PARECER

O Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo encaminha extensa consulta formulada pela Dra. Érica Aver Penha, que manifesta sua preocupação ética dizendo no primeiro parágrafo:

“Tendo em vista ter sido convidada pela Coordenadora da U. S. de Jardim Camburi, para integrar a equipe de reestruturação do Programa de Diabetes e ter tomado conhecimento da existência nesse CRM de denúncia referente ao Exercício Ilegal da Medicina, pelo fato de o enfermeiro da equipe prescrever medicamento considerado “de rotina” no Programa”

Continua sua consulta expondo as características do paciente diabético, em geral com múltiplas manifestações que exigem conduta terapêutica específica para cada caso, e inquire o seguinte:

“O Enfermeiro, em sua formação estaria apto tecnicamente e legalizado para atuar, solicitando exames, realizando diagnósticos e prescrevendo a terapêutica, assumindo integralmente a responsabilidade sobre o tratamento do paciente diabético?”

Como sabemos, para os diagnósticos, diferenciais inclusive, há necessidade, muitas vezes, da realização de exames complexos e para o tratamento, prescrição de

* Conselheiro Relator Federal

drogas diversas de acordo com as patologias associadas e as condições clínico e social de cada paciente, o que impossibilita o seguimento de um protocolo único, simples, fácil de seguir, isento de complicações, como acontece em outros Programas. Penso que, em DM, não há protocolo de tratamento mas sim, indicações terapêuticas que devem ser precisos, de acordo com a situação clínica, atual e particular de cada paciente.”

Resposta. A consulente, comentando a própria pergunta, fornece o raciocínio lógico que embasa a resposta: o enfermeiro não está apto para atuar, nem técnica e nem legalmente (os pareceres anexos, Processos Consulta CFM n.º 2.354/95 e 3.515/94 são também elucidativos). Infelizmente, leigos, e por vezes médicos, de forma inadvertida aceitam situações desse tipo. Se ao próprio médico não é fácil, quanto mais ao enfermeiro.

Pior do que desconhecer é conhecer pela metade. Se numa roda de dez amigos, um deles médico, uma mulher diz estar com dor no baixo ventre, lado direito, febre, vômitos e a perna está repuxando, muito provavelmente oitão dirão “é apendicite”, enquanto o médico ficará calado, pois só ele sabe a gama de patologias que podem ter os mesmos sintomas e sinais. Assim pode acontecer com um diabético sob o cuidado exclusivo de um enfermeiro. Continua a consulente:

“Qual seria o papel do médico neste contexto?”

Seria obrigado a receber e tratar as complicações do paciente quando este lhe fosse encaminhado pelo Enfermeiro?”

Resposta. Evidente que não. O documento anexo, que apresenta o fluxograma da Unidade Sanitária e as atribuições do enfermeiro não é claro o suficiente e dá margem a interpretações absurdas, como por exemplo:

- o item 15 das atribuições do enfermeiro diz: “Prescrição e/ou ajuste de dosagem de medicamentos padronizados para o programa (hipoglicemiante oral) e ajuste da dosagem de insulina (ação lenta e ação rápida)”;
- o item 3 das atribuições do médico diz: “Decisão e ou revisão da conduta médica global.”

Tem-se a impressão de que após o diagnóstico o médico encaminha o paciente ao enfermeiro para este escolher a medicação a ser prescrita, verdadeiro absurdo.

- Também diz, item 8, “solicitar glicemia de jejum de todo o paciente com idade maior ou igual a 35 anos que procure a Unidade para atendimento médico”. Esta pode até ser uma atribuição do enfermeiro com vistas a que o paciente chegue ao médico já com o resultado do exame.

- Sem dúvida, os encargos devem ser revistos. Ao enfermeiro não cabe decisão terapêutica, mas tão somente execução e orientação ao paciente. Pergunta ainda consulente:

“Se o paciente pode ser prescrito pelos 02 profissionais, aleatoriamente, e a visão sendo diferente, um podendo interferir na conduta do outro.

Que direção o paciente poderá seguir? A relação médico paciente e consequentemente sua aderência ao tratamento não ficaria prejudicada por falta de um referencial?

Resposta. Certamente que ficaria prejudicada a relação médico-paciente, mas o enfermeiro não pode prescrever, como já afirmei.

A consulente continua tecendo vários comentários pertinentes e indagações que ela mesma responde na abordagem que faz, de tal sorte que podemos concluir:

8. O enfermeiro, importante auxiliar em qualquer serviço de assistência médica, pode atuar nos limites de sua competência médica e legal.

9. O projeto anexo precisa ser revisto, servindo de subsídio os pareceres anexos e pertinentes a esse tema.

Brasília, 8 de maio de 1998

Léo Meyer Coutinho
Cons. relator

Processo-Consulta CFM N.º 178/98
Parecer CFM N.º 99/98
Parecer Aprovado CFM N.º 29/98
Sessão Plenária de 18/12/98

REANIMAÇÃO DE PACIENTE POR DESFIBRILAÇÃO OU ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL, NA AUSÊNCIA DE UM MÉDICO

Rodrigo Orlando Nabuco Teixeira*
Roberto Luiz d'Avila**

EMENTA - Entubação orotraqueal e desfibrilação cardíaca são atos médicos, sendo permitido a leigos, na ausência de médico, a utilização de desfibrilador cardíaco automático externo. Cursos que ensinam atos médicos só podem ter como alunos médicos e/ou estudantes de Medicina.

Palavras-chave: reanimação, entubação, desfibrilação, ato médico, ação leiga, ausência de médico

REANIMATION OF PATIENTS BY DEFIBRILLATION OR ORAL INTUBATIONS IN THE ABSENCE OF A MEDICAL DOCTOR

Key words: reanimation, defibrillation, intubations, doctor's absence

I. DOS FATOS

Em 11/6/2001, o CREMESP encaminhou consulta objetivando a instrução da Sindicância n.º 31.739/01, na qual o Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP) questiona "autorização" concedida, pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), a S. C. A., para proceder reanimação de pacientes por desfibrilação ou entubação orotraqueal na ausência de um médico. Foram anexadas cópias de publicação retirada do site e do Caderno 2 do jornal *O Estado de S. Paulo* intituladas "Quase Médico", informando que o fisioterapeuta havia obtido o certificado do curso de ACLS (Advanced Cardiac Life Support), pela primeira vez, no Brasil. Acrescenta que o fisioterapeuta é pós-graduado na USP e foi convidado para ser instrutor do referido curso na UNICAMP.

Instada a manifestar-se, a Assessoria Jurídica do CFM assim se posicionou:

"(...) II-PARECER

A matéria em comento é estritamente técnica, e o parecer desta Assessoria Jurídica está restrito à análise jurídica da questão.

Sendo assim, sob o ponto vista legal, não está o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional habilitado para fazer atos que são exclusivamente médicos, não possuindo por lei tal atribuição.

Estabelece o Decreto-Lei n.º 938 de 16/10/1969, que regulamenta o exercício da profissão de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, o seguinte:

Art. 1º - É assegurado o exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional observado o disposto no presente Decreto-Lei.

* Conselheiro Relator Federal. ** Conselheiro Relator de Vista Federal

Art. 2º - O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional, diplomados por escolas e cursos reconhecidos, são profissionais de nível superior.

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

Art. 4º - É atividade privativa do terapeuta ocupacional executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacionais com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente.

Art. 5º - Os profissionais de que tratam os artigos 3º e 4º poderão, ainda, no campo de atividades específica de cada um:

I - Dirigir serviços em órgãos e estabelecimentos públicos ou particulares, ou assessorá-los tecnicamente;

II - Exercer o magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional de nível, superior ou médio;

III - Supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos.

Art. 6º - Os profissionais de que trata o presente Decreto-Lei, diplomados por escolas estrangeiras devidamente reconhecidas no País de origem, poderão revalidar seus diplomas.

Art. 7º - Os diplomas conferidos pelas escolas ou cursos a que se refere o artigo 2º deverão ser registrados no órgão competente do Ministério da Educação e Cultura.

Art. 8º - Os portadores de diplomas expedidos até a data da publicação do presente Decreto-Lei, por escolas ou cursos reconhecidos, terão seus direitos assegurados desde que requeiram, no prazo de 120 (cento e vinte) dias, o respectivo registro observando, quando for o caso, o disposto no final do art. 6º.

Art. 9º - É assegurado, a qualquer entidade pública ou privada que mantenha cursos de fisioterapia ou de terapia ocupacional, o direito de requerer seu reconhecimento, dentro do prazo de 120 (cento e vinte) dias a partir da data da publicação do presente Decreto-Lei.

Art. 10 - Todos aqueles que, até a data da publicação do presente Decreto-Lei, exerçam sem habilitação profissional em serviço público atividade de que cogita o artigo 1º serão mantidos nos níveis funcionais que ocupam e poderão ter as denominações de auxiliar de fisioterapia e auxiliar de terapia ocupacional, se obtiverem certificado em exame de suficiência.

§ 1º - O disposto no artigo é extensivo, no que couber, aos que, em idênticas condições e sob qualquer vínculo empregatício, exerçam suas atividades em hospitais e clínicas particulares.

§ 2º - A Diretoria do Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura promoverá a realização, junto às instituições universitárias competentes, do exame de suficiência a que se refere este artigo.

Art. 11 - Ao órgão competente do Ministério da Saúde caberá fiscalizar em todo o território nacional, diretamente ou através das repartições sanitárias congêneres dos Estados, Distrito Federal e Territórios, o exercício das profissões de que trata o presente Decreto-Lei.

Art. 12 - O Grupo da Confederação Nacional das Profissões Liberais, constante do Quadro de Atividades e Profissões, anexo à Consolidação das Leis do Trabalho, aprovado pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943, é acrescido

das categorias profissionais de fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, auxiliar de fisioterapia e auxiliar de terapia ocupacional (grifou-se).

Ora, não é preciso muito esforço intelectual para se constatar que dentre as atribuições conferidas por lei ao fisioterapeuta e ao terapeuta ocupacional não está a de praticar ato de reanimação por desfibrilação ou por entubação orotraqueal. A atividade desses profissionais está restrita a “executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do cliente”. Podem, ainda, “restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente”. Por sua vez, nas funções administrativa e de magistério podem “exercer o magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional de nível superior ou médio e supervisionar profissionais e alunos em trabalhos teóricos e práticos”.

Sendo assim, em momento algum da lei regulamentadora é atribuída, ao fisioterapeuta e ao terapeuta ocupacional, a possibilidade de praticar atos médicos (desfibrilação e entubação orotraqueal), ainda que ausente no momento um profissional dessa área. Não resta dúvida de que a atuação do profissional fisioterapeuta e terapeuta ocupacional em atos de reanimação é exercício ilegal da Medicina.

Por sua vez, a formação mínima de graduação do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional é estabelecida na Resolução nº 4, de 28/2/1983 (documento anexo). Em análise perfunctória às matérias estabelecidas no curso de 4 (quatro) anos de carga horária, com no mínimo 3.240 (três mil duzentos e quarenta) horas, não se vislumbra, nas disciplinas a serem lecionadas, práticas médicas referentes à habilitação profissional em reanimação por desfibrilação ou entubação orotraqueal. Nem poderia ocorrer, posto que tais práticas são exclusivas da atividade médica.

Sendo assim, corroborando o entendimento acima esposado, as matérias de formação acadêmica de graduação e as atribuições legais desses profissionais são diversas da prática de reanimação por desfibrilação e entubação orotraqueal.

Todavia, mister se faz analisar o termo “ausência de um médico”. É primordial esclarecer que o estado de necessidade é excludente de ilicitude (exercício ilegal da Medicina). Neste caso, o profissional (fisioterapeuta ou outro) que se encontre diante de uma pessoa em iminente perigo de vida pode (não é obrigado) agir para tentar salvá-la. Neste caso, independentemente do mesmo possuir ou não o certificado de “Advanced Cardiac Life Support”. Trata-se de uma tentativa altruísta de se salvar uma vida. E não existindo um profissional da medicina presente, qualquer pessoa pode, na iminência da morte, buscar uma forma de ajudar o doente.

É pertinente ainda dizer que, apesar da questão referente ao estado de necessidade (uma casualidade), parece-nos (SMJ) que a intenção do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional é outra, qual seja, garantir a atuação de seus profissionais em situações onde o médico não está, não de forma casual. Entretanto, por se tratar de matéria de mérito do presente expediente, esta Assessoria Jurídica resguarda-se o direito de não firmar qualquer parecer.

III- CONCLUSÃO

Por todo o exposto, pode-se concluir que dentre as atribuições legais do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional não está a realização de reanimação por desfibrilação e entubação orotraqueal”.

O conselheiro-relator Rodrigo Orlando Nabuco Teixeira, bem analisando a questão, assim se manifestou:

“Analisando a Resolução nº 4, de 28 de fevereiro de 1983, do Conselho Nacional de Educação, que fixa a grade mínima para formação do profissional em fisioterapia e terapia ocupacional, seu bojo não confere a este profissional autorização para proceder reanimação de paciente com desfibrilador ou intubação orotraqueal, ficando caracterizado como exercício ilegal da Medicina, como previsto na lei substantiva penal.

Porém, quando o força um caso de necessidade-ausência de médico –, que é um excluyente de ilicitude, no nosso entendimento é que pode ser praticada por qualquer pessoa, e não especificamente e exclusivamente para o Sr. S. C. A., como quer o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Esta posição do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional denota outros objetivos, que podem vir a ser escusos e em determinados casos criar embaraços para os diretores técnicos e clínicos de entidades de tratamento de saúde.

Concluo, desta forma, que para evitar futuros problemas para os diretores, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo oriente os hospitais e unidades de saúde sob sua jurisdição a não contratar o Sr. S. C. A. para prestar serviço em suas dependências”.

II. DISCUSSÃO

Não há dúvida de que tal notícia foi “plantada” no jornal *O Estado de S. Paulo* com fins promocionais, por interesse do próprio fisioterapeuta citado. Ganharia com a “notícia” notoriedade e autopromoção. Como o Sr. S. C. A. não é médico e não está jurisdicionado ao CRM, sua conduta não deve ser motivo de nossa análise.

Não encontramos evidências factuais do COFFITO ter “autorizado” ou não tal fisioterapeuta a praticar atos médicos, tais como desfibrilação e/ou intubação orotraqueal. Não há provas de tal autorização, existindo somente no informe da coluna social do jornal e no *site* da Internet. Não nos cabe comentar o que não existe, pois quando o fato não se comprova trata-se de “fofoca”, comum em colunas sociais.

O que deve ser considerado neste parecer é a obtenção, por parte de profissionais não médicos, de certificado de cursos que ensinam atos médicos aos mesmos e a responsabilidade dos professores médicos que assim procedem.

Tal proibição encontra-se contemplada no Código de Ética Médica utilizando o termo “delegar”, mas é evidente que primeiro se ensina para depois delegar, pois não se delega a quem não se encontra preparado para realizar determinado ato. O artigo 30 é cristalino: “É vedado ao médico delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica”.

Todavia, se tal argumentação não for suficiente para o convencimento, a vitoriosa Resolução CFM n.º 1.627/01, de 23/10/01, que define e regulamenta o ato médico, é definitiva em seu artigo 3º: “As atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão e ensino dos procedimentos médicos privativos incluem-se entre os atos médicos e devem ser exercidos unicamente por médicos” (grifo nosso).

A outra questão é saber se “desfibrilação cardíaca” e “intubação orotraqueal” são procedimentos exclusivos da profissão médica. Para nós, médicos, parece não haver nenhuma dúvida, já que são necessários conhecimentos de anatomia,

fisiologia, fisiopatologia, cardiologia e pneumologia, teóricos e práticos, somente possíveis, no Brasil, em cursos médicos e, em casos especiais, em cursos *lato sensu*, tais como ATLS (Advanced Trauma Life Support), ACLS (Advanced Cardiac Life Support), PALS (Pediatric Advanced Life Support) e outros que devem ser ministrados por médicos e ensinados exclusivamente aos médicos, já que, nos mesmos, são praticados diversos procedimentos médicos.

Entretanto, fora do país, paramédicos são treinados em vários procedimentos médicos, amparados por legislação específica, que limita sua atividade somente para emergências e na ausência de médico no local. É relativamente freqüente que oficiais do Corpo de Bombeiros e outros profissionais, brasileiros, aprendam, no exterior e em cursos especiais, estas práticas.

No Brasil, cursos como o BLS (Basic Life Support) e PHLS (Prehospital Life Support) são ministrados às equipes de emergência que atuam no atendimento pré-hospitalar, compostas por enfermeiros, técnicos e até, mesmo, aos motoristas de ambulância, chamados, genericamente, de "socorristas".

Em relação à entubação orotraqueal, por ser procedimento de difícil execução e que requer treinamento intenso e repetitivo, com potencial perigo de inúmeras complicações decorrentes de inabilidade ou, até mesmo, de dificuldades intrínsecas aos próprios pacientes, com as conseqüentes responsabilidades geradas, entendo não ser possível sua prática por profissional não-médico.

Quanto à desfibrilação cardíaca, parecer anexo, aprovado na Sessão Plenária do CFM ocorrida em 21/11/2001, traz a seguinte ementa: "*em situações de emergência e na ausência de médico no local, o uso de desfibriladores cardíacos automáticos externos pode ser feito por leigos treinados e supervisionados por médicos, através de cursos promovidos por Sociedades de Especialidades afins e fiscalizados pelos Conselhos de Medicina*". Como se vê, sua simples leitura sepulta, definitivamente, qualquer dúvida quanto à amplitude, aplicação e competência do referido procedimento.

III. CONCLUSÃO

Por todo o exposto, e para fins de instrução de Sindicância pelo CREMESP, deve ser buscada a responsabilidade de médicos professores dos referidos cursos que ministram e ensinam aos profissionais não médicos procedimentos médicos exclusivos.

Além disso, deve ser dada divulgação máxima a este parecer, com solicitação específica aos Conselhos Regionais de Medicina para fiscalizarem a realização de tais cursos em seus respectivos estados e a proibição de participação de outros profissionais de saúde não-médicos.

Brasília, 22 de abril de 2003.

Roberto Luiz d'Avila
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 3964/2001
Parecer CFM N.º 26/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 09/05/2003

USO DE ÓRGÃOS DE ANENCÉFALOS PARA TRANSPLANTE

Sérgio Iapina Ferreira Costa*
Marco Antônio Becker**

EMENTA - Uso de órgãos de anencéfalos para transplante. Entre com incompatibilidade vital por não possuir a parte nobre e vital do cérebro. Uma vez autorizado formalmente pelos pais, o médico poderá proceder ao transplante de órgãos do anencéfalo após a sua expulsão ou retirada do útero materno.

Palavras-chave: anencéfalo, órgão, transplante de órgãos, morte encefálica

THE USAGE OF ORGANS FROM AN ANENCEPHALOUS FOR TRANSPLANTS

Key words: anencephalous, organ, transplants, encephalic death, consent document

O Ministério Público do Paraná solicita parecer a respeito da doação de órgãos dos anencéfalos para fins de transplante.

O anencéfalo (ausência de cérebro) não tem as mínimas condições de sobrevivência, haja vista não possuir as estruturas neocorticais. Possui tão-somente o tronco cerebral. Cumpre também salientar que esses seres não têm uma vida de relação com o mundo exterior.

O diagnóstico da anencefalia, seguro, é realizado durante a gestação pelos exames de ultra-sonografia e dosagem de alfafetoproteína.

A morte não é um evento, mas sim um processo. O conceito de morte é uma convenção que considera um determinado ponto desse processo. Quando não havia transplantes, a morte se caracterizava pela parada cardiorrespiratória. Com o advento dos transplantes o diagnóstico clínico convencional tornou-se menos importante, passando-se a adotar os critérios de morte encefálica. No entanto, isto não significa que todo o corpo esteja morto. A morte encefálica atesta a total impossibilidade de perspectiva de vida.

Os critérios de morte encefálica, constantes da Resolução CFM n.º 1.480/97, são baseados na ausência de atividade de todo o cérebro, incluindo, obviamente, o tronco cerebral.

No anencéfalo não existe a possibilidade de aplicação dos critérios dos exames complementares de diagnóstico de morte encefálica, constantes nos artigos 6 e 7 da resolução supracitada, sejam os métodos gráficos (eletroencefalograma), sejam os métodos circulatórios, pela ausência do neocórtex, anormalidades da rede vascular cerebral e ausência da calota craniana. Restaria a utilização dos parâmetros clínicos de morte encefálica (coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinhal e apnéia), respeitando-se a idade mínima de sete dias (artigos 4 e 5). Entretanto, corroborando sua total inadequação para essas situações, os anencéfalos morrem clinicamente durante a primeira semana de vida; nesse estado, os órgãos transplantados estão em franca hipoxemia, tornando-os inúteis para uso em transplantes.

* Conselheiro Relator Federal. ** Conselheiro Relator de Vista Federal

Vários métodos foram propostos para conservar viáveis os órgãos dos anencéfalos, incluindo intensivos cuidados para os proteger até que ocorra a morte de todo o cérebro e congelamento gradual do anencéfalo, visando evitar a isquemia. Esses métodos, na nossa opinião, não encontram guarida nem no princípio bioético da beneficência – pois prolongam princípios vitais de um ente permanentemente inconsciente, sem as mínimas possibilidades de sobrevivência – nem no princípio da justiça, uma vez que, além de dispendiosos, são controversos nas searas técnica e ética.

Numa primeira análise, o dilema reside na necessidade imperiosa de se salvar vidas humanas e na impossibilidade legal de usar órgãos de anencéfalos antes da constatação de sua morte clínica. Nem tudo que é legal é ético e nem tudo que é ético é legal. As normas devem ser adaptadas aos princípios éticos e à expectativa da sociedade. A lei é um mero referencial de conduta e instrumento para se chegar à justiça. As leis e o próprio Direito, não raras vezes, se contrapõem ao princípio bioético da justiça. Defender esses paradigmas e aplicar, de forma ortodoxa, essa legislação num fato atípico implica em condenar à morte milhares de crianças que se salvariam com o transplante. Ressalte-se que, na Inglaterra, 30% de crianças menores de dois anos de idade e inclusas em listas de transplantes morrem esperando por órgãos que jamais chegam.

Os pais que ao invés de solicitarem um aborto, com o qual muitos juizes já estão concordantes, optam por gestar um ente que sabem de antemão que jamais viverá, doando-o para salvar a vida de outras crianças com chances de vida, demonstram o mais elevado sentimento de solidariedade. As crianças só podem receber órgãos de outras crianças com dimensões compatíveis, e os anencéfalos dispõem de órgãos viáveis para transplantes.

A Resolução CFM n.º 1.480/97 em seu artigo 3, diz que a morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida. O anencéfalo é o resultado de um processo irreversível, sem qualquer possibilidade de sobrevivência e de causa conhecida.

A Lei n.º 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, dispõe em seu artigo 3 que compete ao Conselho Federal de Medicina definir os critérios para diagnóstico de morte encefálica.

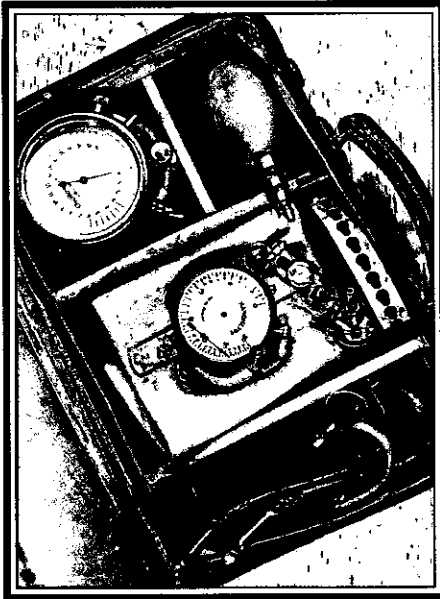
Concluimos que, uma vez autorizado formalmente pelos pais, o médico poderá proceder ao transplante de órgãos do anencéfalo após sua expulsão ou retirada do útero materno, dada a incompatibilidade vital que o ente apresenta, por não possuir a parte nobre e vital do cérebro, tratando-se de processo irreversível, mesmo que o tronco cerebral esteja ainda temporariamente funcional.

Este é o parecer, SMJ
Brasília, 9 de maio de 2003.

Marco Antônio Becker
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 1839/2003
Parecer CFM N.º 24/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 09/05/2003

Ehrenfried O. Wittig *



(1)



(2)

ESFIGMOMANÔMETRO / OSCILÔMETRO

Dois aparelhos, "oscilômetro / esfigmomanômetro" modelos "Pachon", utilizados no início do século 20. Os oscilômetros foram os precursores dos esfigmomanômetros e tinham por finalidade a medida do fluxo, mais que da pressão e deixaram de ser utilizados em aproximadamente, 1930. Os oscilômetros eram mais usados para a medida do fluxo circulatório no meio do braço, da coxa e perna. Na figura à esquerda vemos o oscilômetro em cima e o manômetro em baixo. À direita, os dois medidores em um aparelho.

Doação: Prof. Dr. Gastão Pereira da Cunha (1)
Dr. Alfredo Walbach (2)

Palavras-chave - história da medicina, esfigmomanômetro / oscilômetro
Key words - history of medicine, sphygmomanometro / oscilometro

* Diretor do "Museu de Medicina" da Associação Médica do Paraná.
Para doações, ligue para a secretaria da AMP - 0xx41. 3024-1415
Visite nosso site www.amp.com.org

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. Hélcio 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

- 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. Cicero Lotário Tironi
Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Kemel Jorge Chammas
Membro nato do CRMPPR: Luiz Carlos Sobania

7 - CORREGEDORIA DO CRMPPR

- Cons^a. Raquele Rotta Burkiewicz

DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA

- Dr. José Luis de Oliveira Camargo (Presidente)
Dr. José Eduardo de Siqueira (Vice-Presidente)
Dr. Edgard Luiz Westphalen (1º Secretário)
Dr. Ludovico Pieri Neto (2º Secretário)
Dr. João Henrique Steffen Junior
Dr. Laércio Uemura
Dr. Marcos Menezes Freitas de Campos
Dr. Sylvio Carlos Silva Junior
Dr. Adelfo 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 (1ª Secretária)
Dr. Mário Massaru Miyazato (2º Secretário)
Dr. Minao Okawa
Dr. Mário Lins Peixoto
Dr. Akio 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 (Licenciado)

DELEGACIA REGIONAL DE PORTO UNIÃO

- Dr. Ayrton Rodrigues Martins (Delegado Reg. do CREMESC)

DELEGACIA SECCIONAL DE APUCARANA

- Dr. José Marcos Lavrador (Presidente)
Dr. Carlos Alberto Gebrim Preto (Secretário)
Dr. Guilherme Augusto Storer (Colaborador)
Dr. Adail Rother Júnior (Suplente)
Dr. Altimar José Carletto (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE CAMPO MOURÃO

- Dr. Dairton Luiz Legnani (Presidente)
Dr. Moacir Ciulla Porciuncula (Secretário)
Dr. Antônio Carlos Cardoso (Colaborador)
Dr. Manual da Conceição Gaeiro (Suplente)
Dr. Wilfredo Sérgio Sandy Saavedra (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

- Dr. Keithe de Jesus Fontes (Presidente)
Dr. Sérgio Luiz Cochinski (Secretário)
Dr. Moacir João Borquetti (Colaborador)
Dr. Nelson Ossamu Osaku (Suplente)
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 Baruffati Filho (Suplente)
Dr. Hildegardis Zacar (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

- Dr^a. Vera Lúcia Dias (Presidente)
Dr. Osmarino Edson de Andrade Góes (Licenciado)
Dr^a. Alicar Darwich (Colaboradora)
Dr. Humberto Pellegrini Maia (Suplente)
Dr. Frederico Eduardo W. Vimond (Suplente)
Dr^a. Iara Rodrigues Vieira (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

- Dr. Paulo Roberto Mussi (Presidente)
Dr. João Antônio Schemberk Júnior (1º Secretário)
Dr. Eduardo Ernesto Obrzut Filho (2º Secretário)
Dr. Antônio Motizuki (Suplente)
Dr. César Augusto Macedo de Souza (Suplente)
Dr. Pedro Soveral Bortot (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

- Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Presidente)
Dr^a. Marli Cybulski (Secretária)
Dr. Délcio Caran Bertucci Filho (Licenciado)
Dr. Achilles Buss Junior (Licenciado)
Dr^a. Margareth Zych (Licenciada)
Dr. Gilberto Luiz Ortolan (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE TOLEDO

- Dr. Eduardo Gomes (Presidente)
Dr. Ivan Garcia (1º Secretário)
Dr. Frederico Patino Cruzatti (Colaborador)
Dr. Wilson Botton (Suplente)
Dr. José Maria Barreira Neto (Suplente)
Dr. José Carlos Bosso (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

- Dr. Luiz Antônio de Mello Costa (Presidente)
Dr. João Jorge Hellu (1º Secretário)
Dr. Mauro Acácio Garcia (Colaborador)
Dr. Guilherme Antônio Schmitt (Suplente)
Dr. Luiz Carlos Cortes Derenussou (Suplente)
Dr. Luiz Renato Ribeiro de Azevedo (Suplente)