

ISSN 0104 - 7620

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 21	n. 84	p. 179-252	Out/Dez.	2004
---------------------------	----------	-------	-------	------------	----------	------

EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Donizetti D. Giamberardino Filho
Hernani Vieira

Ehrenfried O. Wittig
João M. C. Martins

Eloi Zanetti
Luiz Sallin Emed

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

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

ENDEREÇOS

CRM

Secretaria Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre
80810-340 Curitiba - Paraná - Brasil
e-mail Protocolo/Geral : protocolo@crmpr.org.br
Secretaria: secretaria@crmpr.org.br
Setor Financeiro: financeiro@crmpr.org.br
Diretoria: diretoria@crmpr.org.br
Departamento Jurídico: dejur@crmpr.org.br
Departamento de Fiscalização: defep@crmpr.org.br
Departamento de Recursos Humanos: rh@crmpr.org.br
Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos: codame@crmpr.org.br
Comissão de Qualificação Profissional: cqp@crmpr.org.br
Comissão de Atualização Cadastral de E-mails: correio@crmpr.org.br
Assessoria de Imprensa: jornal@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

CFM

cfm@cfm.org.br
Home-Page www.portalmédico@cfm.org.br
e-mail jornal@cfm.org.br

TIRAGEM

16.200 exemplares

CAPA

Criação: José Oliva, Eduardo Martins e Cesar Marchesini

Fotografia: Bia

COMPOSIÇÃO

Marivone S. Souza - (0xx41) 338-5559

CTP E IMPRESSÃO

SERZEGRAF
Rua Bartolomeu L. Gusmão, 339 - Vila Hauer. Fone/Fax: (0xx41) 3026-9460
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 texto publicado assinado nos "Arquivos", só poderá ser reproduzido ou transcrito, em parte ou no todo, com a permissão escrita da revista e autor e citação da fonte original.

RESPONSABILIDADE

Os conceitos expressos nos artigos publicados e assinados, são de responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente o pensamento 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, acima 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, editora, ano, página(s).

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

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

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

ÍNDICE REMISSIVO

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos dos primeiros 50 números, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após, no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page www.crmpr.org.br Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em biblioteca@crmpr.org.br ou por telefone 0xx41 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. 21, n.84, 2004

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

ARTIGOS

O Médico, a Doença e a Pessoa Com a Doença Fabiana Petrusche Niyama Mausano	179
Publicar ou Perecer: Uma Proposta Márcia Angell	183

RESOLUÇÕES

Acupuntura: Especialidade Médica CFM	186
Serviços Médicos só Podem Ser Prestado Para Empresas Registradas no CRM CFM	187

PARECERES

Laudo Pericial Contestado Carlos Ehlke Braga Filho	189
Contratação Médica Para o Corpo Clínico e o Regimento Interno Carlos Ehlke Braga Filho	192
Cirurgião-Geral Pode Operar Criança? Donizetti Dimer Giamberardino Filho	196
O Ato Médico, o Especialista em Acupuntura e o Fisioterapeuta Hélio Bertolozzi Soares	198
Não Compete ao CFM Regulamentar a Atividade de Yoga Ricardo José Baptista e Antônio Gonçalves Pinheiro	201
Administração de Drogas Para Fins Estéticos Por Profissional da Área de Enfermagem Antônio Gonçalves Pinheiro	203
Somente os Conselhos Regionais de Medicina Podem Ser Supervisores, Julgadores e Disciplinadores Éticos Solimar Pinheiro da Silva	205
O Médico Deve ao Elaborar Laudo de Exame Complementar, Separá-lo em Parte Expositiva e Conclusiva Rubens dos Santos Silva	208
Dificuldades e Cuidados na Transferência de Paciente Wadir Rúpollo	211
Procedimento de Cateterismo Cardíaco Diagnóstico e Terapêutico Fora do Ambiente Hospitalar Roberto Luiz d'Ávila	213
Mapeamento Cerebral Marisa Fratari Tavares de Souza	216
Psicanálise: Profissão ou Atividade Marco Antonio dos S. Marques Ribeiro Bessa	218
O Anátomo-Patologista Deve Fornecer o Material Utilizado (Blocos) e o Laudo Quando Requisitado Por Escrito? Marcos Flávio Gomes Montenegro	220
Escala de Plantão Médico Carlos Ehlke Braga Filho	222
Exercício de Atos Médicos Por Auxiliar e Enfermeira Obstétrica Raquela Rotta Burkiewicz	225
Ao Término do Tratamento Neoplásico, o Acompanhamento é Conceituado Como Tratamento Pós-Alta? Marcos Flávio Gomes Montenegro	227
A Legalidade de Suspender a Assistência Médica Carlos Ehlke Braga Filho	230
Transplante de Órgãos e Tecidos de Doadores Não Ideais ou Marginais Comissão Técnica em Transplantes de Órgãos e Parecer de Vista	233
Dermolipectomia Abdominal e Mastoplastia Redutora Antonio Gonçalves Pinheiro	238

NOTAS DA IMPRENSA

Código de Hamurabi (Rei da Babilônia) Século 18 a.c.	182
Encontro Marcado Roberto Freire	229

HISTÓRIA DA MEDICINA

Ophthalmoscope (Dr. Liebreichs) Ehrenfried Othmar Wittig	240
---	-----

ÍNDICE REMISSIVO DE 2004

Assuntos e Autores	241
--------------------------	-----

“O MÉDICO, A DOENÇA E A PESSOA COM A DOENÇA”

Fabiana Petrusche Niyama Mausano*

Palavras-chave: médico, doente, doença, estado de fragilidade, verdade

THE PHYSICIAN, THE DISEASE AND THE ILL PERSON

Key words: physician, disease, patient, state of fragility, truth

Confesso que, no instante que recebi este tema como proposta, fiquei com grande motivação para escrever, pensando que seria muito fácil dissertar sobre algo com que lidamos todos os dias. No entanto, após alguns minutos de reflexão, vejo que não é tão simples assim... Seria fácil, objetivo e muito direto se abordássemos este assunto com a mesma “eficiência”, automaticidade e praticidade com que, por exemplo, aprendemos a realizar um procedimento técnico e que nos são cobradas, de forma explícita ou não, em nosso dia a dia. Mas falar ou escrever sobre um assunto como este, requer um exercício diferente ao qual estamos desacostumados. Requer, antes de tudo um olhar para o nosso interior, sobre o que isso representa em nossas vidas – e ocupados demais com o que está fora, desaprendemos a ver o que está dentro. Isto torna o dissertar difícil, pois entramos em um campo complexo em que não cabem superficialidades ou teorizações, que depende de uma experimentação prática, muito individual, em que vários universos diferentes se tangenciam e interagem.

Começo então pelo médico... Penso que o médico é hoje visto socialmente como um profissional como qualquer outro, como um cidadão e com todas as obrigações que isto implica. Perdeu-se muito da “arte”, da riqueza humana que pode ser uma relação médico-paciente harmoniosa. A prática médica degenerou-se, os médicos degeneraram-se e resta agora muito mais uma relação de simples prestação de serviços, sem muitos vínculos, de preferência. Tudo tem que ser muito rápido, muito prático. Trabalha-se sob pressão e tensão a maior parte do tempo, de todas as ordens que se possa imaginar: tensão física, estresse emocional, ambiente e recursos inadequados, sobrecarga de pacientes e horas de trabalho, morbidades de vários tipos, vida pessoal sempre em segundo plano, conflitos internos, angústias, impotência diante das questões sociais... Somos cobrados externamente e muitas vezes internamente a suportar de forma quase heróica tudo isso. Como não somos super-homens, certamente algo sai prejudicado... A nossa chispa de humanidade fica sufocada, perdida neste turbilhão. E assim, perdemos o que deveria ser a nossa

* Acadêmica do 6º ano do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. Disciplina de Bioética.

principal ferramenta de trabalho, o que poderia nos permitir enxergar de fato a real necessidade do outro, trabalhar com amor, promovendo algo realmente novo da saúde e na vida daqueles que nos procuram e por consequência na nossa própria vida, evitando também tantas situações trágicas e equivocadas na relação médico-paciente como as de que temos notícias hoje em dia.

A doença continua sendo a nossa velha “inimiga” de sempre, ampla e complexa demais, manifestando-se de formas cada vez mais diversas. Nasce da fome ou da guia, dos maus hábitos, dos abusos e excessos de todo tipo ou da falta de recursos básicos. Nasce da ignorância, da violência. Nasce de uma vida insatisfeita e frustrada. Nasce simplesmente do nosso envelhecimento e degeneração física naturais. Nasce de processos fisiológicos conhecidos e de outros processos que talvez nunca venhamos a compreender. Está presente em nosso dia a dia como sempre esteve em toda a história da humanidade, causando dor, sofrimento e muita angústia, para o doente e seus familiares e para o médico, sem contar no custo social que implica. Contando com recursos mais sofisticados a cada dia, vamos caminhando, conscientes do nosso papel em relação a ela, buscando aprimoramento sempre, mas cientes das nossas limitações. Para o enfermo, a doença certamente assume papel muito mais impactante, principalmente em se tratando de um diagnóstico difícil ou alto que implique algum tipo de limitação.

Estar doente nos fragiliza, nos amedronta, pois nos damos da nossa condição, da nossa finitude. E a morte ainda constitui um acontecimento medonho, pavoroso, um medo universal, apesar de sabermos que é algo inevitável para todos nós. É inconcebível para o inconsciente imaginar um fim real para nossa vida na terra, e se a vida tiver um fim, este será sempre atribuído a alguma intervenção ou doença fora do nosso alcance. A maneira como a morte vem sendo abordada ao longo da nossa história certamente contribui para o surgimento desses sentimentos. Nós, enquanto médicos, devemos examinar nossa atitude pessoal frente à doença e à morte, de modo a sermos capazes de falar e criar mais oportunidades de conversar sobre estes assuntos sem excessiva ansiedade, a começar pelo próprio diagnóstico. Nenhuma relação, seja de que tipo for, sobrevive à falta de confiança, à mentira ou à omissão. Ser honesta e verdadeiro é o melhor caminho, sempre. A pergunta a ser formulada não deveria ser “Conto ao paciente?”, mas, sim, “Como partilhar o que sei com o paciente?”. A maioria dos pacientes, senão todos, acabam descobrindo de um modo ou de outro. Percebem quando se dá uma mudança de atenções, descobrem pelo jeito diferente com que dele se aproximam, pelas vozes baixas, por se evitarem comentários, pelo rosto choroso de um parente, pelo modo gentil e sorridente de outro que não consegue disfarçar os seus reais sentimentos. Os pacientes fingem não saber quando os médicos e parentes são incapazes de revelar o verdadeiro estado de saúde e dão graças quando alguém se decide a contar.

Saber compartilhar uma notícia dolorosa com um paciente é fundamental. Quando mais simples o modo de dar a notícia, mas fácil é para o paciente, e o sentimento de amparo pode ser mais forte que a tragédia imediata da notícia. É a reafirmação de que se fará todo o possível, de que não serão “largados”, de que há tratamento válidos, de que sempre há um fio de esperança. Se uma doença maligna

é apresentada como um fim, começo logo um período difícil para o paciente e familiares. O doente apresenta um crescimento isolamento, uma perda de interesse por parte do médico e pioram a olhos vistos, podendo mergulhar em uma depressão, da qual pode ser muito difícil emergir.

A maneira com que o doente é tratado, atualmente, também contribui para o tipo de comportamento que encontramos na maioria das vezes, que pode até ser agressivo, mas que freqüentemente é caracterizado pelo medo e desconfiança em relação à equipe da saúde. Quando um paciente está gravemente enfermo, em geral é tratado como alguém sem direito a opinar. Quase sempre é a outra pessoa que decide sobre se, quando e onde um paciente deverá ser hospitalizado. Pouco a pouco e, inevitavelmente, começa a ser tratado como objeto. Deixou de ser uma pessoa e decisões sobre a sua própria vida são tomadas sem o seu parecer. Custaria tão pouco lembrar-se de que o paciente também tem sentimentos, opiniões e, acima de tudo, direito de ser ouvido...

Pode clamar por repouso, paz e dignidade, mas nem sempre é ouvido. Pode desejar alguém por instante para fazer uma só pergunta. Mas o que eu vê é uma dúzia de pessoas olhando em um relógio, todas muito preocupadas com seu pulso, com seu eletro, com o funcionamento do seu pulmão, mas com o ser humano que há nele. Pode querer lutar ou reagir em vão, pois tudo isso é feito na tentativa de que ele viva e, se salvarem sua vida, podem dispensar atenções à sua pessoa mais tarde. Uma abordagem cada vez mais mecânica e despersonalizada, justificada em uma bem intencionada eficiência, talvez como meio de reprimirmos e lidarmos com as ansiedades que um paciente em fase terminal ou gravemente doente desperta em nós. Concentrando-nos em aparelhos e equipamentos tentamos rejeitar a morte iminente, tão apovante e incômoda, estampada em um rosto amargurado de outro ser humano a nos lembrar, uma vez mais, nossa impotência, nossas limitações, nossas falhas e nossa própria mortalidade.

Morrer se torna então um ato solitário e impessoal, quase sempre longe do ambiente familiar.

Todas estas questões são cruciais na nossa vida, sejamos ou não médicos, pois a vida é finita e estamos todos sujeitos a enfermidades. Pensar sobre isto nos leva a refletir sobre a nossa própria existência, sobre a nossa própria vida e o que temos feito dela.

Termino este texto agradecida pela oportunidade de expressar-me sobre esse assunto, pelas discussões que tivemos ao longo do ano, e com o sentimento de que é impossível ser médico se não formos antes seres humanos mais plenos e conscientes de nós mesmos, e que ser ético é, antes de mais nada, agir conforme nossos princípios mais íntimos, respeitando sempre a natureza humana e fazendo pelo outro o que gostaríamos que fosse feito por nós mesmos.

Fica também um trecho de um livro da Dra. Elisabeth K. Ross, que me chamou a atenção há muito tempo atrás, muito antes que eu pudesse imaginar que viveria isso tão de perto no meu dia-a-dia...

“Aqueles que tiveram a força e o amor para ficar ao lado
de um paciente moribundo com o silêncio que vai além das palavras

saberão que tal momento não é assustador nem doloroso, mas um cessar em paz do funcionamento do corpo. Observar a morte em paz de um ser humano faz-nos lembrar de uma estrela cadente. É uma entre milhões de luzes no céu imenso, que cintila por um breve momento para desaparecer para sempre na noite sem fim. Ser terapêuta de um paciente que agoniza é conscientizar-se da singularidade de cada indivíduo neste oceano imenso da humanidade. É uma tomada de consciência da nossa finitude, do nosso limitado período de vida. Poucos dentre nós vivem além dos setenta anos; ainda assim, neste curto espaço de tempo, muitos dentre nós criam e vivem uma biografia única e nós mesmos tecemos a trama da história humana”.

CÓDIGO DE HAMURABI (Rei da Babilônia)

18º século A.C.

PARÁGRAFOS CUJO CONTEÚDO SE REFERE À ATIVIDADE MÉDICA:

215º - *Se um médico trata alguém de uma grave ferida com a lanceta de bronze e o cura ou se ele abre a alguém uma incisão com a lanceta de bronze e o olho é salvo, deverá receber dois siclos.*

216º - *Se é um liberto, ele receberá cinco siclos.*

217º - *Se é o escravo de alguém, o seu proprietário deverá dar ao médico dois siclos.*

218º - *Se um médico trata alguém de uma grave ferida com a lanceta de bronze e o mata ou lhe abre uma incisão com a lanceta de bronze e o olho fica perdido, se lhe deverão cortar as mãos.*

219º - *Se o médico trata o escravo de um liberto de uma ferida grave com a lanceta de bronze e o mata, deverá dar escravo por escravo.*

220º - *Se ele abriu a sua incisão com a lanceta de bronze o olho fica perdido, deverá pagar a metade do seu preço.*

221º - *Se um médico restabelece o osso quebrado de alguém ou as partes moles doentes, o doente deverá dar ao médico cinco siclos.*

222º - *Se é um liberto, deverá dar três siclos.*

223º - *Se é um escravo, o dono deverá dar ao médico dois siclos.*

PUBLICAR OU PERECER: UMA PROPOSTA

Márcia Angell*

Palavras-chave: publicar trabalho, artigo médico, expansão de texto, excesso bibliográfico, qualidade, fraude, plágio, promoção acadêmica

PUBLISH OR PERISH: A PROPOSAL

Key words: publish paper, medical article, text expansion, bibliographical excess, quality, fraud, plagiarism, academic promotion

Na vida acadêmica os médicos são avaliados para promoção ou para arrecadação de fundos para pesquisa, em grande parte de acordo com a extensão de suas bibliografias – um fato que é bem compreendido e aceito em uma comunidade científica, apesar dos ocasionais protestos. Um número mínimo de publicações é necessário para promoção tanto na carreira acadêmica como na carreira clínica. Desta forma, mesmo bons professores ou clínicos, os quais eventualmente apresentam pouca habilidade em pesquisa (ou mesmo pouco interesse) são obrigados a ter no mínimo alguma noção sobre pesquisa e publicações para conseguir progredir. A renovação de verbas para pesquisa é também dependente do número de publicações como reflexo direto da produtividade do serviço. Sendo assim, não é surpresa que os pesquisadores sintam-se compelidos a publicar tão freqüentemente quanto possível. Este contexto leva a situação de que publicar o mesmo estudo em diferentes apresentações, em revistas diferentes, ou acrescentar vários nomes como autores do trabalho, ou utilizar todos os veículos “pelo menos publicáveis”¹ seja tão comum e aceita que chega quase a ser um padrão. O pesquisador também tende a produzir trabalhos que rapidamente possam ser publicados, preferencialmente com resultados positivos, em lugar de estudos prospectivos, de longo prazo, que eventualmente tem resultados incertos, mas que cientificamente são de dúvida mais proveitosos.

A publicação excessiva, se pode trazer alguns benefícios, sem dúvida é também acompanhada de uma série de ônus. A prática bastante comum de fragmentar as publicações (parte 1, parte 2, etc.) para aumentar o número de publicações é simplesmente perda de tempo. A literatura produzida é imensa, confusa, de difícil manejo pelo seu volume, repetições e certa trivialidade dos estudos. A par disto, a tendência a estudos que possam ser rapidamente publicados distorce a direção da ciência. Até onde a pressão para publicação leva a fraude, plágio ou fabricação de dados é difícil dizer, no entanto pessoas predispostas a estes atos encontram justificativa para os mesmos desta forma. Ofensas menores a ciência médica, como as publicações repetidas, a escolha de artigos para a bibliografia apenas entre aqueles que suportem

* Boston, Massachusetts, USA.

a idéia principal não significam necessariamente fraude, mas seguramente emergem da pressão para a publicação. É freqüente que autores “inflex” seus dados apenas para que o artigo possa ser publicado em duas partes.

Por outro lado e apesar de tudo há vantagens no presente sistema. O uso de bibliografias extensas poderia levar a uma motivação para empreendimentos mais ousados e complexos. O sistema virtualmente assegura que um trabalho científico seja publicado o mais rapidamente possível; quase todos os estudos podem ser publicados em algum lugar, não importando o quão preliminares ou inconseqüentes possam ser. Desta forma a exposição das informações neste sistema tende a ser rápida e completa. Figurativamente, “o pote está sempre fervendo” e este tipo de energia é bom para a ciência. Pesquisadores (e até bons pesquisadores) que por tendências pessoais seriam lentos em seu trabalho encontram motivação para acelerar o ritmo e publicar rapidamente.

Como o sistema poderia ser mudado para que fossem corrigidas as falhas e mantida a força (estímulo)? As sugestões de Huth3 para que as organizações científicas, instituições e jornais tentassem desenvolver programas para desencorajar as publicações repetidas e fragmentadas e para definir critérios para a autoria dos artigos constituem valiosos primeiros passos neste sentido. No entanto, enquanto persistir a pressão para a publicação mesmo estes passos estarão endereçados às conseqüências dos problemas e não à sua causa. A fonte do problema deveria também ser atingida, em ambos os pontos: na instituição em que as pesquisas são realizadas e nas fontes pagadoras (mantenedoras), que geram os recursos, principalmente as instituições nacionais de saúde. Instituições que atualmente não valorizam a importância de ensinar como critério para a promoção, deveriam mudar conceitos e passar a equiparar este dado com o valor dado aos trabalhos de pesquisa. Atualmente excelentes professores de clínica são obrigados a manter uma imagem de capacidade de pesquisa. Estes profissionais devem ser avaliados mais integralmente como sugeriu Petersdorff4. O círculo vicioso em que o pesquisador tem que produzir rapidamente para arrecadar fundos ou promoção mais precocemente deveria ser interrompido com injeção de vergas em projetos de longo prazo, estudos prospectivos, pelo menos em alguns casos especiais. Estas reformas poderiam ser úteis, no entanto eu acredito que uma medida simples e importantes seria colocar um teto no número de publicações necessárias para alcançar promoção ou arrecadar novos fundos para pesquisa. Eu sugiro que qualquer instituição ou agência avaliando pesquisadores para promoção ou arrecadação de fundos, considere somente, no máximo, 3 artigos que o candidato julgue ser seus melhores trabalhos, em qualquer ano, considerado um período de 5 ou 10 anos; outras publicações não seriam sequer listadas. Cada artigo, por conseguinte receberia maior atenção tanto do pesquisador quanto do grupo encarregado de avaliar o trabalho. Atualmente é impossível rever toda literatura (artigos) de um candidato, já que freqüentemente mais de 100 trabalhos são apresentados. Se o sistema for mudado basicamente a ênfase irá mudar na quantidade para a qualidade dos trabalhos apresentados e naturalmente será necessário que a banca avalie criteriosamente cada trabalho.

Como iria este sistema afetar as práticas questionáveis e a fraude na pesquisa médica? Quase certamente as ofensas menores como as descritas por Huth3 e Bailar5

seriam cortadas e esta vasta literatura trivial seria substituída por algo mais substancial; não haveria mais o incentivo para utilizar “aquilo que é pelo menos publicável” ou aumentar a bibliografia publicando em diversas revistas ou aumentar o número de autores. Estudos mais ambiciosos poderiam ser feitos e somente seriam publicados quando completos. Eu acredito que a maioria dos pesquisadores receberiam bem esta oportunidade de direcionar sua capacidade de trabalho integralmente para o conteúdo de sua pesquisa e não necessitar de cálculos-pré-estabelecidos de tempo e número de trabalhos que deverá produzir.

Até onde esta mudança iria atingir as grandes ofensas como o plágio e a fabricação de artigos é difícil definir, mas provavelmente uma análise mais criteriosa de cada trabalho como aquela que seria necessária por parte da banca iria ser mais eficiente em descobrir tais procedimentos.

Em resumo: diminuir o número de trabalhos necessários para a promoção acadêmica ou arrecadação de fundos teria provavelmente 3 efeitos²: 1. melhoraria a qualidade dos trabalhos uma vez que sabidamente os mesmos seriam criteriosamente julgados por uma banca especializada; 2. seriam premiados com promoção ou recebimento de fundos os pesquisadores que realmente apresentem maior qualidade em seus trabalhos; 3. algumas fraudes poderiam ser eliminadas quer pelo desencorajamento a sua realização quer pela melhor análise dos trabalhos. Finalmente, significaria assegurar a supremacia ao conteúdo sobre o volume.

Referências:

1. BROAD WJ. The publishing game: getting more for less. Science, 1981; 211:1137-9.
2. ANGELL M. Editors and fraud. CBE Views. 1983; 6:3-8.
3. HUTH EJ. Irresponsible authorship and wasteful publication. Ann Intern Med. 1986; 104:257-9.
4. PETERDORF RG. Is the establishment defensible? N Engl J Med. 1983; 309:1053-7.
5. BAILAR JC. Science, statistics, and deception. Ann Intern Med. 1986; 104:259-60.

Trabalho publicado em “Annals of Internal Medicine 104:261-262, 1986, por Maria Angell. Boston, Massachusetts. Republicado em Na. Col. Physician em 1980.

Traduzido a pedido da Revista - Dr. Luciano de Paola.

ACUPUNTURA: ESPECIALIDADE MÉDICA

CFM*

Palavras-chave: acupuntura, especialidade médica, resolução

ACUPUNCTURE: A MEDICAL SPECIALTY

Key words: acupuncture, medical specialties, resolution

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

CONSIDERANDO anteriores pareceres do CFM, mais especialmente o Parecer nº 22/92, de 14 de agosto de 1992, que entende ser a Acupuntura ato médico;

CONSIDERANDO a necessidade do avanço acadêmico da Acupuntura inclusive com sua inserção nos cursos de graduação e pós-graduação das escolas médicas;

CONSIDERANDO a necessidade do diagnóstico clínico e específico do prognóstico, de instituição terapêutica peculiar.

CONSIDERANDO o fato de não encontrar paralelo entre este ato médico e outras especialidades médicas.

CONSIDERANDO o parecer CFM nº 028/95, aprovado em 11 de agosto de 1995;

CONSIDERANDO, finalmente, a decisão acatada pelo Plenário deste Conselho Federal de Medicina, em Sessão realizada no dia 11 de agosto de 1995, resolve:

RECONHECER a Acupuntura como especialidade médica.

Brasília-DF, 11 de agosto de 1995.

Waldir Paiva Mesquita
Presidente

Antonio Henrique Pedrosa Neto
Secretário-Geral

Resolução CFM nº 1455/95
Publicada no D.O.U. de 18.09.95

* Conselho Federal de Medicina

SERVIÇOS MÉDICOS SÓ PODEM SER PRESTADOS PARA EMPRESAS REGISTRADAS NO CRM

CFM*

EMENTA - Veda aos médicos prestarem serviços a planos de saúde que não tenham inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina. Os contratos de prestação de serviços a planos de saúde devem ter a assinatura dos diretores técnicos dos hospitais e dos próprios planos.

Palavras-chave: prestação de serviços, registro do CRM, inscrição obrigatória, planos de saúde, diretor técnico, cooperativas, seguros, cadastro de pessoa jurídica

MEDICAL SERVICES CAN ONLY BE RENDERED TO COMPANIES PROPERLY REGISTERED WITH THE CRM

Key words: rendering of services, CRM registry, compulsory registration, health plans, technical director, corporations, insurance, company registry

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

CONSIDERANDO a Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980, que instituiu nos Conselhos Regionais de Medicina a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços médico-hospitalares e a anotação dos profissionais legalmente habilitados;

CONSIDERANDO que os estabelecimentos de saúde mencionados no Decreto nº 20.931/32 devem ser dirigidos por médicos designados como diretores técnicos e que devem ser os seus principais responsáveis;

CONSIDERANDO ser atribuição do Conselho Federal de Medicina e dos Conselhos Regionais de Medicina supervisionarem a ética profissional em toda a República, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente, conforme determina o artigo 2º da Lei nº 3.268/57;

CONSIDERANDO as atribuições elencadas no artigo 5º da referida Lei nº 3.268/57;

CONSIDERANDO a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que determinou que as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem, para obter a autorização de funcionamento expedida pelo órgão responsável, entre outros requisitos, comprovar o devido registro nos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO também o disposto no inciso LXX, alínea “b”, do artigo 5º da Constituição Federal, além do entendimento do Supremo Tribunal Federal no que concerne à legitimidade processual das entidades de classe para representação judicial de seus filiados, expresso no RE nº 182.543-0, publicado no DJU de 7.4.95;

CONSIDERANDO que para exercer a Medicina com honra e dignidade o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa;

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO que o médico deve ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico;

CONSIDERANDO que cabe ao médico investido em função de direção assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina;

CONSIDERANDO que o médico está obrigado a acatar e respeitar os acórdãos e resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO o contido na Resolução CFM nº 1.342/1991, que dispõe sobre as funções do diretor clínico e do diretor técnico;

CONSIDERANDO o contido na Resolução CFM nº 1.590/1999, que dispõe sobre a obrigatoriedade do registro, junto ao Conselho Regional de Medicina competente, das operadoras de planos de saúde e de medicina de grupo, dos planos de autogestão e das cooperativas médicas, devidamente registradas junto ao Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO o contido na Resolução CFM nº 1.673/2003, que adota a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária de 18/6/2004,

RESOLVE:

Art. 1º - É vedado aos médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina qualquer tipo de relacionamento de prestação de serviços médicos às empresas de planos de saúde, autogestão, cooperativas médicas ou seguros que comercializem planos de saúde que não tenham inscrição no cadastro de pessoas jurídicas junto ao respectivo Conselho Regional de Medicina e, conseqüentemente, diretores técnicos e/ou diretores clínicos também não relacionados no Conselho Regional de Medicina.

Art. 2º - A partir da publicação desta resolução fica obrigatória a assinatura dos diretores técnicos de planos de saúde, hospitais, clínicas ou outros estabelecimentos de saúde, nos contratos de prestação de serviços médicos, mesmo que a responsabilidade daqueles seja solidária àquela concernente à Direção Comercial na consecução dos referidos contratos.

Parágrafo único – Os médicos que prestarem seus serviços profissionais a planos de saúde e outros acima citados e que não observarem frente ao Conselho Regional de Medicina do seu estado o cumprimento do contido no caput deste artigo estarão sujeitos às devidas apurações éticas.

Art. 3º - Cabe aos diretores técnicos e/ou diretores clínicos das Pessoas Jurídicas inscritas no Conselho Regional de Medicina o cumprimento desta resolução.

Art. 4º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília-DF, 18 de junho de 2004.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

Resolução CFM nº 1722/2004
Publicado em D.O.U. de 17.08.94

LAUDO PERICIAL CONTESTADO

Carlos Ehlke Braga Filho*

Palavras-chave: laudo pericial, contestação judicial, Instituto Médico Legal, laudo de necrópsia

CONTESTED LEGAL EXPERT REPORT

Key words: expert's report, appeal in court, forensic medical institute, autopsy report

Dos fatos:

Trata-se de solicitação de esclarecimentos determinado pela Juíza de Direito, Luciani de Lourdes Tesseroli Ribas de Oliveira, conforme os termos do parecer de fls. 167/170, do Ministério Público, através do Promotor Rodney André Cassol.

O IML, através dos médicos RR e MVL, elaborou o laudo de necropsia de JC, onde consta nas lesões externas descritas no item 1: duas feridas contusas na região frontal; no item 2: uma ferida contusa na orelha esquerda, no item 4: trinta e cinco feridas perfuso-contusas nas regiões peitoral clavicular e ombro esquerdo e no item 3: fratura cominutiva com afundamento do osso parietal esquerdo.

Na conclusão do laudo foi determinado a causa morte como lesão de centros encefálicos secundários a fratura de crânio, produzida por instrumento contundente.

Em relação aos quesitos foi determinada a causa da morte como lesão de centros encefálicos (fratura de crânio) por instrumento contundente e o 4.º quesito foi respondido não.

Faz parte da documentação o ofício 510/2003, em que já foi feita referência ao ofício 1186/2003 (que não dispomos na documentação encaminhada). Nesse ofício 510/2003, o médico-legista define os conceitos de insidioso, cruel e tortura e não correlaciona as lesões descritas no laudo como compatíveis com uma resposta positiva ao 4.º quesito.

Entretanto, o Promotor Rodney André Cassol, em ofício datado de 07/03/2004, em manifestação dirigida ao Juízo de Direito de Reserva, se posiciona contrário a manifestação do médico legista argumentando entre outros aspectos o seguinte:

1) Que o legista em resposta afirma não ter constatado nenhum dos agravantes indicados no 4.º quesito do laudo;

2) Que o legista não apresentou a base de sustentação científica, tendo sido extravagantemente omissa, não sendo possível estabelecer a base de sustentação da conclusão apontada no laudo.

* Conselheiro Relator CRMPR.

3) Expõe o Promotor que é necessário que se adentre ao elemento volitivo da conduta do agente, bem como ao resultado lesivo alcançado.

4) Inconforma-se o Promotor em relação a conduta dos peritos que pelo exame puderam auferir que a conduta do réu demonstrou ou não elevado grau de brutalidade, pois essa análise é subjetiva a ser dirimida pela instituição penal, a não ser que os peritos tenham se pautado em métodos científicos para concluir. É isto que se quer saber!

5) Manifesta-se ainda o Promotor ser bastante comum, os advogados de defesa se valerem de tais laudos defeituosos ou omissos e com base neles pleitearem a desclassificação do crime.

6) Expõe ainda jurisprudência que define conceitos de meio cruel que devem ser levados em conta e não apenas os dois exemplos citados pelo médico-legista.

E por fim requer quer sejam apontadas as bases científicas da conclusão pericial e que supra as omissões apontadas.

Análise dos fatos:

Na minha opinião, não há como manter ou sustentar a negativa da resposta ao 4.º quesito. Senão vejamos:

a) Tendo sido apontada a causa da morte como lesão de centros encefálicos, portanto a lesão apontada no item 3. As lesões descritas nos itens 1 e 2, provavelmente foram provocadas na fase de luta, previamente a produção das lesões descritas nos itens 3 e 4.

b) Que se a lesão descrita no item 3 foi a causadora do óbito, as lesões descritas no item 4 ou foram produzidas após a morte ou na fase agônica (o laudo precisa completar essa informação). Podem ter sido produzidas previamente à lesão 3, então teria sido o “golpe de misericórdia”. Se as lesões do item 4, foram produzidas antes do óbito, o seu número e localização induzem a conclusão de Ter havido excesso, caso sejam inúmeros disparos, nesse caso, revelando a brutalidade da ação homicida, fora do comum, como esclarece a jurisprudência citada. As trinta e cinco feridas, levam a conclusão óbvia de que inexistiu piedade e que houve uma agressão desmedida, repetitiva, excesso, que são elementos para concluirmos pela crueldade, que é o próprio conceito transcrito pelo legista (cruel é aquele que aumenta sensivelmente o sofrimento da vítima ou revela elevado grau de brutalidade). Desferir 35 tiros em pessoa ainda viva, por si só já autoriza a conclusão de crueldade, à exceção se já houvesse morte (o que seria vilipêndio de cadáver).

Portanto, entendo que nessa hipótese, o laudo reflete elementos para confirmar a crueldade e portanto, deve ser revista a função da instituição.

Não vejo base científica para justificar a ausência de crueldade em razão das lesões do item 4, se produzidas ainda em vida e terem sido em consequência de inúmeros disparos.

Resta ainda, a possibilidade das 35 feridas perfuro-contusas terem sido em consequência de um único disparo, produzindo múltiplas feridas, caso em que foram produzidas por instrumento tipo espingarda.

Nessa hipótese, pode ter havido um, dois ou três disparos, fato que o laudo necessita esclarecer, bem como esclarecer se essas lesões foram produzidas em vida ou depois da morte, mas em ambos os casos não há elementos para que se possa concluir pela crueldade, pois as lesões são simples conseqüências do tipo de instrumento utilizado, podendo ter existido um único disparo. A análise anatomopatológica elucidaria a questão se afirmasse que as lesões foram produzidas após a morte.

Conclusão final:

- 1) Caso as lesões descritas no item 4 tenham sido produzidas após a morte, está descaracterizada o agravante crueldade;
- 2) Caso as lesões descritas no item 4, tenham sido produzidas por um único disparo, ainda em vida, não há elementos para caracterizar a crueldade;
- 3) Caso as lesões descritas no item 4, tenham sido produzidas por inúmeros disparos, ainda em vida, há elementos para concluir pelo agravante de crueldade;
- 4) As lesões descritas no item 4, necessitam ser definidas no corpo do laudo, se foram produzidas antes ou depois da morte e se são lesões que poderiam justificar uma causa de morte concorrente.

É o parecer.

Curitiba, 02 de abril de 2004.

Carlos Ehlke Braga Filho
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR N° 1569/2004
Parecer CRMPR N° 1588/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 10/05/2004

CONTRATAÇÃO MÉDICA PARA O CORPO CLÍNICO E O REGIMENTO INTERNO

Carlos Ehlke Braga Filho*

Palavras-chave: contratação médica, corpo clínico, regimento interno, previsão legal, demissão, corpo clínico aberto, categorias de membros

HIRING NEW MEDICAL PROFESSIONALS FOR THE CLINICAL STAFF AND THE INTERNAL REGIMENT

Key words: hiring of medical professionals, Clinical staff, internal regiment, Legal prevision, resignation, open clinical staff, members' categories

Trata o presente sobre a Consulta nº 30/2002, instaurada a partir de correspondência, protocolada neste CRMPR em 24/04/02, na qual a Dra. Cecília Margarida Zanchet – CRMPR 10550 – comunica ter sido preterida em relação à constituição da equipe de intensivistas da UTI Neonatal do Hospital Santa Brígida.

A médica fez residência em Pediatria no Hospital Pequeno Príncipe e em 1984 iniciou suas atividades no Hospital Santa Brígida. No final daquele ano solicitou afastamento em razão de ter sido aprovada em concurso para o Hospital Sarah em Brasília. Em 1992 retornou à Curitiba reiniciando suas atividades.

No ano de 1995 o Hospital manifestou interesse em ter uma UTI neonatal, sendo assim a médica se dispôs a completar sua formação realizando residência em neonatologia no Hospital de Clínicas no ano de 1997, afastando-se do Hospital Santa Brígida naquele ano. Terminando a residência, reiniciou suas atividades na maternidade.

A UTI Neonatal foi construída e posteriormente equipada somente no ano de 2002, quando então a consulente procurou saber como seria composta a equipe de trabalho, quando ficou sabendo que não faria parte da equipe, sentindo-se discriminada em razão de estar capacitada tecnicamente além de ser acionista da Instituição.

Solicitou uma reunião com a Direção Clínica do Hospital e com os diretores administrativo, da pediatria e da UTI Neonatal, ocasião em que lhe foi dito pela Direção Clínica que a UTI não seria aberta antes de ser ouvida toda a equipe de pediatria.

Foi surpreendida no final do mês de abril de 2002, quando soube que a UTI estava funcionando sem que os médicos tivessem solicitado ingresso no corpo clínico nem terem apresentado seus currículos e que não havia contrato de prestação de serviços do grupo de neonatologistas com o hospital.

No mesmo dia em que teve esta notícia (24/04), foi protocolada a reclamação da Dra. Cecília, e o Dr. Jucenir Ferreira Marques – CRMPR 7237 – Diretor Clínico do Hospital Santa Brígida solicitou parecer onde, após algumas explicações, questiona: “Qual a obrigatoriedade em colocar um pediatra que presta assistência na sala de parto dentro desta equipe pré-formada de intensivistas?”

* Conselheiro Relator CRMPR.

Na data de 09/05/02, esse relator foi designado e com a finalidade de maiores esclarecimentos e inteirar-se melhor da situação, solicitei o comparecimento dos envolvidos para prestarem esclarecimentos.

A Dra. Cecília em 10/06/02, entre outros fatos, argumentou que partiu dela a idéia de instituir um plantão neonatal de 24 hs no hospital, fato aprovado em assembléia. Que em 1992 manifestou sua preocupação com a necessidade de existir uma UTI neonatal no Hospital e no ano de 1995 foi convidado o Dr. Wilmar para capacitar o grupo de pediatras do Hospital para que os próprios médicos atuassem nesse novo serviço. Como aconteceram poucas reuniões, entendeu ser conveniente capacitar-se cursando uma residência em neonatologia, o que fez no Hospital de Clínicas, quando afastou-se temporariamente do Hospital Santa Brígida.

Após as reformas e decorrido certo tempo, percebeu a movimentação de equipamentos e em conversa com o Dr. Wilmar foi informada que outro grupo iria trabalhar na UTI. Conversou com o Dr. Maurício e com o Dr. Celso tendo este afirmado que não era vantajoso financeiramente para ela e que após insistência da médica, o Dr. Celso disse que “ninguém a queria na equipe”. Posteriormente participou de duas reuniões com a diretoria, em que ficou decidido que a UTI só iria funcionar após resolvida esta pendência e que seria feita uma reunião com a pediatria.

Em 19/06/02, compareceu o Dr. Maurício P. Checchia, que esclareceu: que exerce o cargo de diretor administrativo desde 1988; que os serviços do hospital funcionam com corpo clínico aberto; que partiu do Dr. Celso o convite ao Dr. Wilmar para pertencer ao grupo de neonatologistas do hospital, que partiu do hospital a criação do serviço de neonatologia, que no início a idéia é que um grupo único seria responsável pela neonatologia e UTI; que somente em 2001 foi possível a estruturação da UTI e que em comum acordo com o Dr. Celso, Dr. Wilmar e Dr. Jucenir entenderam que seria mais interessante para instituição que o serviço fosse dirigido a um grupo que atuaria exclusivamente na UTI e que seria coordenado pelo Dr. Wilmar e que essa discussão foi tomada extra-oficialmente após ouvir a maioria dos pediatras (neonatologistas) do hospital e que explicou a Dra. Cecília esta decisão e uma das condições de participar da UTI era não ser neonatologista do hospital; que a escolha dos componentes da UTI ficou a cargo de seu chefe Dr. Wilmar.

No dia 01/07/02, compareceu o Dr. Celso Osternack da Costa, chefe do departamento de pediatria do hospital, que entre outros fatos, esclareceu: “que pessoalmente nunca teve nenhuma iniciativa que pudesse prejudicar a Dra. Cecília; que seu tratamento pode ser eventualmente reflexo àquele que ela lhe confere”; que em 1995 em razão da sua experiência, convidou o Dr. Wilmar para coordenar o serviço de UTI que estava sendo iniciada sua estruturação; que foram feitas várias reuniões (10 a 20) para a capacitação dos médicos e a Dra. Cecília pode ter participado 1 ou 2 vezes; que essas reuniões foram suspensas até que pudesse ser viável a construção da UTI; que quando ocorreu a possibilidade do funcionamento da UTI aconteceram reuniões onde ficou acordado que seria mais interessante, em termos de competitividade do mercado, em relação às demais maternidades com UTI, que a equipe a ser definida na Maternidade Santa Brígida fosse uma equipe já previamente constituída e composta por médicos com vasta experiência em UTI neonatal; que a idéia era formar uma equipe nova em um serviço novo; que em nenhum momento

foi prometido a qualquer pediatra uma vaga no novo serviço; que em relação a Dra. Cecília nada foi subtraída em relação ao trabalho que a mesma exercia e continua exercendo; que os médicos da UTI foram admitidos na condição de período probatório.

Quanto ao depoimento do Dr. Wilmar, o mesmo em 02/07/02 esclareceu: que foi convidado pelo Dr. Celso para organizar o serviço de UTI no hospital; que inicialmente pensou-se em utilizar a equipe de pediatras que lá já atuavam; que promoveu um treinamento e reciclagem com os médicos pediatras do hospital; que essas reuniões foram interrompidas até que fosse criada a UTI; que após a separação da área física e aquisição dos equipamentos, em reuniões com a chefia da pediatria, direção administrativa e direção clínica ficou definida que seria conveniente que os médicos que fossem trabalhar na UTI já tivessem experiência com RN de alto risco, o que não era o caso na maioria dos pediatras do hospital, e assim foi constituída uma nova equipe para trabalhar especificamente na UTI; que a Dra. Cecília não manifestou formalmente interesse em participar da UTI; que a maioria dos pediatras entendeu que era melhor uma equipe exclusiva da UTI; que pessoalmente escolheu os médicos que compõe a UTI do Hospital Santa Brígida e que a direção solicitou a documentação para que fossem incorporados no corpo clínico.

Na data de 03/07/02 foi ouvido o Dr. Jucenir Ferreira Marques, diretor clínico, que afirmou que apesar de no início entenderem que a UTI seria organizada com médicos do hospital, com o tempo essa idéia foi abandonada pois nem todos tinham interesse e decidiu-se por uma equipe exclusiva e especializada, e que a Dra. Cecília foi esclarecida dos motivos que levaram a direção a definir a escolha dos médicos que iriam compor a UTI neonatal; que os médicos da UTI ingressaram no hospital como membros aspirantes a efetivos onde permanecem durante 12 meses e que a direção clínica encaminhou os pedidos de ingresso no corpo clínico; que a aprovação do serviço de UTI não passou por reunião do corpo clínico em razão de ser consenso entre as direções e médicos, e que essa criação foi referenciada por todas as chefias.

ANÁLISE:

O regimento interno do hospital prevê no artigo 11 a condição de membro aspirante a efetivo, que é o profissional candidato a membro efetivo, trabalhando no hospital em estágio probatório de 12 meses. Já o artigo 24 estabelece as condições para a admissão no corpo clínico quando o candidato deverá requerer a inscrição junto à direção geral por intermédio do diretor clínico juntando os documentos. O artigo 25 diz que após 12 meses e com parecer favorável do diretor clínico, do conselho técnico e da direção, o médico será nomeado membro efetivo.

O modelo de regimento interno aprovado pela Plenária deste CRM e que serve de parâmetros para que as instituições elaborem os seus respectivos regimentos, estabelece em seu artigo 7º (compete ao diretor clínico) item “m”: oferecer as atividades exercidas pela instituição inicialmente aos membros efetivos do corpo clínico. Ainda nesse modelo, em seu artigo 24 estabelece: no caso do candidato pretender o ingresso no corpo médico do corpo clínico, a decisão competirá exclusivamente aos membros efetivos do corpo médico. Já o artigo 23 dispõe que o diretor clínico fará a

apresentação dos pedidos e pareceres mensalmente, em reunião do corpo clínico, decidindo por maioria simples.

Entretanto o regimento interno do hospital não estabelece a necessidade do médico aspirante a efetivo ter a necessidade de aprovação pelo corpo clínico. Logo, face às normas do hospital, existe a possibilidade de ingresso no corpo clínico através de pedido do diretor clínico requerendo à direção geral.

O critério de escolha dos médicos da UTI neonatal (serviço não previsto no regimento interno) foi estabelecido em reuniões com a participação da direção administrativa, direção do corpo clínico, chefe da pediatria e futuro coordenador da UTI, que em comum acordo definiram que os componentes deveriam atuar exclusivamente na UTI em razão de questões técnicas e administrativas.

CONCLUSÃO:

Após estas explicações, apresento novamente a pergunta formulada pelo Dr. Jucenir Ferreira Marques e em seguida apresento as respostas:

- Qual a obrigatoriedade do Hospital em colocar um pediatra que presta assistência na sala de parto dentro desta equipe já formada de intensivistas?

Resposta: Os serviços médicos oferecidos pela instituição devem ser inicialmente oferecidos aos médicos membros efetivos do corpo clínico, essa norma, por não fazer parte do regimento do corpo clínico do hospital, poderia ser desconhecida pelos médicos ou diretores. O critério definido pelas direções do hospital de que os médicos que atuariam na UTI o fariam exclusivamente é uma decisão técnica e administrativa e deve ser observada com caráter obrigatório. Não existindo por ora uma empresa, terceirizada, com responsabilidade de atuar na UTI neonatal e sim tão somente uma equipe de médicos especializados escolhidos pela coordenação da UTI, não existe um impedimento para que um médico do hospital possa participar desta equipe, desde que o faça com exclusividade afastando-se das demais atividades exercidas no hospital (sala de parto e berçário) e também desde que o coordenados o considere habilitado e em condições de efetuar um atendimento dentro dos padrões técnicos exigidos pelo serviço.

É o parecer,

Curitiba, 05 de julho de 2002.

Carlos Ehlke Braga Filho
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR N° 30/2002
Parecer CRMPR N° 1444/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 22/07/2002

CIRURGIÃO GERAL PODE OPERAR CRIANÇA

Donizetti Dimer Giamberardino Filho*

Palavras-chave: cirurgião geral, cirurgião infantil, limites de ação

CAN GENERAL SURGEONS OPERATE ON CHILDREN

Key words: general surgeon, pediatric surgeon, professional limitation

Trata o presente sobre a Consulta n.º 148/2001, sobre questionamento realizado pelo Dr. Ernesto José Schwendler, Diretor Clínico da Nova Clínica Hospital e Maternidade, com o seguinte teor:

“Existe no seu entendimento impedimento ético-legal para que cirurgias pediátricas sejam realizadas por médicos com formação em cirurgia geral?

Caso negativo qual seria a idade limite destes pacientes?”

À questão tenho a aduzir:

Está habilitado para exercer a medicina em nosso país, o profissional graduado em escola médica reconhecida oficialmente, ou estrangeiro em situação regular no país, com diploma reconhecido na forma do ordenamento jurídico em vigor, além de estar inscrito no Conselho Regional de Medicina da Jurisdição onde exerce sua atividade. Portanto do ponto de vista legal o médico pode praticar a medicina, em seu universo.

Quanto a publicidade da especialidade, só deve ocorrer com o registro correspondente no Conselho Regional de Medicina.

Do ponto de vista do Código de Ética Médica, o médico deve dispor ao paciente o melhor recurso disponível para seu atendimento. Os hospitais devem ter um Regimento Interno do Corpo Clínico registrado no CRM, que após aprovação em assembléia, deve ser cumprido pelos membros desse corpo clínico.

É fundamental que os serviços de especialidades médicas, dentro de um estabelecimento hospitalar, estabeleçam os limites de atuação de forma harmoniosa.

A realização de atos médicos, por profissionais cuja especialidade médica não coincida com a patologia correspondente da sua área de especialidade, podem ser executados, mas os resultados devem ser semelhantes aos dos profissionais com especialidade na área. Os eventuais danos aos pacientes serão avaliados com rigor, considerando os recursos disponíveis na continuidade da ocorrência.

* Conselheiro Relator CRMPR.

A situação de exceção são as urgências com risco de vida.

A divisão de faixas etárias na população, hoje aceita, seria a seguinte:

- Neonatologia – 0-30 dias;
- Lactentes – 30 dias a 2 anos;
- Crianças – 2 a 12 anos;
- Adolescentes – 12 a 19 anos;
- Adultos – acima de 19 anos;

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 09 de novembro de 2001.

Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR N.º 148/2001
Parecer CRMPR N.º 1399/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 04/02/2002.

O ATO MÉDICO, O ESPECIALISTA EM ACUPUNTURA E O FISIOTERAPÊUTA

Hélcio Bertolozzi Soares*

Palavras-chave: ato médico, acupuntura, fisioterapeuta, limites de atuação, especialista, registro, qualificação

THE MEDICAL ACT, THE ACUPUNCTURE SPECIALIST AND THE PHYSICAL THERAPIST

Key words: physician act, acupuncture, physical therapist, limits of performance, specialist, medical records, and qualifications

A UNIMED-Curitiba, encaminha consulta a este Conselho Regional de Medicina, na pessoa de seu Coordenador Médico da Área de Operações, solicitando-nos um parecer acerca da Resolução n.º 97, de 22 de abril de 1988, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, que dispõe sobre acupuntura.

À consulta temos a aduzir o que segue:

“Diagnóstico de doença e tratamento de doentes são atos exclusivos de médicos regularmente registrados, com exceção para os de Odontologia dentro de sua área de atuação”.

A conceituação do que é **ato médico** passa necessariamente por uma exigência não só da sociedade médica, mas como de toda a Sociedade. Com o número cada vez maior de novas profissões dentro da área de saúde, tem-se observado um completo desvirtuamento que se torna nocivo não só à classe médico, mas principalmente ao paciente.

De forma muito clara: “profissionais não habilitados para estabelecer um diagnóstico e, por conseguinte, seu tratamento, buscam através de manobras e “lobbys” junto ao Ministério da Saúde ou de seus departamentos, permitindo que se estabeleça prescrições e/ou tratamentos, baseando-se apenas na abordagem sindrômica do mal. Quando se define ser função médica não se quer garantir o aspecto corporativista, mas acima de tudo a defesa da saúde da sociedade.

Assim sendo, acreditamos pelas justificativas ora propostas, que cabe apenas anunciar-se como especialista em Acupuntura, aqueles médicos devidamente registrados nos Conselhos Regionais, conforme nova regulamentação exarada pelo Conselho Federal de Medicina, na Resolução 1455/95, em anexo.

* Conselheiro Relator CRM/PR.

A matéria inclusive foi objeto de decisão judicial, tendo o Juiz Federal da 9ª Vara do Distrito Federal, o Dr. Antonio Correia, apontando o seguinte:

1 - O ente fiscalizador da categoria profissional dos Médicos, expressão genérica envolvendo todas as modalidades de medicina curativo e preventiva, vem a Juízo com a pão de obstar o curso e a validade de uma portaria editada pelo Conselho Federal de Enfermagem, que teria ampliado as atividade dos seus fiscalizados, afinando que são “terapias alternativas as denominadas de Acupuntura, Iridologia, Fitoterapia, Reflexologia, Quiropraxia, Massoterapia e outras”, oriundas de culturas orientais, onde são orientadas por práticos treinados assistemáticamente e repassados de geração em geração e que não se vinculam a qualquer categoria profissional, resolvía permitir que fossem praticadas pelos seus vinculados, porque as reconhecia como “Terapias Alternativas” que seriam especialidades ou qualificações do Profissional de Enfermagem;

2. Existe questão que a primeira vista não pode ser olvidada que é a distinção entre “diagnóstico” para identificar uma doença no corpo humano a partir de sintomas revelados pelo paciente ao médico e que, em face dos conhecimentos obtidos em Escolas Especializadas de Medicina, encontram-se licenciado pelo Governo do País, no exercício de sua soberania, a praticar a atividade, com a responsabilidade do seu grau e a “aplicação” ou “execução de ações sobre o corpo humano””, sem efetuar diagnóstico, apenas cumprindo recomendação de profissional especializado. Seria, por exemplo, o caso de um massagista, que aprende técnicas, identificando locais onde existam nervos e exerça pressão sobre eles para provocar alívio de dores ou similares, de modo que o paciente alcance equilíbrio que lhe traga conforto e bem estar;

3. A questão trazida a lume na inicial volta-se para outro campo. Entende que os vinculados ao Conselho Federal de Enfermagem, a partir de agora, com o reconhecimento de que as praticas constituem “terapias alternativas” poderiam livremente, desde que tenham cursado e sido aprovados em cursos ministrados por instituição de ensino com carga horária de 360 horas, a obter título que os habilite como “Especialistas” ou “Qualificados” como detentores de licenças para realizarem “diagnósticos” e passassem a exercitar atividade própria da “medicina” e exclusiva dos “Médicos” habilitados por Faculdades de Medicina e detentores de retos nos Conselhos Regionais Medicina;

4. Efetivamente, a Resolução vai além do que poderia. Examinados os seus termos verifico que invadiu a esfera de competência dos Ministério da Educação e Conselho Nacional de Educação, regulados pela Lei n.º 9.394/96, ao criar Especialidades na área de Educação de Enfermagem, que Habilitaria seus fiscalizados a atuar com pessoas doentes “diagnosticando” males e indicando as terapias correspondentes;

5. Convencido da invasão da esfera de competência da União, que exige, para que se expeça diploma ou licença para alguém atuar na área da “saúde”, aprovação em cursos ministrados por instituições de ensino públicas ou privadas e fiscalizadas pelo Poder Público, inclusive submetidos a avaliações periódicas;

6. Haverá, com a permissão contida na Resolução, possibilidade de que nos chamados “cursos livres” se titulem os Bacharéis em Enfermagem com a “Especialização” e, a partir de então, passem a “diagnosticar” doenças e indicar o tratamento mediante as terapias alternativas referidas;

7 .Convencido de que a Resolução Confen-197 causa prejuízo de incerta reparação para o requerente e seus fiscalizados, por invadir a área de atuação em que trabalham e para a qual do titulados, merecem a proteção desde logo, suspendendo-se os efeitos do édito cuja validade está sendo questionada;

8. Com fundamento nos artigos 798 e 799 do Código de Processo Civil, concedo liminar para suspender os efeitos da Resolução COFEN-197, cujo texto está reproduzido à fl. 78, até o final da lide principal ou até que surja fato novo que permita a revogação ou alteração do que está sendo decidido;

9. Transmita-se o teor da presente deciso para o representante legal do ente requerido, a fim de que a cumpra, dando-lhe a divulgado necessária.

É o parecer.

Curitiba, 17 de janeiro de 2002.

Hélcio Bertolozzi Soares
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR N.º 117/00
Parecer CRMPR N.º 1392/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 21/01/2002.

NÃO COMPETE AO CFM REGULAMENTAR A ATIVIDADE DE YOGA

Ricardo José Baptista*
Antônio Gonçalves Pinheiro**

EMENTA - Não compete ao Conselho Federal de Medicina avaliar a criação de órgão de normatização e regulação profissional da atividade de Yoga.

Palavras-chave: regulamentar atividade de yoga, reconhecimento

THE CRM CAN NOT REGULATE YOGA ACTIVITY

Key words: regulating Yoga activities, recognition

EXPOSIÇÃO

O d. D. P. solicita ao Conselho Federal de Medicina análise e opinião sobre o Projeto de Lei nº 4.680/2001, da lavra do deputado Aldo Rebelo, o qual tem três artigos:

“Art. 1º - O exercício das atividades profissionais de yoga e a designação de profissional de yoga são prerrogativas dos profissionais regularmente registrados nos Conselhos Regionais de Yoga.

Art. 2º - Ficam criados o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Yoga, que normatizarão e regularão o exercício dessas atividades profissionais.

Art. 3º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.”

Segue-se justificativa com exposição sobre a mesma e insistente afirmação de que a Yoga não pode ficar sujeita à fiscalização da Educação Física, por suas profundas diferenças.

Há, anexo, documento de autoria do Mestre De Rose, expoente da Yoga no Brasil, que mostra a necessidade de sua regulamentação profissional, considerando que os Conselhos de Educação Física vêm abrindo questão sobre a Yoga, insistindo que os instrutores devem ser a eles filiados. Também há manifestações de escolas de Educação Física preocupadas com a aprovação do projeto, solicitando a inclusão da Yoga em seus currículos.

Apesar da existência de cursos de graduação em Yoga, em nosso país, e constata-se que os mesmos ainda não são reconhecidos pelo MEC.

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

CONCLUSÃO

Mesmo entendendo o direito de os grupos profissionais ainda não regulamentados procurarem, mediante lei complementar, a criação dos Conselhos que os dirijam e normatizem sua atividade, é patente que o MEC ainda não reconhece os cursos de Yoga existentes, portanto, ainda não há grade curricular definida ou condições exigíveis para o seu ensino em graduação.

Assim sendo, e mesmo tendo em vista não ser competência deste Conselho Federal de Medicina este tipo de avaliação, somos de opinião que seu reconhecimento de profissão pelo MEC deva preceder à criação dos órgãos regulamentadores, especificamente nesta área de conhecimento e com as características extensamente enumeradas nos documentos anexados.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 9 de maio de 2003.

Antônio Gonçalves Pinheiro
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N° 6669/2001
Parecer CFM N° 30/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 06/08/2003

ADMINISTRAÇÃO DE DROGAS PARA FINS ESTÉTICOS POR PROFISSIONAIS DA ÁREA DE ENFERMAGEM

Antônio Gonçalves Pinheiro*

EMENTA - As aplicações de drogas para fins estéticos por via intradérmica ou subcutânea não devem ser delegadas, pelo médico, a outros profissionais. Esta transferência configura delito previsto no artigo 30 do Código de Ética Médica.

Palavras-chave: administração de droga terapêutica, estética, enfermeiro, delegação de função, toxinas botulínica

THE ADMINISTRATION OF DRUGS BY NURSING PROFESSIONALS FOR AESTHETIC PURPOSES

Key words: drug administration, aesthetic, nurse, delegation of tasks, botulinum toxin

EXPOSIÇÃO

O dr. D. P. P., consulta o Conselho Federal de Medicina acerca das seguintes questões:

“Considerando que os profissionais da área de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) são profissionais habilitados para ministrarem os mais diversos tipos de medicamentos, inclusive aqueles de altíssimo risco à saúde e à vida, quer por via intradérmica, intramuscular ou endovenosa, e, nos mais diversos ambientes, desde que sob orientação e/ou supervisão do médico, indagamos se há alguma restrição por parte do Conselho Federal de Medicina que estes profissionais administrem sob orientação e/ou supervisão do médico especialista, drogas como a toxina botulínica, ácido hialurônico e/ou outras drogas similares liberadas pelo Ministério da Saúde.”.

PARECER

O Setor de Processos-Consulta, do Conselho Federal de Medicina, anexou documentos referentes a participação do enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem nas ações de saúde e atividades do sistema hospitalar.

No presente caso, acho desnecessário analisar tais documentos em virtude de ser outro o motivo da consulta, ou melhor, ser outra a atividade que se pretende seja executada pelos citados profissionais.

As substâncias e produtos nomeados na consulta não são medicamentos que, prescritos pelo médico com suas respectivas dosagens, horários e vias de administração, possam ser aplicados pelos enfermeiros, auxiliares e técnicos. Na verdade, são produtos usados na chamada medicina estética, que visam à correção de rugas, sulcos e outros sinais do envelhecimento cutâneo por ação neuromodulante

* Conselheiro Relator Federal.

ou de preenchimento. As aplicações são, na verdade, tratamentos invasivos das estruturas mímicas da face e pescoço, com o objetivo de minimizar os sinais externos de ptose e enrugamentos.

A literatura médica traz vários casos, apresentados em congressos médicos, de graves complicações causadas pelo uso de alguns destes produtos, mesmo nas habilitadas mãos de médicos.

Assim sendo, e por entender que não se trata meramente da aplicação de medicamento via oral, intramuscular, intradérmica ou endovenosa, mas sim de um tratamento estético (não discuto aqui sua valia científica), sou de parecer que o médico não pode transferir ao profissional de Enfermagem estas aplicações, sob pena de transgressão ao artigo 30 do Código de Ética Médica.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 13 de junho de 2003.

Antonio Gonçalves Pinheiro
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N° 6982/2002
Parecer CFM N° 45/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 07/08/2003

SOMENTE OS CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA PODEM SER SUPERVISORES, JULGADORES E DISCIPLINADORES ÉTICOS

Solimar Pinheiro da Silva*

EMENTA - Os órgãos supervisores da ética médica e, ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica são os Conselhos Regionais de Medicina, não devendo os mesmos outorgar estas prerrogativas a qualquer grupo de especialidade.

Palavras-chave: supervisor ético, disciplinador ético, julgador ético, CRM, limite de ação, sociedades médicas, dever de ofício

ONLY REGIONAL MEDICAL COUNCILS (CRM) MAY PROVIDE SUPERVISION, JUDGMENT AND DISCIPLINE ON ETHICAL ISSUES

Key words: ethical supervisor, ethical disciplinarian, ethical judge, CRM, professional limits, medical associations, professional obligations

DOS FATOS

Apreensivos com a “concorrência desleal” praticada por médicos na área de oftalmologia, um grupo de médicos da mesma especialidade, na cidade de São Paulo, visando coibir tal prática e “preocupados com as constantes violações do CEM”, propõe um protocolo que ora submetem à apreciação do CFM.

O protocolo inicia dizendo que os médicos abaixo assinados se unem para “regular e fiscalizar a preservação da ética médica”, e para tanto fazem os seguintes considerandos:

1 – Considerando que o CRM-SP tem o dever legal de fiscalizar o exercício da medicina neste estado, vêm os oftalmologistas solicitar que o referido Conselho homologue o presente Termo de Compromisso Ético para que surta seus legais e jurídicos efeitos, pedindo ainda, desde já, que o dito instrumento sirva de amparo para eventuais representações ético-disciplinares a serem encaminhadas a julgamento por este egrégio Conselho, no caso de descumprimento das cláusulas e condições expostas no presente instrumento.

2 – Considerando a importância vital que o País tem emprestado à ética, através de seus poderes independentes e harmônicos, inclusive com o recente exemplo que o Executivo trouxe com a edição do Código de Ética para seus membros; somando-se ao controle externo do Judiciário, que hoje toma agenda nos diversos setores do Legislativo, o qual, por sua vez, vem de demonstrar completa lisura e transparência no procedimento eleitoral de vereadores e prefeitos, virtudes essas oriundas de comportamento ético;

* Conselheiro Relator Federal

3 – Considerando os artigos 1º, 2º, 3º, 4º, 8º, 9º, 10, 15, 16, 17, 21, 22, 24, 57, 78, 80 e 86 do CEM (citados);

4 – Considerando as inúmeras e crescentes dificuldades que a Lei nº 9.656/98 planos e seguros privados de assistência à saúde e suas dezenas de medidas provisórias que lhe dão vida curta e continuada por MPs, dificultando o desempenho ético-profissional médico;

5 – Considerando a Resolução A/RES/37/194, da Assembléia Geral das Nações Unidas, aprovada em 9/3/83, onde se lê: “Alarmada com o fato de que, não raramente, membros da profissão médica ou outro pessoal da saúde estão envolvidos em atividades que são dificilmente compatíveis com a ética médica.”;

6 – Considerando o avanço da prática do exercício ilegal da Medicina, na área oftalmológica, em várias regiões do País, mormente pelos pretensos “optometristas”,

Passam a adotar os seguintes compromissos de proteção à ética médica, os quais serão regidos pelo presente instrumento, com a coercitividade a ser exercida através do cadastramento deste, junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP:

1. Ficam os oftalmologistas do estado de São Paulo compromissados a uma vigilância contínua para a detecção de infringências aos artigos do Código de Ética Médica relacionados anteriormente.

2. Ao denunciarem as infringências por parte dos profissionais ou das instituições em exercício da oftalmologia.

3. Respeitar todas as decisões acordadas pela maioria do movimento de oftalmologia em defesa profissional.

4. Fica criada a Comissão de Defesa da Ética, constituída por membros, cuja escolha recaiu, por aclamação, nas pessoas dos doutores, que examinarão todas as notícias de supostas infrações ao Código de Ética Médica, até que nova reunião delibere em contrário, sendo certo que por maioria simples decidirão sobre o encaminhamento do assunto ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo – CREMESP, ou por seu arquivamento.

Esse movimento tem o propósito preciso e único de defesa dos princípios do Código de Ética Médica contra o aviltamento econômico e ético da profissão e má prática da Medicina.

Abaixo assinados:

DO PARECER

É amplamente sabido ser vedado ao médico praticar concorrência desleal com outro médico (art. 80), e que isto constitui infringência ao CEM.

No presente caso, fica claro e cristalino que um grupo de colegas médicos estão se sentindo prejudicados por possível concorrência desleal por parte de outros colegas.

Entendo que os Conselhos Regionais de Medicina foram criados com a função precípua de “supervisores da ética médica e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica”.

É dever dos CRMs a apuração e julgamento de toda e qualquer infringência ao CEM, cabendo-lhes ainda por lei estabelecer a pena a ser aplicada.

O Código de Processo Ético-Profissional foi recentemente modificado no sentido propiciar maior agilidade às etapas de instrução e julgamento, não se descuidando, jamais, do princípio da ampla defesa e do contraditório.

Quero crer, portanto, que apesar das boas intenções e do zelo do grupo de oftalmologistas de São Paulo, em relação ao cumprimento das normas éticas, não se justifica este novo compromisso, pois esta tarefa é por dever de ofício dos CRMs, inclusive através de Câmara Técnica específica.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília 30 de abril de 2001.

Solimar Pinheiro da Silva
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N° 689/2001
Parecer CFM N° 29/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 06/08/2003

O MÉDICO DEVE AO ELABORAR LAUDO DE EXAME COMPLEMENTAR, SEPARÁ-LO EM PARTE EXPOSITIVA E CONCLUSIVA

Rubens dos Santos Silva*

EMENTA - É obrigação do médico responsável pela realização de exames subsidiários elaborar laudos com partes expositiva e conclusiva, atendo-se ao que foi examinado; é lícito, quando de urgência, emergência e achados que possam modificar condutas terapêuticas, tomar a iniciativa de realizar ou propor procedimentos estabelecendo contato com o médico assistente logo que possível, justificando a sua intervenção em prontuário, ficha ou comunicação ao colega.

Palavras-chave: elaboração de laudo, exame complementar. normatização, laudo, parte expositiva e conclusiva, prerrogativa médica, ato médico, sugestões complementares

WHEN PREPARING A DIAGNOSTIC TEST REPORT, SHOULD THE PHYSICIAN DIVIDE IT INTO TWO PARTS: DESCRIPTIVE AND CONCLUSIVE?

Key words: writing of expert report, laboratory tests, standardization, descriptive and conclusive parts, medical prerogative, physician act, and additional suggestions

PARECER

A consulta do CRM-DF decorre de ofício dirigido ao CFM e aos Conselhos Regionais de Medicina pela Sociedade Brasileira de Ultra-Sonografia, denunciando atitude, tomada pela Blue Life (operadora de planos de saúde), que estaria interferindo no exercício profissional médico.

O texto do documento da Blue Life traz:

“Diversos profissionais têm referido, da parte de alguns serviços de diagnóstico, a inserção, nos envelopes de resultados, de material promocional de exames complementares bem como, nos laudos de exames, de expressões sugerindo a complementação dos mesmos com outros procedimentos diagnósticos ou a repetição periódica dos mesmos, interferindo de maneira evidente no ato médico e levando o paciente e a família a situações de ansiedade e de insegurança injustificadas. Embora seja um direito e uma obrigação do médico a manifestação em prol de uma melhor assistência aos pacientes, qualquer manifestação adicional à parte conclusiva dos laudos de exames deve ser feita diretamente ao médico assistente, pessoalmente ou por telefone, não podendo constar por escrito no laudo emitido, conforme Resolução nº 813/77 do Conselho Federal de Medicina.”

* Conselheiro Relator Federal.

A Sociedade Brasileira de Ultra-Sonografia, na correspondência enviada aos Conselhos Regionais, aponta que a Blue Life refere-se à Resolução CFM nº 813/77 como se esta contivesse a expressão “(...) qualquer manifestação adicional deve ser feita diretamente ao médico assistente, pessoalmente ou por telefone”, no que não tem razão, pois o texto da referida resolução diz apenas “1 – Determinar que os resultados das análises e pesquisas clínicas na área de patologia clínica, citologia, anatomia patológica, imuno-hematologia, radiologia, radio-isotopologia, hemoterapia e fisioterapia sejam fornecidos sob a forma de laudos médicos firmados pelo médico responsável pela sua execução. 2 – Estes laudos devem conter, quando indicado, uma parte expositiva e outra conclusiva. 3 – O laudo médico fornecido é de exclusiva competência e responsabilidade do médico responsável pela sua execução.”

Mais adiante, a Sociedade Brasileira de Ultra-Sonografia alega que “(...)compradores de serviços médicos estão se utilizando do documento consulta nº 20.394/97- CREMESP”.

Não encontramos tal referência na carta da Blue Life, nem no documento-consulta nº 22.775/94/CREMESP, sendo este último assim interpretado pela Sociedade Brasileira de Ultra-Sonografia “(...)conclui-se que, na impossibilidade de realizar um contato direto com o médico solicitante, pode e deve o médico que realiza exames inserir no laudo o seu comentário, o que encontraria respaldo nos artigos 2º, 8º e 21 do Código de Ética Médica.”

Vale salientar que em ambos pareceres o CREMESP reafirma o entendimento da Resolução CFM nº 813/77, acrescentando, sem nenhum prejuízo à dita resolução, que o médico responsável pelo exame subsidiário pode fazer sugestões ao médico assistente, não no laudo, mas pessoalmente ou por telefone, como consta na ementa do parecer CREMESP nº 20.934/97: “as sugestões, nos exames radiológicos e anatomopatológicos poderão ser feitas diretamente ao médico assistente.”

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, pela Resolução nº 38/98, esclarece ainda mais a questão e indica pontualmente as excepcionalidades nas quais o médico responsável pelo exame pode ir além da limitação própria da realização deste: “Art. 1º - Fica proibida a indicação padronizada e sistemática de sugestão de novos exames ou procedimentos nos laudos técnicos.

Art. 2º - O médico especialista que realiza procedimentos ou exames complementares solicitados pelo médico assistente, deve limitar-se ao procedimento ou exame solicitado.

Parágrafo 1º - O médico especialista quando entender a necessidade imperiosa de complementação do procedimento solicitado, deve fazer explicitamente no laudo a justificativa técnica.

Parágrafo 2º - Nas situações de urgência e emergência, visando o benefício imediato do paciente, o médico especialista poderá promover a realização de procedimentos complementares, deixando explícito no laudo a justificativa técnica”.

CONCLUSÃO

Em todos os documentos citados própria ou impropriamente, objetos da nossa análise, verificamos idéias, textos e entendimentos consentâneos sobre as

responsabilidades, limitações e postura ética dos médicos que realizam exames subsidiários solicitados por médicos assistentes.

É cristalino que quando um paciente é atendido por um médico este passa a ser o seu assistente, ou seja, o responsável pelo exame clínico, solicitações de exames, encaminhamentos, pedidos de pareceres especializados, diagnóstico, proposta terapêutica e prognóstico. Por mais que outros profissionais contribuam para o processo assistencial, nenhum deles pode, pelo simples querer ou achar que tem direito, usurpar a prerrogativa de médico assistente na condução da assistência ao paciente, pois todas as responsabilidades do tratamento são do médico assistente e dele serão cobradas, a não ser, é óbvio, quando de exames cujos resultados equivocados o induzam a erro. Os médicos que realizam exames complementares por solicitação do médico assistente não têm o direito de dividir o comando da condução da assistência com este. Devem limitar-se à realização dos exames pedidos, que subsidiarão o colega no diagnóstico e na terapêutica que julgue adequada, não lhes sendo vedada qualquer contribuição que seu senso humanitário ou imposição ética entenda benéfica ao paciente, ao colega e à Medicina.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 28 de março de 2003.

Rubens dos Santos Silva
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N° 4394/2001
Parecer CFM N° 47/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 07/08/2003

DIFICULDADES E CUIDADOS NA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Wadir Rúpollo*

Palavras-chave: transferência de paciente, cuidados, responsabilidade, ato médico, dificuldade de atendimento, emergência, limitações de leitos, limitação estrutural

DIFFICULTIES AND PRECAUTIONS DURING PATIENT TRANSFER

Key words: patient transfer, precautions, responsibility, physician act, difficulty in assisting, emergency, shortage of beds, limitation in technical structure

Trata o presente sobre a Consulta nº 011/2002, instaurada a partir de correspondência encaminhada a este Conselho pelo Dr. Marcelo Chuchene Batista, que se identifica como Cirurgião Geral, Cirurgião do Aparelho Digestivo e Gastroenterologista, exercendo suas atividades em Irati, na Santa Casa daquela cidade. Informa que é o único hospital na cidade, dispondo de UTI com recursos de diagnóstico e terapêutico limitados.

Apesar disso, tem atendido casos de emergências cirúrgicas provenientes de outros municípios (pacientes do SUS), com algumas limitações (?), em troca de remuneração aviltante, negligenciando o atendimento da clínica particular, abrindo mão de tempo despendido em lazer pessoal e convívio familiar.

Relata que por volta de meia noite do dia 16/12/01, foi contatado por colega da cidade de Imbituva que pretendia encaminhar paciente com ferimento por projétil de arma de fogo no tórax. Negou-se a receber o paciente porque tal tipo de ferimento envolve a possibilidade de toracotomia exploradora, ato para o qual não tem treinamento formal.

Por volta das 02:00 horas houve novo contato telefônico, desta feita pela Central de Regulação alegando que através de entendimento com o intensivista da UTI foi identificada a possibilidade de transferência do paciente e que tal estava sendo feito, por não haver outro serviço à disposição.

O paciente foi atendido pelo intensivista da UTI, que realizou a drenagem do tórax. O intensivista não é cirurgião, cita o consultente.

Diante do exposto, o Dr. Marcelo realiza questionamento que procurarei responder, dentro dos princípios éticos.

1- Como posso ser obrigado a aceitar pacientes de outras localidades, quando julgo que por limitação técnica, pessoal ou da instituição, talvez não possa resolver o caso?

Como houve a declaração do Dr. Marcelo, a Santa Casa é o único hospital da cidade que dispõe de UTI. As tentativas de transferência do baleado foram feitas

* Conselheiro Relator CRMPR.

dentro das determinações especificadas para tal ato. Do relato pode-se concluir que na cidade de Imbituva não havia condições para o tratamento.

O local mais próximo, Irati, foi consultado na segunda vez, após contato direto com o intensivista da UTI, definiu-se a transferência inclusive porque se dispunha de vaga.

O intensivista praticou a drenagem do tórax e deu continuidade ao tratamento. Logicamente assumiu a responsabilidade do ato praticado.

A informação de que talvez não pudesse resolver o caso, alegada pelo Dr. Marcelo não procede, pois a vítima não foi por ele examinada e, portanto, impossível prever as condições que apresentava.

Devo lembrar ao Dr. Marcelo que ele se intitula Cirurgião Geral.

2- Como pode um colega em função burocrática decidir, à distância, que paciente eu posso ou não tratar, e que limitações posso ou não posso ter?

O colega em função burocrática não só pode como deve encaminhar para local que disponha de melhores meios de atendimento médico aqueles necessitados, após entendimentos para a transferência e comprovadas as condições de segurança para o transporte.

3- Quem é o responsável no caso de evolução desfavorável destes pacientes?

A evolução desfavorável quando caracterizada pela falta de atendimento médico, este poderá ser responsabilizado.

4- Qual é a responsabilidade do colega da minha instituição (no caso o intensivista) que aceita o caso sem a minha concordância?

O colega de sua instituição, ao atender o paciente, assumiu a responsabilidade da sua conduta.

5- Posso recusar que o paciente, encaminhado à revelia, seja descarregado da ambulância?

Já foi dito anteriormente que os pacientes devem ser transferidos após entendimentos positivos. Contudo, quando da chegada de ambulância o paciente deve ser avaliado pelo médico antes que tome a atitude de negativa de atendimento, o que em certos casos pode caracterizar a omissão de socorro. O paciente deve ser transportado, se for o caso, mas não descarregado.

Cumpre, para terminar, lembrar ao Dr. Marcelo Chuchene Batista que o Código de Ética Médica não permite a discriminação de pacientes, sendo previsto atendimento igual para o Doente Privado e o do SUS.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 12 de abril de 2002..

Wadir Rúpollo
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR N° 11693/2001
Parecer CFM N° 1421/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 18/03/2002

PROCEDIMENTO DE CATETERISMO CARDÍACO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO FORA DE AMBIENTE HOSPITALAR

Roberto Luiz d'Ávila*

EMENTA - Os procedimentos de cateterismo cardíaco diagnóstico e terapêutico (angioplastias) devem ser realizados em ambiente hospitalar, visando propiciar maior segurança para os pacientes, devendo haver equipe plantonista de cirurgia cardíaca nos procedimentos de angioplastia com ou sem colocação de “stent” intracoronário.

Palavras-chave: cateterismo cardíaco, ambiente hospitalar, normatização de procedimentos cardiológicos, marca passo, stent, cirurgia cardíaca

OUTPATIENT CARDIAC CATHETERISM DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC PROCEDURES

Key words: cardiac catheterism, hospital environment, standardization of cardiologic procedures, pacemaker, stent, cardiac surgery

DOS FATOS

Em 7 de outubro de 2002, o conselheiro e 1º secretário do CRM-PB, dr. Marcelo Antonio Cartaxo Queiroga, encaminhou consulta “para conferir a imprescindível imparcialidade, na análise do mérito, do ato médico abaixo referido, solicito desse Colendo Conselho Federal de Medicina, com a maior brevidade possível, a emissão de parecer a respeito da natureza dos procedimentos de cateterismo cardíaco diagnóstico e terapêutico (angioplastias), informando se tais procedimentos são considerados ou não serviços hospitalares e os aspectos éticos da sua realização fora deste âmbito”.

O dr. Marcelo Queiroga é cardiologista, com habilitação em Hemodinâmica, e chefia um Serviço de Hemodinâmica em João Pessoa, na Paraíba. Por ser o 1º secretário do CRM-PB, não quis assumir a responsabilidade de responder, sozinho, parecer sobre a necessidade de angioplastias serem realizadas em ambiente hospitalar. Por evidente conflito de interesse, decidiu solicitar ao CFM opinião definitiva sobre o assunto, com as necessárias reflexões éticas.

O consulente anexou a Portaria MS nº 227, de 5/4/02, da Secretaria de Assistência à Saúde, que aprovou as Normas de Classificação e Cadastramento de Centros de Referência em Assistência Cardiovascular de Alta Complexidade, Laboratórios de Eletrofisiologia e Hospitais Gerais com Serviço de Implante de Marca-passo Cardíaco Permanente, embasada na Portaria GM/MS nº 640, de 3/4/02, que criou os mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência Cardiovascular. Estas portarias do Ministério da Saúde, ao cadastrarem

* Conselheiro Relator Federal.

e reclassificarem as instituições de saúde, normatizam o pagamento de procedimentos especiais, tais como implante de marca-passo cardíaco, cardioversor desfibrilador implantável e colocação de “stent” (prótese de sustentação intraluminal) em angioplastias. Além disso, dividem as instituições de saúde em Hospital Geral com Serviço de Marca-passo Cardíaco Permanente, Centro de Referência em Assistência Cardiovascular de Alta Complexidade - Nível I, Centro de Referência em Assistência Cardiovascular de Alta Complexidade - Nível II e Centro de Referência em Assistência Cardiovascular de Alta Complexidade - Nível III.

Por sua vez, a “Diretriz de Indicações e Utilizações das Intervenções Percutâneas e Stent Intracoronariano na Prática Clínica”, publicada nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia, volume 80 (suplemento I), 2003, é cristalina:

“(...)A intervenção coronariana percutânea é um método estabelecido e utilizado, com frequência, na revascularização do miocárdio em portadores da doença arterial coronariana. Desde a sua introdução, por Gruentzig e cols, em 1977 (1), inúmeros dispositivos foram sendo testados na prática clínica, visando aprimorar os resultados inicialmente obtidos com o balão, ou seja, reduzir as complicações imediatas (oclusão do vaso, infarto do miocárdio e realização de cirurgia) e tardias (reestenose e nova revascularização) (2, 3).

Os stents coronarianos tornaram-se o método percutâneo de escolha preferencial, tanto pela maior segurança do procedimento, quanto pela diminuição das taxas de reestenose em relação aos demais dispositivos anteriormente testados. Inúmeros estudos controlados comprovaram tal superioridade, nas mais diversas apresentações clínicas e angiográficas da doença arterial coronariana (4-7).

(...)

O exponencial crescimento da prática da intervenção coronariana percutânea no Brasil está documentado por meio do registro CENIC (Central Nacional de Intervenções Cardiovasculares), órgão oficial da SBHCI (Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista) que, desde 1991, contabiliza os procedimentos percutâneos cardiovasculares realizados em nosso país. No biênio 1992/93, 16.429 pacientes foram submetidos ao procedimento, todos por meio do balão. A análise do biênio 1996/97 demonstra um crescimento de 33% na realização dos procedimentos percutâneos. Foram, então, tratados 24.667 pacientes, sendo 44% dos procedimentos já com o implante dos stents coronarianos. No biênio seguinte, 1999/2000, o crescimento foi ainda maior, de 37%, com 39.469 enfermos submetidos à revascularização miocárdica percutânea, tendo a maioria dos procedimentos empregado os stents [$n^{\circ} = 27.502$ (69,7%)]. Neste último biênio, 11.744 pacientes ainda utilizaram apenas o balão e, em apenas 223 (0,6%) dos casos restantes, foi necessário outro dispositivo percutâneo (aterótomos ou laser). A supremacia dos stents coronarianos fica assim bem caracterizada.

(...)

Apesar dos avanços tecnológicos observados com o uso de stents, outros dispositivos e a nova farmacoterapia antiplaquetária, a realização de casos eletivos em centros hospitalares sem um serviço de cirurgia cardíaca atuante não é recomendada (8) (grifo nosso”).

DISCUSSÃO

Especificamente, o dr. Marcelo Queiroga quer saber se o CFM considera os procedimentos de cateterismo cardíaco diagnóstico e terapêutico (angioplastias) como procedimentos que devem ser realizados em ambiente hospitalar, e suas implicações éticas quando realizados fora deste.

Não se compreende, nos dias de hoje, que tal procedimento seja realizado fora de ambiente hospitalar. Nos casos de realização de angioplastias, com ou sem colocação de stent intracoronariano, torna-se obrigatória a presença de equipe de cirurgia cardíaca pronta para intervenção imediata, quando necessária.

Tal recomendação é calcada no princípio geral da Medicina, de agir sempre em benefício do paciente. Acidentes durante o procedimento, como dissecação arterial coronariana, implicam em cirurgia de revascularização miocárdica imediata, com equipe cirúrgica de plantão e pronta para intervir de imediato. É incompreensível que, em hora tão urgente, o paciente tenha que ser removido para outro ambiente que possua equipe disponível.

A própria Sociedade Brasileira de Cardiologia assim o determina, em sua “Diretriz de Indicações e Utilizações das Intervenções Percutâneas e Stent Intracoronariano na Prática Clínica”, que deve ser adotada como documento definitivo sobre o assunto, à luz do conhecimento científico atual.

Quanto às exigências do Ministério da Saúde para recadastrar e reclassificar as instituições de saúde que realizam tais procedimentos, ficam evidentes, no anexo da Portaria MS nº 227, exigências compatíveis com o próximo do ideal, em benefício dos pacientes. Entendo não haver conflito ético entre tais exigências e o ideal da prática médica.

CONCLUSÃO

Os procedimentos de cateterismo cardíaco diagnóstico e terapêutico (angioplastias) devem ser realizados em ambiente hospitalar visando propiciar maior segurança para os pacientes, devendo haver equipe plantonista de cirurgia cardíaca nos procedimentos de angioplastia com ou sem colocação de “stent” intracoronário.

Além disso, a “Diretriz de Indicações e Utilizações das Intervenções Percutâneas e Stent Intracoronariano na Prática Clínica”, elaborada e publicada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, deve ser amplamente divulgada aos Conselhos Regionais de Medicina e ao próprio Ministério da Saúde, para conhecimento de seus técnicos.

Brasília, 22 de abril de 2003.

Roberto Luiz d'Ávila
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N° 5392/2002
Parecer CFM N° 41/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 06/08/2003

MAPEAMENTO CEREBRAL

Marisa Fratari Tavares de Souza*

EMENTA - O EEG quantitativo (QEEG) deve ser usado em conjunto com o EEG digital (DEEG), sendo recomendável que seu uso clínico e interpretação sejam realizados por médicos habilitados para tal.

Palavras-chave: mapeamento cerebral, especialista, habilitação, erro de interpretação

BRAIN MAPPING

Key words: brain mapping, specialist, qualification, interpretation error

INTRODUÇÃO

O Conselho Federal de Medicina protocoliza em 9/10/2001, sob o nº 6.676, consulta originária do Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo, na qual o então presidente, dr. Wilde da Silva Neto, solicita parecer acerca da validade científica do exame conhecido como “Mapeamento Cerebral”.

Em 18/10/2001, o processo-consulta é encaminhado ao conselheiro Solimar Pinheiro da Silva, para emissão de parecer. Em 8/4/2003 é por este devolvido, mediante despacho, abdicando deste mister, tendo em vista seu afastamento do Conselho Federal por ocupar, atualmente, a suplência do estado de Tocantins.

Diante deste fato, solicitamos que a Academia Brasileira de Neurologia exprimissem opinião a respeito. Em 9/6/2003, documento assinado por seu secretário geral, dr. Acary Souza Bulle Oliveira, encaminhava a posição oficial da Instituição, a qual transcrevo integralmente:

“RECOMENDAÇÕES PARA O REGISTRO/INTERPRETAÇÃO DO MAPEAMENTO TOPOGRÁFICO DO ELETROENCEFALOGRAMA E POTENCIAIS EVOCADOS

PARTE II: CORRELAÇÕES CLÍNICAS

FRANCISCO J.C. LUCCAS, RENATO ANGHINAH, NADIA I. O. BRAGA, LINEU C. FONSECA, MÁRIO LUIZ FROCHTENGARTEN, MARIO S. JORGE, PAULO AFONSO M. KANDA.

RESUMO - O eletroencefalograma digital (DEEG) e o quantitativo (QEEG) representam métodos recém-desenvolvidos na prática clínica que, além da utilidade didática e em pesquisa, também mostram importância clínica. As aplicações clínicas são enumeradas a seguir:

1- O DEEG representa um substituto estabelecido para o EEG convencional, pois acrescenta claros avanços técnicos.

2- Algumas técnicas do QEEG são consideradas estabelecidas para uso clínico como adjunto ao DEEG:

* Conselheira Relatora Federal.

2-a) Detecção automática de possíveis descargas epileptiformes ou crises epiléticas em registros prolongados, facilitando o trabalho subsequente do especialista;

2-b) Monitoração contínua do EEG na sala cirúrgica ou na UTI, visando reduzir complicações.

3- Certas técnicas de QEEG são consideradas possíveis opções práticas como uma adição ao DEEG:

3-a) Análise topográfica e temporal de voltagens e dipolos de espículas na avaliação pré-cirúrgica de alguns tipos de epilepsia;

3-b) Análise de frequências em certos casos com doença cérebro-vascular, em quadros demenciais e em encefalopatias, principalmente quando outros testes, como os exames de imagem e o EEG convencional se mostrarem inconclusivos.

4- O QEEG permanece apenas como instrumento de pesquisa em doenças como síndrome pós-concussional, distúrbios do aprendizado, déficit de atenção, esquizofrenia, depressão, alcoolismo e dependência a drogas.

O QEEG deve ser usado sempre em conjunto com o DEEG. Devido aos sérios riscos de erros de interpretação, é inaceitável o uso clínico do QEEG e de técnicas correlatas por médicos sem a adequada especialização em interpretação do EEG convencional e também nessas novas técnicas.”

COMENTÁRIOS

Trata-se da posição oficial do Departamento de Neurofisiologia Clínica da Academia Brasileira de Neurologia, bem como da Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica, da utilização do EEG quantitativo e topográfico com mapeamento cerebral.

Faço uma única ressalva quanto à exigência de especialização, pois considero que a redação mais adequada ao parágrafo retro do dito supra parecer seja:

“O QEEG deve ser usado sempre em conjunto com o DEEG. Devido aos sérios riscos de erros de interpretação, é recomendável o uso clínico do QEEG e de técnicas correlatas por médicos com a adequada habilitação em interpretação do EEG convencional e também nessas novas técnicas.”

É o meu parecer, SMJ.

Brasília, 24 de junho de 2003.

Marisa Fratari Tavares de Souza
Cons^a. Relatora

Processo-Consulta CFM N° 6676/2003
Parecer CFM N° 33/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 06/08/2003

PSICANÁLISE: PROFISSÃO OU ATIVIDADE

Marco Antonio dos S. Marques Ribeiro Bessa*

Palavras-chave: psicanálise, profissão ou atividade, especialidade, exercício ético, sociedade brasileira de psiquiatria

PSYCHOANALYSIS: PROFESSION OR ACTIVITY?

Key words: psychoanalysis: profession or activity, specialty, ethical practice, Brazilian psychiatric Association

A Procuradoria da República no Estado do Paraná, por intermédio do procurador João Gualberto Garcez Ramos, formula consulta a este Conselho Regional de Medicina, no seguinte teor:

“... ”

Encontra-se em trâmite nesta Procuradoria da República o Procedimento Administrativo n.º 8115.002369/99-01, instaurado em virtude de denúncia encaminhada pelo Conselho Regional de Psicologia – 8ª Região, em desfavor da Sociedade Psicanalítica Ortodoxa do Brasil e Outros, em razão de questionamentos envolvendo a profissão de psicanálise.

Assim, considerando a complexidade da questão, solicito a Vossa Senhoria, com o fim de instruir citado procedimento, parecer desse Conselho, especialmente no que concerne à “atividade ou profissão de psicanálise”, com o fim de possibilitar a elucidação da questão aduzida perante este parquet federal.

“... ”

Com relação a consulta, tenho a aduzir o que segue:

De acordo com o dicionário de Psicanálise de Eliabeth Roudinesco e Michel Plon (Jorge Zahar Editor, 1998), a Psicanálise é assim definida:

“Termo criado por Sigmund Freud, em 1886, para nomear um método particular de psicoterapia (ou tratamento pela fala) proveniente do processo catártico de Josef Breuer e pautado na exploração do inconsciente, com ajuda da associação livre, por parte do paciente, e da interpretação do psicanalista.

Por extensão, dá-se o nome de psicanálise:

- 1- ao tratamento conduzido de acordo com o método;
- 2- à disciplina fundada por Freud, na medida que abrange um método terapêutico, uma organização clínica, uma técnica psicanalítica, um sistema de

* Conselheiro Relator CRMPR.

pensamento e uma modalidade de transmissão do saber (análise didática, supervisão) que se apóia na transferência e permite formar praticantes do inconsciente;

3- ao movimento psicanalítico, isto é, a uma escola de pensamento que engloba todas as correntes do freudismo.”

A psicanálise, é portanto, uma escola de pensamento sistematizada e organizada, com seus métodos de ensino e de formação. Tem sido, tradicionalmente, praticada há mais de um século, em diversos países, inclusive o Brasil.

Desde o seu início faz parte do campo da saúde mental e vem sendo exercida, preferencialmente por médicos e psicólogos. No entanto, em suas múltiplas correntes, algumas aceitam que outros profissionais a exerçam.

No que compete aos médicos, a Associação Brasileira de Psiquiatria não reconhece a Psicanálise como especialidade médica, embora muitos psiquiatras ou médicos de outras especialidades, exerçam a função de psicanalistas.

Nesse sentido, entendo que os médicos que exerçam a psicanálise, permanecem sob a égide do Código de Ética Médica, além de submetidos à ética e à técnica psicanalíticas.

A respeito dos problemas da regulação e da regulamentação do exercício e da formação dos psicanalistas, entendo que é uma questão que deve ser debatida com as diversas instituições que representam a psicanálise e que será definida pelo parlamento, através da discussão e eventual aprovação de projeto de lei que tramita na Câmara dos Deputados.

É o parecer.

Curitiba, 28 de junho de 2004.

Marco Antonio dos S. Marques Ribeiro Bessa
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR N° 044/2002
Parecer CRMPR N° 1372/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 19/07/2004

O ANATOMO-PATOLOGISTA DEVE FORNECER O MATERIAL UTILIZADO (BLOCOS) E O LAUDO QUANDO REQUISITADO POR ESCRITO

Marcos Flávio Gomes Montenegro*

Palavras-chave: anatomo-patologista, laudo, blocos de parafina, pedido, revisão, entrega ética, fiel depositário

SHOULD THE PATHOLOGIST PROVIDE THE MATERIAL USED (BLOCKS) AND THE LEGAL REPORT, WHEN REQUIRED IN WRITING?

Key words: pathologist, expert's report, paraffin block, request, revision, ethical delivery, faithful depositary

Trata o presente sobre a Consulta nº 108/2002, encaminhada pela Sociedade Paranaense de Cancerologia, na pessoa do seu Presidente, Dr. Luiz Augusto Militão da Silva, encaminha a este Conselho uma pergunta formulada por um de seus membros: "Encontrando certa dificuldade na revisão de laudos anatomopatológicos por parte dos laboratórios de patologia, perguntamos se é dever dos membros fornecer o material usado para o diagnóstico (blocos) desde que requisitados, junto com o laudo escrito."

Um dos membros da SPC tem encontrado certa dificuldade e até resistência por parte de alguns laboratórios em fornecer as peças para revisão. Na época em que vivemos, considerando a fragilidade atual da relação médico-paciente, bem podemos antever as consequências de laudos dissonantes, embora isto faça parte do exercício da medicina (opiniões diferentes). Foi aventada a opção de sempre entrar em contato pessoalmente com o laboratório envolvido e discutir-se o caso, mas a última reunião da SPC decidiu por uma consulta ao nosso Conselho.

Foi discutido quão importante e não transformar uma questão como esta numa batalha de egos, entre o médico assistente e o patologista para quem se pede o material (o que, infelizmente, pode ser mais comum do que pensamos).

Desta solicitação, podemos aduzir:

1. O paciente ou o convênio médico paga ao médico patologista um valor pelo seu trabalho médico, e desta maneira pelo exame segundo os ditames médicos para uma acurada análise do material e após, liberar um laudo por escrito do resultado desta análise.

* Conselheiro Relator CRMPPR.

2. O laboratório de anatomia-patológica é fiel depositário da peça analisada, ou seja, “o bloco de parafina do material nele contido” e do laudo liberado e assinado por médico habilitado legalmente para tal fim.

3. O material contido no “bloco de parafina” faz parte do paciente e do laudo que deverá sempre acompanhar o material analisado, e deverá ficar arquivado por um tempo mínimo de cinco anos.

4. O médico responsável pelo paciente poderá a qualquer tempo solicitar o envio do laudo ou do bloco de parafina para sua definição de tratamento, ou eventualmente para outro profissional de sua confiança para nova análise ou complementação de resultados.

5. No caso de eventualmente o paciente decidir por sua livre vontade trocar de médico assistente ou por encaminhamento do médico a outro profissional, poderá este solicitar ao laboratório de anatomia-patológica nova solicitação de laudo ou do material contido no “bloco de parafina”, sem trazer problemas ao paciente.

6. As requisições deverão conter o nome do profissional solicitante, o número do seu registro no CRM, a data e o nome do paciente em questão, e se tiver condição, do número do registro do material no laboratório de origem.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 06 de julho de 2004.

Marcos Flávio Gomes Montenegro
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR N° 108/2002
Parecer CRM N° 1600/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 26/07/2004

ESCALA DE PLANTÃO MÉDICO

Carlos Ehlke Braga Filho*

Palavras-chave: plantão médico, escala médica, regimento interno, admissão, corpo clínico, recurso

MEDICAL SHIFT SCHEDULE

Key words: medical shift, shift schedule, internal regiment, resignation, admission, clinical staff, resource

Trata o presente sobre a Consulta nº 016/2004, encaminhada pela Associação Médica de Santo Antônio da Platina, formulando quesitos a respeito da escala de plantão no Hospital Nossa Senhora da Saúde.

Informa que todo tempo houve equipe própria e distinta que constavam em escala previamente elaborada e que em regime unitário atendiam a todas as ocorrências de urgência e emergência; bem como consultas eletivas de pacientes da cidade e eventualmente de outros municípios da região. Esclarece ainda que alguns plantonistas não fazem parte do corpo clínico.

O consulente explica que, por questões de remuneração, a definida e costumeira escala de plantão no pronto-socorro foi recentemente rompida.

Através de ato do Diretor Clínico foi endereçada a todos os médicos do corpo clínico nova escala de atendimento no pronto-socorro, obrigando-os a preencherem as ausências havidas.

Por fim, o consulente, através do médico Sérgio Bachtold, apresenta as seguintes considerações:

a) Que nem todos os profissionais médicos têm inclinação pessoal, disposição, ou mesmo aptidão técnica de área exclusiva e específica para prestar tal tipo de atendimento;

b) Questões familiares, pessoais e profissionais não permitem que alguns médicos atuem naquele pronto socorro;

c) Que tais profissionais, por outro lado, não se negam a oferecer atendimento de primeiro socorro a qualquer pessoa, quando em locais que não haja outro profissional médico que se qualifique para tanto.

Apresenta, então, quatro quesitos que serão transcritos e respondidos ao final.

ANÁLISE

O CRMPR determina que as relações entre a Instituição prestadora da assistência médica e o corpo médico sejam definidas através do regimentos interno, portanto é nesse instrumento que devemos encontrar as normas que assegurem a assistência à clientela da instituição e é tarefa do corpo médico estudar em conjunto com a diretoria da instituição os problemas de ordem médico-administrativa.

* Conselheiro Relator CRMPR.

É, portanto, no regimento interno que devemos encontrar as respostas relativas ao funcionamento assistencial, direitos e deveres dos profissionais que prestam atendimento no Hospital.

A proposta de regimento interno preconizada por este Conselho foi praticamente em seu todo adotada pelo regimento interno do Hospital Nossa Senhora da Saúde.

Entre as competências do diretor clínico previstas naquele regimento está que “após ouvir o corpo clínico, deve ele organizar a sistemática de atendimento ... e submetê-la à apreciação da direção”.

Também é sua atribuição oferecer, inicialmente, ao membro do corpo médico as atividades exercidas na Instituição, bem como é seu dever assegurar a autonomia profissional aos membros do corpo médico.

Podemos aduzir que não existindo previsão no regimento interno da obrigatoriedade dos membros do corpo médico de realizarem plantões no pronto socorro, evidentemente não poderá a direção clínica ou direção administrativa, através de qualquer ato, determinar a obrigatoriedade desta atividade.

A atividade assistencial em instituição que presta atendimento médico, na qual existe internamento, exige a presença de pelo menos um médico presente no local durante 24 horas do dia, capacitado a executar atividades emergenciais de reanimação e suporte vital.

Dependendo da demanda e do tipo de assistência que a Instituição se propõe, também pode ser necessária a presença de especialistas de plantão no local ou de sobreaviso.

A direção clínica tem o dever de elaborar a escala de plantão e a escala de plantonistas de sobreaviso, conforme as características da Instituição.

Qualquer tipo de atividade médica, sob o regime de plantão, deve ser remunerada, podendo o médico aceitar ou não o encargo, caso não esteja prevista como obrigatória no regimento interno da instituição.

Entretanto, caso exista no regimento interno a previsão de obrigatoriedade de plantão a todos os médicos do corpo médico, esse plantão também deverá ser remunerado.

A necessidade de existência de plantão médico é evidente, mas essa atividade exige, por parte do médico, características específicas e um perfil próprio, além de experiência em situações de risco de vida e a presença no local de suporte técnico e de pessoal de apoio.

Ser plantonista é ter habilidade, conhecimento e adaptação a essa atividade. Não é uma atividade que possa ser imposta, quer pelas direções do hospital, quer pelo poder judiciário. Essa imposição caracteriza constrangimento ilegal e deve ser denunciada às instituições competentes.

Não se pode obrigar alguém, e no caso um médico, a exercer uma atividade pela qual ele não se sente capaz, treinado e vocacionado.

A medicina tornou-se uma atividade também técnica, de habilidade e competências, não se admite improvisações, pois o prejuízo será da população e da classe médica.

A autonomia profissional do médico lhe dá o direito de escolher o local e tipo de sua atividade, sua clientela e sua consciência define seus limites.

Ao ingressar no corpo médico, o profissional assume os compromissos definidos no regimento interno, quaisquer alterações deste dependem da concordância da maioria dos médicos em reunião com pauta específica e com posterior aprovação do CRM.

QUESITOS

1- Há obrigatoriedade de participação em escala de plantão médico em pronto-socorro, independentemente da deliberação pessoal do profissional médico?

Resposta: Não, o médico é quem deve decidir se aceita a atividade de plantonista na sua instituição. A exceção desta regra é quando existir previsão regimental da obrigatoriedade de participação em escala de plantão aprovada em assembleia do corpo médico e referendado pelo Conselho Regional de Medicina.

2- A notificação prévia, do diretor clínico e administrador da EAS objetivando a supressão, e eventual substituição de nome de médicos constantes em escala de plantão elaborada, sem seus respectivos conhecimento e/ou expressa concordância, é suficiente e atinge aquele desiderato?

Resposta: A direção clínica tem a atribuição de determinar as escalas de plantão, constituída de médicos que aceitam esse encargo.

O correto é a oferta de plantões inicialmente ao membros do corpo médico, e caso não exista a aceitação no todo ou parcial, a direção deverá contratar médicos especialmente para essa atividade.

3 – Pode ser destituído da condição de membro do corpo clínico profissional médico que se recuse, justificando, a prestar plantão médico, e por este único motivo?

Resposta: A demissão do corpo clínico deve obedecer aos critérios estabelecidos no regimento interno, na Resolução 1481/97 do CFM e na proposta de regimento interno estabelecida por este regional. Qualquer decisão de demissão que não obedeça a essas normas é abusiva e contrária aos preceitos éticos e quicá jurídicos.

4 – Em caso de recusa, justificada, pode a autoridade judicial obrigar profissional médico em plantão de pronto-socorro?

Resposta: Não. Será um ato de abuso de poder. Não compete ao poder judiciário ou executivo (polícia ou ministério público) determinar quem fará um plantão médico, pois é matéria em que essas autoridades não tem conhecimento nem competência para fazê-lo. É competência da direção clínica da instituição a elaboração de escala de plantões segundo as orientações acima definidas.

É o parecer,

Curitiba, 13 de maio de 2004.

Carlos Ehke Braga Filho
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR N° 10592/2002
Parecer CRM N° 023/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 24/05/2004

EXERCÍCIO DE ATOS MÉDICOS POR AUXILIAR E ENFERMEIRA OBSTÉTRICA

Raquele Rotta Burkiewicz*

Palavras-chave: ato médico, enfermeira obstétrica, auxiliar de enfermagem, exercício ilegal

THE EXERCISE OF MEDICAL ACTS BY OBGYN NURSES AND ASSISTANTS

Key words: physician's act, obstetric nurse, nurse assistant, illegal practice

O Ministério Público Federal, por intermédio do Ofício n.º 211/04-PRM/FB, formula consulta no seguinte teor:

“ ...

Objetivando instruir os autos do Procedimento Administrativo de n.º em epígrafe, requisito a Vossa Senhoria, com base no artigo 8º, inciso II, da Lei Complementar n.º 75/93, no prazo de 10 (dez) dias úteis, a contar do recebimento deste, sob as penas da Lei, para que se manifeste sobre a questão relativa ao exercício ilegal da medicina, em razão de auxiliares e enfermagem estarem efetuando procedimentos em partos, indicando se de fato esta situação configura irregular intromissão nas atividades privativas dos profissionais médicos e enfermeiros, conforme noticiado nos documentos de cópias em anexo, referente à Sociedade Hospitalar Beltroense Ltda, em Francisco Beltrão.

...”

Sobre o disposto temos a aduzir o que segue:

Conforme a lei do exercício da enfermagem (Lei 7498/86), a enfermeira, profissional de enfermagem que cursou a faculdade de enfermagem, cabe privativamente fazer o acompanhamento de trabalho de parto e execução de parto sem distócia.

No acompanhamento do trabalho de parto, a qualquer momento pode mudar a conduta no atendimento à parturiente. Podem ocorrer alterações de batimentos cardíacos fetais, sangramentos, alterações de pressão arterial, alterações nas contrações

* Conselheira Relatora CRMPR.

uterinas etc. Nestes casos é necessário que se faça intervenção médica de forma imediata.

No parto em si, apesar de na grande maioria das vezes transcorrer de forma normal podem se apresentar surpresas como: parada de progressão do feto, alterações na posição da cabeça fetal, prolapso de cordão umbilical, dificuldade na saída do ombro, etc. Nestas intercorrências imprevisíveis a enfermeira não tem o preparo técnico para o atendimento correto.

A emergência é imprevisível, em obstetrícia em um minuto os fatos se transformam de normais a risco de vida para mãe e feto, não existe previsão de como o parto vai terminar. A qualquer momento a cesárea pode ser necessária e este procedimento é exclusivo do médico, assim como o atendimento em partos com distócia.

Portanto, mesmo amparadas pela lei, as enfermeiras ao procederem ao atendimento do trabalho de parto e parto devem ter no Hospital um médico disponível para a supervisão do atendimento das possíveis emergências. É prudente que nos estabelecimentos que permitam o atendimento ao parto por enfermeiras, o médico esteja presente no plantão, para as possíveis emergências. Em não ocorrendo isto, as pacientes estarão sob risco de não terem sua complicação atendida a tempo.

Como a lei confere ao enfermeiro o direito de fazer parto sem distócia, a enfermeira que o realiza trabalha dentro dos ditames legais.

A auxiliar de enfermagem que realiza partos está exercendo ilegalmente a medicina e a própria enfermagem uma vez que a lei determina a função de atendimento ao parto apenas à enfermeira e não à auxiliar de enfermagem.

No caso apresentado, a auxiliar de enfermagem está praticando ilegalmente à medicina. Como o Conselho Regional de Medicina só pode atuar sobre os médicos regularmente registrados, não pode intervir na presente situação. O COREN deve ser informado por se tratar de profissionais da área de enfermagem.

É o parecer.

Curitiba, 13 de agosto de 2004.

Raquete Rotta Burkiewicz
Cons^a. Relatora

Processo-Consulta CRMPR N° 1609/2004
Parecer CRM N° 1609/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 30/08/2004

AO TÉRMINO DO TRATAMENTO NEOPLÁSICO, ACOMPANHAMENTO É CONCEITUADO COMO TRATAMENTO PÓS-ALTA?

Marcos Flávio Gomes Montenegro*

Palavras-chave: tratamento neoplásico, conceito de alta, continuidade de tratamento

AFTER THE END OF THE ONCOLOGY TREATMENT, IS THE FOLLOW-UP CONSIDERED AS TREATMENT AFTER DISCHARGE?

Key words: neoplastic treatment, discharge concept, continuous treatment

Trata o presente sobre a Consulta nº 161/00, instaurada a partir de correspondência encaminhada pelo Dr. Reno Paulo Kunz, CRMPR 8342, médico Cancerologista, com o seguinte teor:

“... Solicito parecer referente a pacientes portadores de neoplasias malignas quando do término do tratamento inicial, se o controle e acompanhamento posterior é tido como pós alta ou a alta nunca é efetivada.

Pergunta: Pacientes com neoplasia maligna tem alta médica ou não?...”

Da consulta tenho a aduzir:

O câncer é uma doença crônica, multicausal, decorrente de alterações genéticas acumuladas ou herdadas. Pode-se manifestar em diversas topografias com diversos tipos de comportamento, ora menos agressivo, ora mais. Este comportamento depende muito das características moleculares, das alterações bioquímicas e genéticas que a célula neoplásica apresentar. Se não bastasse a agressividade da doença, geralmente o comportamento do câncer está acompanhado com a diminuição da imunidade do paciente que quando estiver deprimido pode intensificar a agressividade da neoplasia, tanto que há muitos anos não se recomenda qualquer procedimento que promova a redução da imunidade em pacientes oncológicos tratados. Um exemplo é de que uma mulher fértil tratada de câncer não tenha gestação durante um período de 5 anos. Por outro lado, o comportamento da neoplasia maligna pode fazer com que metástases à distância possam se manifestar vários anos após o tratamento. Existem relatos de metástases após 20 anos de tratamento.

* Conselheiro Relator CRMPR.

O termo “cura”, fica desapropriado para estes pacientes e por muitos anos se considerou como o mais adequado a sobrevida em 2 a 5 anos, dependendo da neoplasia. Atualmente tem se considerado o uso do termo “controle do câncer”. É sabido que as metástases ocorrem nos primeiros 2 a 5 anos do tratamento inicial e o diagnóstico precoce da mesma hoje tem permitido ainda um enorme controle sobre a doença onde o diagnóstico da metástase passa a ser um fator fundamental para o maior controle da doença.

Diversos estudos realizados nos laudos dos tumores primários fazem com que possamos prognosticar a incidência de metástases, bem como suspeitar os possíveis sítios metastáticos, requerendo um acompanhamento especializado pela equipe médica assistente, de preferência a equipe inicial, a fim de ter um maior sucesso na detecção das metástases, com maior controle.

Hoje, os pacientes portadores de câncer participam de um Banco de dados chamado REGISTRO DE CÂNCER, onde um dos objetivos é definir qual é a sobrevida em meses dos pacientes divididos por topografia, estadiamento e até mesmo por equipes médicas, servindo de um dos principais mecanismos de controle de qualidade do tratamento realizado.

No arsenal terapêutico do médico contra o câncer, o profissional da saúde faz uso da cirurgia, radioterapia e quimioterapia, isoladamente ou em conjunto a fim de oferecer o melhor resultado conforme os modernos manuais de tratamento e os resultados a cada dia se mostram da melhor qualidade.

Tratamentos adjuvantes, com imunostimulantes, dietas alimentares e auto ajuda, poderão melhorar ainda a resposta, aumentando a capacidade de defesa, e eventualmente livrar este paciente do risco de uma segunda neoplasia que poderá estar ainda oculta, do ponto de vista clínico. Cabe a equipe profissional responsável, conhecer e ter condições técnicas de poder investigar minuciosamente a fim de não ser surpreendido posteriormente.

Existem inúmeras formas e tipos de neoplasias cujo o tratamento é específico segundo os tratados modernos de terapêutica e com resultados sobejamente conhecidos publicados nos últimos tempo, ofertando boa sobrevida ao paciente oncológico, que atualmente com índices que variam em torno de 50%.

Acreditamos que após o tratamento realizado ao paciente com neoplasia, deverá ocorrer a reconsulta a fim de se proceder uma avaliação clínica e laboratorial da terapêutica indicada; se todos os exames se mostrarem negativos compete ao médico assistente da alta do tratamento inicial e programar um “FOLLOW-UP”. Este acompanhamento poderá ser determinado conforme a gravidade da doença básica, do estado geral do paciente e do risco da recidiva que é a situação mais temerosa para o Cancerologista. Em casos de neoplasia de alto risco de recidiva a alta definitiva seria muito temerosa pois o paciente necessita de um acompanhamento conforme os protocolos de tratamento determinam. Naqueles outros, de menor probabilidade de reaparecimento, a alta definitiva até poderá ser aventada, mas informando ao paciente que na menor dúvida deverá retornar para uma reavaliação da situação clínica relacionada com a neoplasia.

Do ponto de vista do Parecerista, acredito que a alta definitiva de um paciente portador de neoplasia maligna não deverá ocorrer, mas um acompanhamento a longo prazo, pois sempre existe o risco de uma recidiva ou de nova doença aparecer.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 20 de fevereiro de 2002.

Marcos Flávio Gomes Montenegro
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR N° 161/2000
Parecer CRM N° 1404/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 18/03/2003

ENCONTRO MARCADO

Roberto Freire

CIDADE AFLITA

Você já viu gente com frio, mas com frio irremediável, sem agasalho, sem cobertor, sem teto?

Você já falo com gente sentindo fome, mas fome antiga, sem esperança de comida e sem dinheiro para a esperança?

Você já encontrou gente cansada, mas cansada de não poder parar de se cansar e sem possibilidade de repouso no trabalho forçado e nas distâncias sem condução ou sem itinerário?

Você já acompanhou doente sem cura, mas de moléstia evitável, se todos os homens tivessem as mesmas possibilidades de higiene, dieta e cuidados sociais?

Você já foi ao enterro de parente, amigo ou desconhecido, que morreu antes do tempo, sem querer, por querer, mas que nem adiantava continuar vivendo daquele jeito abandonado, humilhado e sem futuro?

Você já brincou com as crianças de uma região onde menos da metade chega os vinte anos e, sabendo disso, agüentou o sorriso e alegria delas?

Você já esteve perto de um homem que apanha na cara, amarrado, seguro, impedido de revidar, só porque tem o vício da liberdade e a tara de proclamá-la?

Você já se sentiu traído, negado, acusado, caluniado pela mulher, pelos filhos, pelos pais, pelos irmãos, apenas porque não trai, não nega, não acusa, não calunia os seus irmãos não de sangue, mas de ideal e de fé?

Você já assistiu queima de jornais, retratos, livros e de gente em praça pública, quando o ódio gera o “mate!” em lugar do “compre!” na publicidade orientada pelo lucro e poderes imorais?

Você, se já viu, sentou ou participou de tudo isso, você não quer ter a coragem de confessar a sua vergonha de consentir voluntariamente e a sua covardia de conivente omisso?

Ou você prefere acabar com essas coisas de uma vez? Neste caso, muito prazer. Há milhares por aí nos esperando. Num encontro marcado pela História.

A LEGALIDADE DE SUSPENDER A ASSISTÊNCIA MÉDICA

Carlos Ehlke Braga Filho*

Palavras-chave: legalidade, assistência médica, suspender, omissão de socorro, urgência, vaga de leito, solidariedade humana, estrutura técnica, obrigação de atender

THE LEGALITY OF STOPPING MEDICAL TREATMENT

Key words: stopping medical treatment, legality, urgency, assistance refusal, technical conditions, lack of assistance, and lack of vacancies, solidarity, technical limits, obligation to help

Trata o presente sobre a Consulta nº 141/2001 instaurada a partir de ofício enviado pelo Diretor Clínico do Hospital, Dr. Sylvio Villari Filho, referente à Portaria 814/GM do Ministério da Saúde onde consta em seu item B) Gestoras: “decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (...) deverá decidir o destino baseado na planilha de hierarquia pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional”.

Argumenta a diretoria a existência de conflito com várias disposições do Código de Ética Médica, dentre elas os artigos 24 e 23 que rezam:

É direito do médico

“Art. 24 - Suspende suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não o remunerar condignamente, ressalvadas as situações de emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina”.

“Art. 23 - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente”.

Desta forma solicita o pronunciamento e medidas por parte deste Conselho, nos moldes do artigo 22.

* Conselheiro Relator CRMPR.

ANÁLISE

Depreende-se da análise desta portaria a obrigatoriedade do hospital em receber pacientes oriundos do atendimento pré-hospitalar, mesmo na ausência de vagas, o que garante o atendimento das urgências independente de existência de vagas para internamento no hospital no momento do transporte.

O atendimento emergencial ambulatorial nos hospitais públicos e unidades de saúde e o crescimento do número de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel no setor privado na região urbana e nas estradas, criaram a necessidade de implementação das chamadas “centrais de regulação médica e urgência” e em consequência o serviço público e privado de saúde, tem a obrigação de organizar-se para uma prestação de atendimento que garanta a assistência eficiente e ágil. Desta forma, é atribuição do SUS e coordenação da atenção pré-hospitalar móvel através do chamado “médico regulador” ordenando os recursos e hierarquia disponível para a atenção de urgência e garantia de seu atendimento.

O aumento da demanda de atendimentos de urgência e o progressivo sucateamento dos hospitais públicos principalmente em relação aos recursos humanos, equipamentos e escassez de leitos de UTI, tornam vulnerável a prestação de assistência nas situações de emergência, o que expõe o paciente a danos maiores do que o hospital e da mesma maneira expõe o médico a situações de risco, face a impossibilidade de oferecer um atendimento dentro dos parâmetros humanos e técnicos esperados.

A Portaria 814/GM que regulamenta o atendimento nas emergências, ao concluir pela impossibilidade de recusa, sob a justificativa de inexistência de regras para internação, garante assim o atendimento nas urgências. Define que compete às gestoras decidir sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar.

Quanto ao conflito de normas contidas na referida Portaria e o artigo 23 do Código de Ética Médica que define ser direito do médico a recusa a exercer sua atividade onde as condições não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente, o objeto desta norma é possibilitar que a recusa do médico em atuar tem como objetivo um alerta e uma denúncia para que a Instituição ofereça as condições necessárias a prática médica que permita um atendimento dentro dos parâmetros necessários.

Esta recusa pretende que os gestores do sistema público ou os dirigentes do sistema privado, sejam obrigados, sob pena de omissão punível, a regularizar a atenção à saúde oferecida à comunidade.

Quanto a norma ética disciplinadora no artigo 24 do Código de Ética Médica, que garante o direito de suspender suas atividades quando a instituição não oferecer condições mínimas para o exercício profissional, entretanto faz exceção aos setores de urgência e emergência, onde a prestação do atendimento médico será sempre obrigatória.

CONCLUSÕES

1) - Ao receber um paciente em uma situação de urgência e emergência o hospital, público ou privado, é obrigado a prestar assistência, independente da existência de vagas, caso possa existir necessidade de posterior internamento, independente do paciente ser conveniado, particular ou do sistema único de saúde;

2) - A solidariedade humana assentada no princípio do artigo 2º do Código de Ética Médica onde expressa ser a saúde do ser humano o alvo de toda atenção médica, e em seu artigo 35 veda a recusa do atendimento médico em setores de urgência e emergência, normas essas que disciplinam a obrigatoriedade de prestação de socorro;

3) - Inexiste violação do artigo do Código de Ética Médica, pois nessa situação, embora não seja o ideal, é o melhor que pode ser feito naquele local e naquela situação, pois a omissão ou recusa, sim causariam danos maiores ao paciente.

4) - Caso exista no local ou próximo, outro hospital que possua melhores condições de atender o paciente, o médico regulador será avisado e se for o caso providenciará a transferência do doente.

É o parecer,

Curitiba, 04 de outubro de 2001.

Carlos Ehlke Braga Filho
Cons. Relator

Processo-Consulta CRM/PR N° 141/2001
Parecer CRM N° 1393/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 28/01/2002

TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS DE DOADORES NÃO IDEAIS OU MARGINAIS

C.T.T.O*

Palavras-chave: transplante de órgão, doadores não-ideais, órgãos marginais, conceito de não-ideal, legislação, revisão da lei, pesquisas nos não-ideais, ampliação do conceito

ORGAN AND TISSUE TRANSPLANT FROM MARGINAL OR NON-IDEAL DONORS

Key words: organ transplant, non-ideal donors, marginal organs, non-ideal concept, legislation, law revision, research on non-ideals

A secretaria de Estado da Saúde, solicita ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, através do ofício nº 011/2001-CET, parecer quanto a interpretação da Lei nº. 9434, de 04/02/1997, Artigo 2º, Parágrafo Único, no que concerne a realização de transplantes com órgãos de doador não ideal.

A Lei nº. 9434, de 04/02/1997, em seu Artigo 2º, Parágrafo Único, dispõe que: “A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser autorizado, após a realização, no doador, de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação exigidos para a triagem de sangue para doação, segundo dispõe a Lei nº. 7649, de 25/01/1988 e regulamentos do Poder Executivo”.

O mesmo texto e exigência é repetido na Medida Provisória nº. 1959-27, de 21/12/2000, em seu Artigo 1º.

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde, a Coordenadoria da Central Estadual de Transplantes do Paraná/CET-PR, conforme documentos de uso interno anexados, tem permitido a captação e transplantes de órgãos e tecidos de “doador não ideal”, desde que um termo de esclarecimento, com consentimento pós informado de responsabilidade pelo transporte de órgãos ou tecidos não ideal, fosse aceito e assumido pelo médico chefe da equipe de transplante, a quem também caberia a responsabilidade pela informação e obtenção de consentimento do fato, do receptor e sua família ou responsáveis.

Observa-se na análise do artigo supracitado, que a intenção do legislador no texto é claro, ao afirmar que o transplante somente ocorrerá após o cumprimento de certos condicionamentos, ou seja, a realização do exames de triagem de sangue no doador e do conhecimento oficial dos seus resultados, com o objetivo de diagnosticar infecções e infestações, assegurando órgãos, tecidos ou partes do corpo com uma qualidade ideal, ou seja, isentos de enfermidades ou alterações estruturais e funcionais. A condição de saúde do órgão e do doador para uso em transplante, é no nosso entender, o que o Sistema de Saúde, evidencia e exige.

* Câmara Técnica em Transplante de Órgãos.

Assim, a utilização de órgãos de doadores, sem a realização, e/ou sem o conhecimento dos resultados dos exames de triagem, mesmo que com o consentimento informado e esclarecido do doador, do receptor, da família e da aceitação do médico responsável, fere dispositivo legal, constituindo-se o ato, em uma infração legal e ética. O infrator estará sujeito a penalidade exposta no Artigo 16, da mesma Lei nº. 9434, que diz: “realizar transplante ou enxerto utilizando tecidos, órgãos ou partes do corpo humano de que se tem ciência terem sido obtidos em desacordo com os dispositivos desta Lei: Pena – Reclusão, de um a seis anos, e multa, de 150 a 300 dias-multa”.

Por conta dessa situação entendemos que a Resolução da CET/PR, de 11/05/2000, referente aos doadores de órgãos não ideais, não tem qualquer valor, seja em nível legal ou institucional. Saliente-se que mesmo com o prévio consentimento pós informado e esclarecido do paciente e familiares e do médico, assumindo a responsabilidade de escolha do órgão ou da condição, não traz qualquer legalidade, porque a lei prevê um doador saudável, o que deixa a resolução citada à margem da lei, mesmo que promovida de boa fé.

Casos de doadores com história ou comprovação de hipertensão, história de diabetes, neoplasia cerebral primária e isolada, portadores de HIV ou Vírus de Hepatite C, uso de drogas endovenosas e outras condições, ainda merecem discussões mais criteriosas, pois não estão previstas suas recomendações ou permissões em transplantes, como órgãos e doadores não ideais, sob pena de impor ao transplantado mal maior ou outro, que sua própria doença.

O uso de um órgão de doador não ideal em transplante, pode ensejar vários significados, como desconhecimento ou errada compreensão de lei, falta de preparo científico, coerção irresistível, má fé, boa fé, interesses pessoais ou inadequada avaliação da relação custo/benefício.

A justa preocupação da Secretaria de Estado da Saúde tem sua base de fundamentação, principalmente, de ser responsabilizada ética, civil ou penalmente, por insucessos ou intercorrências, que poderão resultar em longas e dispendiosas demandas judiciais por alguma das partes, por ter um organismo técnico de sua responsabilidade, permitido qualificar como permissivo um ato, em síntese e neste momento, ilegal e anti-ético. Necessário é assumir uma postura legalista, pois a administração pública é norteadada por vários princípios que devem ser obedecidos sob pena de sanções.

Não é pois demais chamar a atenção para textos de dispositivos constitucionais, tais como: “a errada compreensão da Lei não exime de culpa” e “ninguém se exime de cumprir a Lei alegando que não a conhece”, como também, “ninguém é obrigado de fazer ou deixar de fazer algo, senão em virtude de Lei”.

Portanto, embora a decisão de qualificação e escolha do órgão seja uma decisão essencialmente médica, cabe à equipe o conhecimento normativo legal, científico e ético sobre o procedimento e seleção, sobre quando poder ou não utilizar um doador e um órgão, pois pressupõe a lei que haja necessidade de uma triagem ou rastreamento de algumas condições, enfermidades e de ter a conhecer os resultados dos exames, a fim de oferecer e assegurar a quem de direito, a qualidade não só do órgão, mas do procedimento e resultado como um todo. Esta foi a intenção da Legislação. A relação custo/benefício também não pode ser esquecida, visto que apesar do direito do cidadão e um dever do Estado em proporcionar saúde, deve haver também uma análise do custo/benefício que o procedimento pode oferecer. As condições econômicas do país podem exigir prioridades e um certo consenso na distribuição dos benefícios, mesmo na área da saúde.

Será bastante recomendável promover-se uma reunião futura, conjunta com o Ministério da Saúde, através do Sistema Nacional de Transplantes, para um reestudo avaliador mais profundo e crítico no atual estado de desenvolvimento da Medicina, sobre os procedimentos de uso com órgãos não ideais e condições de exceção, como aqueles que a Central de Transplantes do Paraná pretendia tornar legal, de direito e de interesse social. O adequado conhecimento, interpretação e cumprimento da lei, é uma função da autoridade, no caso, da Secretaria de Estado da Saúde.

A condição de qualidade ideal do órgão deve prevalecer, porquanto, a carência de órgãos para transplantes, nos parece ser mais decorrente da falta de campanhas esclarecedoras, motivadoras ou estimuladoras adequadas à doação, bem como pela exígua e melhor qualificação de captadores, como do reduzido interesse de melhor organização dessas equipes de transplantadores nos hospitais.

Os mesmos cuidados devem ser tomados também com os órgãos ou tecidos provindos legalmente do exterior, que devem estar acompanhados de comprovantes do cumprimento das normas exigidas pelas leis sanitárias brasileiras.

A Câmara Técnica em Transplantes de Órgãos, do Conselho Regional de Medicina do Paraná, analisando e interpretando a documentação encaminhada e disponibilizada, endossa o parecer exarado pela Assessoria Jurídica da Secretaria de Estado da Saúde e o parecer resposta do Sistema Nacional de Transplante. Também, sugere que a Central de Transplantes de Órgãos do Paraná, promova internamente discussão técnica, jurídica e ética mais profunda sobre o assunto, dentro dos atuais conhecimentos da Medicina. A seguir reavalie com a Secretaria Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde, uma análise da doação e transplante de órgãos “não ideais” ou “marginais”, a qual poderá atualizar, melhorar e aperfeiçoar a interpretação da Lei nº. 9434, de 04/02/1997, e seu Decreto Regulamentador nº. 2268, de 30/07/1997.

Assim, analisando e interpretando o texto legal, é nosso entendimento que a Central de Transplantes de Órgãos do Paraná, deve observar fielmente o parágrafo único da Lei nº. 9434/1997, exigindo para doação e transplante de órgãos, as qualidades de órgãos saudáveis e ideais.

É o parecer.

Curitiba, 04 de julho de 2003.

Câmara Técnica em Transplantes de Órgãos

Ehrenfried Othmar Wittig

Duilton de Paola

Carlos Eduardo Soares Silvado

Júlio César Wiederkehr

Maria Júlia Camina Bugallo

Rossana Mariza Jacob

Este parecer recebeu solicitação de vista, sendo modificado. Vide página 236.

TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS DE DOADORES NÃO IDEAIS OU MARGINAIS

Luiz Sallim Emed*

Palavras-chave: transplante de órgãos, doadores não-ideais, órgãos marginais, conceito de não-ideal, legislação, revisão da lei, pesquisas nos não-ideais

ORGAN AND TISSUE TRANSPLANT FROM MARGINAL OR NON-IDEAL DONORS

Key words: organ transplant, non-ideal donors, marginal organs, non-ideal concept, legislation, law revision, research on non-ideals

Tendo solicitado vistas ao PARECER N.º 001/2003, emitido pela Câmara Técnica em Transplantes de Órgãos, tenho a aduzir: como veículo de doenças que poderão nele se manifestar. Essa é a regra e essa é a Lei.

Todavia, existem situações peculiares e especiais, em que o órgão não ideal possa vir a ser transplantado para um receptor não ideal. Quer dizer, ele, receptor, também, já portador de uma doença ou infectado por algum vírus. Um exemplo, é um doador que seja portador do Vírus da Hepatite anti-VHC positivo e, nesse caso então, de conformidade com a Lei, jamais poderia ser doador. Entretanto, se o eventual receptor fosse também portador do Vírus da Hepatite, isso não lhe agravaria esta doença, e teria, por outro lado, sobrevida maior e melhor qualidade de vida com a doação. Seria o caso típico de doação de órgão não ideal para receptor não ideal. Aliás, já existem trabalhos na literatura que demonstram que os pacientes portadores do vírus da Hepatite, que receberam órgão de doadores também com essa positividade, obtiveram uma sobrevida semelhante no pós-transplante, tanto do paciente, como também do enxerto a médio e longo prazo (um a cinco anos). A conclusão é que nos pacientes com cirrose pelo vírus da Hepatite C que recebem órgãos anti-VHC positivo e órgão anti-VHC negativos, tem resultados semelhantes.

A propósito, em publicação recente, na revista científica *Liver Transplantation* (Vol. 7, n.º 9, setembro de 2001, pgs. 762-768, Marroquin e colaboradores demonstram, após a análise de 96 pacientes transplantados, por cirrose secundária ao vírus da hepatite C, receptores de fígados de doadores anti-HCV positivos, que a sobrevida foi igual ou superior a aqueles pacientes receptores de fígados de doadores anti-HCV negativos.

Destarte, semelhante situação tem que ser considerada para outros tipos de patologia, embora o objetivo sempre seja proporcionar ao receptor uma melhor qualidade de vida e não lhe impor mal maior do que a sua própria doença.

* Conselheiro Relator de Vista CRMPR.

O Conselho Regional de Medicina, por sua vez, como entidade defensora da atual lei é retirar qualquer chance de vida.

De outro lado e para não permitir a banalização da utilização de doadores não-ideais, sugerimos, até que exista alteração da lei, que nas situações marginais, esse tipo de transplante possa acontecer em hospitais de ensino, com protocolos muito bem elaborados e criteriosos e com parecer favorável da Comissão de Ética em Pesquisa da instituição. O receptor ou responsável legal, deverá assinar o termo de consentimento livre esclarecido. Com o objetivo de oferecer oportunidade de vida aos cidadãos que aguardam por um transplante, sou favorável a autorização dos órgãos considerados marginais, para aqueles receptores que também são portadores da mesmo tipo de vírus.

Enfim esse tipo de transplante deverá ser autorizado apenas quando todos os critérios científicos, técnicos e éticos forem respeitados.

É o parecer de vista.

Curitiba, 30 de julho de 2004.

Luiz Sallim Emed
Cons. Relator de Vista

Processo-Consulta CRMPR N° 3141/2004
Parecer CRMPR N° 01/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 01/2004

DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL E MASTOPLASTIA REDUTORA

Antônio Gonçalves Pinheiro*

EMENTA - Não se deve generalizar a concessão ou negativa de autorização de mamoplastias redutoras ou abdominoplastias reparadoras. As grandes hipertrofias mamárias e os volumosos abdomens em avental podem causar comprometimentos dolorosos da coluna vertebral. Os casos devem ser analisados individualmente, com critérios técnicos definidos.

Palavras-chave: dermolipectomia abdominal, mastoplastia redutora, estética, terapêutica, análise individual

ABDOMINAL DERMOLIPECTOMY AND REDUCING MASTOPLASTY

Key words: abdominal aesthetical surgery, reducing mastoplasty, aesthetic, therapeutic, individual analysis

EXPOSIÇÃO

O Dr. M. A. P. N. consulta este CFM acerca do seguinte fato: “Temos recebido inúmeras solicitações para cirurgias plásticas em nossos usuários, principalmente dermolipectomia abdominal e mastoplastia redutora.

Os cirurgiões solicitantes têm tentado classificar estas cirurgias como NÃO-ESTÉTICAS, alegando serem os pacientes portadores de dor em segmento vertebral e/ou artrose. Realizamos pesquisa na literatura científica mundial e não encontramos evidências científicas de que dermolipectomia abdominal e/ou mastoplastia redutora é tratamento de dor vertebral e/ou espondiloartrose.

Em virtude do exposto, temos negado autorização para os procedimentos, visto que nossos contratos não oferecem cobertura para cirurgias estéticas”.

Pede, ao fim, posicionamento sobre o assunto.

PARECER

A princípio, temos de esclarecer que há, dentre os procedimentos reparadores previstos nas antigas tabelas da AMB (ainda hoje usadas pelos planos de saúde), dois que se relacionam ao questionamento:

- 54.14.005-6: Plástica mamária feminina não-estética;
- 54.14.002-1: Dermolipectomia abdominal não-estética.

A nosso ver, ficou claro aos elaboradores das tabelas (que não catalogaram cirurgias estéticas) a existência do caráter reparador das acima citadas cirurgias.

O consultante questiona os sintomas apontados para justificar as cirurgias, referentes ao componente doloroso ou causador de deformidade sobre a coluna vertebral. Para tanto afirma ter realizado importante pesquisa que lhe autoriza negar

* Conselheiro Relator Federal.

os procedimentos. Neste aspecto, julgo importante fornecer-lhe subsídio, até mesmo para que complete sua pesquisa, com reconhecidos autores nacionais (Talita Franco, Liacir Ribeiro e Ivo Pitanguy).

É clássica a figura usada pelo prof. Pitanguy em suas palestras mundo afora, quando fala sobre as grandes hipertrofias mamárias, hoje também denominadas gigantomastias: um boneco carregando pesado bumbo (tambor frontal) afixado por alças sobre os ombros, e seu encurvamento compensatório - inicialmente uma lordose que, pelo cansaço torna-se dolorosa cifose.

Claro e compreensível que há inúmeros fatores e cuidados a serem observados para que se considere a patologia causadora e a indicação precisa. A simples afirmação do cirurgião, sem a devida comprovação da doença e suas conseqüências, não pode ser o único elemento para decisão. Faz-se necessário exames complementares, constatação da rebeldia dos sintomas a outros tratamentos (medicamentos, fisioterápicos, etc.) e, por fim, uma perícia médica na paciente. Este último item, de suma importância e revestido do rigor que merece, deveria ter nestes casos, a balizá-lo, critérios específicos tais como idade, altura, peso, distância entre a fúrcula externa e os mamilos e entre estes em si.

É impossível negar-se a existência de conseqüências danosas sobre a coluna vertebral causadas pela mudança do centro de equilíbrio por aumento do pêndulo mamário ou abdominal. No entanto, também não se deve generalizar e conceder este benefício a uma simples queixa inicial usada para indicar o procedimento. Assim sendo, julgo ser dever dos órgãos técnicos (sugiro a Câmara Técnica de Cirurgia Plástica do CFM) estabelecerem critérios definidos (não-mutáveis) que propiciem a análise, caso a caso, das solicitações de cirurgias reparadoras (não-estéticas) destes segmentos corporais.

Vale ressaltar que deixo de analisar outras indicações a meu ver importantes para estas cirurgias por não vê-las citadas pelo consulente, refiro-me às assimetrias mamárias por tumores unilaterais (sua retirada causa deformidade que necessita ser equilibrada com o lado são) e as eventrações (não pós-cirúrgicas) progressivas.

Considerando o exposto, julgo ser necessário o entendimento individualizado dos casos para a concessão ou não do benefício solicitado.

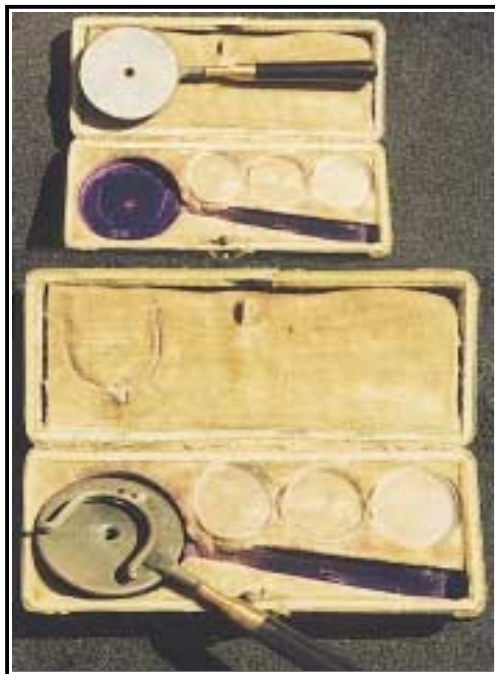
Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 10 de abril de 2003.

Antonio Gonçalves Pinheiro
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N° 46/2003
Parecer CFM N° 641/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 07/08/2003

Ehrenfried Othmar Wittig *



Ophtalmoscope (Dr. Liebreichs)

Manuel da Gama Lobo (1835-1883) nasceu no Pará. Doutorou-se na Faculdade do Rio de Janeiro em 1858. Aperfeiçoou seu aprendizado oftalmológico no Brasil com o francês Carron du Villard e fez na Europa seu treinamento. Voltou ao Rio de Janeiro e assumiu a direção clínica da Santa Casa no lugar de Carron, que havia falecido. Foi um dos primeiros a empregar um novo aparelho, o “oftalmoscópio”, que o alemão Helmholtz inventara em 1851. Gama Lobo traduziu e publicou um manual intitulado “Lições de Nelis sobre as moléstias internas dos olhos como vistas pelo oftalmoscópio” em 1876.

Doador: não referenciado

Palavras-chave - oftalmoscópio, história da medicina
Key-words - ophtalmoscopy, medicine history

* 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

ÍNDICE REMISSIVO 2004

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

ÍNDICE REMISSIVO POR ORDEM ALFABÉTICA DE ASSUNTOS E AUTORES.

NÚMEROS 81 À 84/2004

OBSERVAÇÕES

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

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Aborto				
Anencefalia	83	164	2004	21
Ancercéfalo	83	171	2004	21
Antecipação de parto	83	171	2004	21
CFM apóia	83	164	2004	21
CNBB rejeita	83	164	2004	21
Custo	83	126	2004	21
Direito do auditor	83	158	2004	21
Direito do feto	83	158	2004	21
Em navio-hospital	83	130	2004	21
Eugênico (anencefalia) autorizado	81	39	2004	21
Inconstitucional (proibição/ Califórnia)	83	158	2004	21
Liberado em casa	83	126	2004	21
Liminar Marco Aurélio Mello	83	164	2004	21
ONG holandesa	83	130	2004	21
Por negligência/desatenção	81	42	2004	21
Promulgação na França	83	126	2004	21
Restrito em países	83	130	2004	21
Sofrimento inútil	83	171	2004	21
STF autorizou	83	171	2004	21
STT autoriza	83	164	2004	21
TJ (RJ) desautoriza autorização	83	171	2004	21
Acadêmicos estrangeiros conveniados				
Academia boliviana e argentina	83	159	2004	21
CFM sem jurisdição sobre acadêmico	83	159	2004	21
Convênio	83	159	2004	21
Estágio no Brasil	83	159	2004	21
Supervisão médica	83	159	2004	21
Valor legal	83	159	2004	21
Acordo coletivo de trabalho				
Contratação	81	46	2004	21
Jornada de trabalho	81	46	2004	21
Plantão	81	46	2004	21
Sobreaviso	81	46	2004	21
Acupuntura				
Ato médico	84	186	2004	21
Curso livre	83	145	2004	21
Diagnóstico clínico	83	145	2004	21
Especialidade	84	186	2004	21
Profissão/atividade	84	186	2004	21
Resol. CFM nº 1455/95	84	186	2004	21
Terapia alternativa	83	145	2004	21

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Admissão					Angioplastia				
Contratação médica	84	192	2004	21	Cateterismo cardíaco	84	213	2004	21
Corpo clínico	84	192	2004	21	Diagnóstico	84	213	2004	21
Normatização	84	192	2004	21	Equipe de plantão	84	213	2004	21
Plantão	84	192	2004	21	Normatização	84	213	2004	21
Previsão legal	84	192	2004	21	Stent, cirurgia, marcapasso	84	213	2004	21
Regimento interno	84	192	2004	21	Terapêutica	84	213	2004	21
Agência Nacional de Saúde					Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque				
Complementar					Artigo	83	121	2004	21
Cartões de desconto	82	84	2004	21	Artigo	83	134	2004	21
Pagamento médico	82	84	2004	21	Artigo	83	159	2004	21
Agência Nac. Saúde Supl.					Artigo	83	163	2004	21
Depósito caução	81	13	2004	21	Artigo	83	168	2004	21
Resolução CFM	81	13	2004	21	Antonio Gonçalves Pinheiro				
Aguair, Oliveiros Guanaes					Artigo	82	84	2004	21
Artigo	82	87	2004	21	Artigo	84	201	2004	21
Artigo	82	115	2004	21	Artigo	84	203	2004	21
Artigo	83	172	2004	21	Artigo	84	238	2004	21
AIDS					Anúncio				
Portadores	81	14	2004	21	Autopromoção	82	61	2004	21
Resolução CFM nº 1665/2003	81	14	2004	21	Boletim	82	61	2004	21
Responsabilidade do Instit. Saúde	81	14	2004	21	Codame	82	61	2004	21
Responsabilidade médica	81	14	2004	21	Conceito	82	61	2004	21
Sigilo	81	14	2004	21	Critério	82	61	2004	21
Albuquerque, Antonio Celso Cavalcanti					Divulgação	82	61	2004	21
Artigo	83	121	2004	21	Entrevista	82	61	2004	21
Artigo	83	134	2004	21	Hospitais e Casa de Saúde	82	61	2004	21
Artigo	83	159	2004	21	Médico	82	61	2004	21
Artigo	83	163	2004	21	Normatização	82	61	2004	21
Artigo	83	168	2004	21	Placas	82	61	2004	21
Alceu José Peixoto Pimentel					Proibição	82	61	2004	21
Artigo	81	40	2004	21	Propaganda	82	61	2004	21
Alessandro Schuffner					Resolução CFM Nº 1701/2003	82	61	2004	21
Artigo	81	04	2004	21	Sensacionalismo	82	61	2004	21
Ambulância					Aptidão física e mental				
Atendimento Pré-hospitalar	81	20	2004	21	Atestado	82	111	2004	21
Analgesia de parto					Avaliação	82	111	2004	21
Anestesia simultânea	82	87	2004	21	Carteira Nacional de Habilitação	82	111	2004	21
Anestesiologia	82	87	2004	21	Deficiência auditiva	83	168	2004	21
Ato médico	82	87	2004	21	Detron	83	168	2004	21
Conceito	82	87	2004	21	Exame de aptidão	83	168	2004	21
Riscos na analgesia	82	87	2004	21	Normatização	82	111	2004	21
Simultânea	82	87	2004	21	Presença de intérprete para o				
Anátomo-patologista					deficiente	83	168	2004	21
Entrega ética	84	220	2004	21	Sigilo	83	168	2004	21
Fiel depositário	84	220	2004	21	Artigo				
Fornecer laudo	84	220	2004	21	Publicar	84	183	2004	21
Fornecer material	84	220	2004	21	Ver trabalho	00	00	00	00
Revisão	84	220	2004	21	Assistência hospitalar				
Anencefalia					Ausência de especialidade	83	150	2004	21
Aborto autorizado	81	42	2004	21	Ausência de UTI	83	150	2004	21
Aborto autorizado	83	164	2004	21	Ausência de vagas	83	150	2004	21
Ver anencéfalo	00	00	00	00	Evitar atendimento	83	150	2004	21
Anencéfalo					Evitar internação	83	150	2004	21
Antecipação de parto	83	171	2004	21	Assistência médica				
Sofrimento inútil	83	171	2004	21	Atendimento	84	230	2004	21
STF autorizou	83	171	2004	21	Gestor do sistema	84	230	2004	21
TJ (RJ) desautoriza autorização	83	171	2004	21	Legalidade de recusa	84	230	2004	21
Anestesia					Suspender	84	230	2004	21
Profunda	82	65	2004	21	Assistência Pré-hospitalar				
Sedação	82	65	2004	21	Ambulância	81	20	2004	21
Anestesia local					Centros de capacitação	81	20	2004	21
Anestesiologista	82	115	2004	21	Competência	81	20	2004	21
Cirurgia de catarata	82	115	2004	21	Definição dos profissionais	81	20	2004	21
Responsabilidade	82	115	2004	21	Gestor	81	20	2004	21
Anestesiologista					Médico regulador	81	20	2004	21
Analgesia simultânea	82	87	2004	21	Normas	81	20	2004	21
Conceito	82	65	2004	21	Responsabilidade médica	81	20	2004	21
Resolução CFM Nº 1670/2003	82	65	2004	21	Atendimento domiciliar				
Sedação	82	65	2004	21	Equipe multiprofissional	82	77	2004	21
Simultânea	82	87	2004	21	Internação domiciliar	82	77	2004	21
Anfetamina e sedativo					Prontuário domiciliar	82	77	2004	21
Associação incompatível	82	113	2004	21	Regulamentação	82	77	2004	21
					Resolução CFM Nº 1529/98	82	77	2004	21
					Responsabilidade médica	82	77	2004	21
					Supervisão médica	82	77	2004	21

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Atendimento Pré-hospitalar					Auxiliar de enfermagem				
Ambulância	81	20	2004	21	Exercício ilegal	84	225	2004	21
Assistência não médica	81	20	2004	21	Baptista, Ricardo José				
Ato médico	81	20	2004	21	Artigo	82	87	2004	21
Centros de Capacitação	81	20	2004	21	Artigo	84	201	2004	21
Conceito	81	20	2004	21	Bessa, Marco Antonio Marques Ribeiro				
Definição dos profissionais	81	20	2004	21	Artigo	84	218	2004	21
Gestor	81	20	2004	21	Bibliografia				
Normas	81	20	2004	21	Artigo	84	183	2004	21
Resolução CFM Nº 1671/2003	81	20	2004	21	Excesso	84	183	2004	21
Responsabilidade médica	81	20	2004	21	Literatura	84	183	2004	21
Urgência/emergência	81	20	2004	21	Publicação	84	183	2004	21
Atestado de óbito					Boletim				
Atendimento pré-hospitalar	82	89	2004	21	Autopromoção	82	61	2004	21
Conceito	82	89	2004	21	Divulgação	82	61	2004	21
Declaração pré-hospitalar	82	89	2004	21	Propaganda	82	61	2004	21
Médico assistente	82	89	2004	21	Resolução CFM Nº 1701/2003	82	61	2004	21
Médico plantonista	82	89	2004	21	Sensacionalismo	82	61	2004	21
Morte violenta ou suspeita	82	89	2004	21	Braga Filho, Carlos Ehlke				
Óbito pré-hospitalar	82	89	2004	21	Artigo	83	137	2004	21
Responsabilidade	82	89	2004	21	Artigo	83	150	2004	21
Ato médico					Artigo	84	189	2004	21
Acupuntura	83	145	2004	21	Artigo	84	192	2004	21
Acupuntura	84	186	2004	21	Artigo	84	222	2004	21
Acupuntura	84	198	2004	21	Artigo	84	230	2004	21
Analgesia	82	65	2004	21	Bullón, José Alejandro				
Analgesia de parto	82	87	2004	21	Artigo	81	46	2004	21
Anestesia	82	87	2004	21	Burkewicz, Raquele Rotta				
Atestar doença	82	94	2004	21	Artigo	83	141	2004	21
Conceder benefício por doença	82	94	2004	21	Artigo	83	159	2004	21
Cursos livres	83	145	2004	21	Artigo	84	225	2004	21
Diagnóstico e tratamento	83	145	2004	21	Cadastro de pessoa jurídica				
Enfermagem	83	145	2004	21	Comercialização	84	187	2004	21
Especialista	83	145	2004	21	Diretor técnico	84	187	2004	21
Eletroencefalograma	84	216	2004	21	Empresas	84	187	2004	21
Exame cardiocardiográfico	82	80	2004	21	Inscrição obrigatória	84	187	2004	21
Exame médico pericial	82	94	2004	21	Prestação de trabalho	84	187	2004	21
Fisioterapeuta	84	198	2004	21	Camarão, Ricardo Frões				
Fisioterapia	83	145	2004	21	Artigo	82	89	2004	21
Homologar atestado médico	82	94	2004	21	Artigo	82	111	2004	21
Prognosticar doença	82	94	2004	21	Artigo	82	117	2004	21
Sedação profunda	82	65	2004	21	Cardiotocográfico				
Tempo de consulta	83	134	2004	21	Exame	82	80	2004	21
Terapêutica estética	84	203	2004	21	Realização e interpretação	82	80	2004	21
Terapia alternativa	83	145	2004	21	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho				
Auditoria médica					Artigo	81	06	2004	21
Glosa de honorários	83	157	2004	21	Carneiro, Mauro Brandão				
Honorários	83	157	2004	21	Artigo	81	46	2004	21
Implicamento de glosar	83	157	2004	21	Artigo	83	127	2004	21
Ausência de vagas					Carteira Nacional de Habilitação				
Evitar assistência médica	83	150	2004	21	CONTRAN	82	111	2004	21
Obrigatoriedade	83	150	2004	21	Normatização para aptidão	82	111	2004	21
Portaria nº 814/GM	83	150	2004	21	Resol. CFM Nº 1636/2002	82	111	2004	21
Autonomia					Veículos automotores	82	111	2004	21
Junta médica	82	72	2004	21	Carlos Ehlke Braga Filho				
Junta pericial	82	72	2004	21	Artigo	83	137	2004	21
Médico cooperado	81	06	2004	21	Artigo	83	150	2004	21
Auto-prescrição médica					Artigo	84	189	2004	21
Cobrança	83	139	2004	21	Artigo	84	192	2004	21
Ética	83	139	2004	21	Artigo	84	222	2004	21
Medicamento	83	139	2004	21	Artigo	84	230	2004	21
Prescrição familiar	83	139	2004	21	Cartão de desconto				
Autopromoção					ANS, Suplementar-Normativas				
Anúncio	82	61	2004	21	Nº 40	82	84	2004	21
Codame	82	61	2004	21	Ética e legalidade	82	84	2004	21
Conceito	82	61	2004	21	Pagamento	82	84	2004	21
Critério	82	61	2004	21	Registro no CRM	82	84	2004	21
Divulgação	82	61	2004	21	Serviço médico	82	84	2004	21
Entrevista	82	61	2004	21	Carvalho, Fernando Martins				
Hospitais e Casa de Saúde	82	61	2004	21	Artigo	81	06	2004	21
Médico	82	61	2004	21	Cateterismo cardíaco				
Normatização	82	61	2004	21	Ambiente hospitalar	84	213	2004	21
Proibição	82	61	2004	21	Angioplastia	84	213	2004	21
Propaganda	82	61	2004	21	Diagnóstico	84	213	2004	21
Resolução CFM Nº 1701/2003	82	61	2004	21	Normatização	84	213	2004	21
Sensacionalismo	82	61	2004	21	Plantão de equipe de cirurgia				
					cardíaca	84	213	2004	21
					Terapêutica	84	213	2004	21

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Caução					Conclusivo				
Agência Nac. Saúde Supl.	81	13	2004	21	Laudo	84	208	2004	21
Depósito hospitalar	81	13	2004	21	Concorrência desleal				
Exigência	81	13	2004	21	Autopromoção	82	61	2004	21
Resolução	81	13	2004	21	Codame	82	61	2004	21
Serviço de saúde	81	13	2004	21	Conceito	82	61	2004	21
Centa, Lídio					Divulgação	82	61	2004	21
Artigo	81	04	2004	21	Propaganda	82	61	2004	21
Centro de Pesquisas e Documentação					Resolução CFM Nº 1701/2003	82	61	2004	21
Conselho Federal de Medicina	83	127	2004	21	Conflito				
Justificativa e objetivos	83	127	2004	21	Médico	81	01	2004	21
Resol. CFM nº 1723/2004	83	127	2004	21	Conselho Federal de Medicina				
Chacel, Pedro Pablo Magalhães					Representantes do CRMPR	83	123	2004	21
Artigo	81	37	2004	21	Resol. CFM Nº 1742/2004	83	123	2004	21
Artigo	82	74	2004	21	Consentimento esclarecido				
Artigo	82	92	2004	21	Código de defesa do consumidor	83	172	2004	21
Artigo	82	103	2004	21	Consumidor / doente	83	172	2004	21
Cirurgia de catarata					Documento escrito	83	172	2004	21
Anestesiologista	82	115	2004	21	Prestador / médico	83	172	2004	21
Anestesiologista	82	115	2004	21	Riscos e obrigações	83	172	2004	21
Ato médico	82	115	2004	21	Consolidação das Leis do Trabalho				
Responsabilidade do oftalmologista	82	115	2004	21	Cooperativa médica	81	06	2004	21
Cirurgião em especialização					Contenção mecânica de paciente				
Médico residente	82	94	2004	21	Ato de proteção	82	117	2004	21
Cirurgião Geral					Ato médico	82	117	2004	21
Cirurgião	84	196	2004	21	Ato privativo médico	82	117	2004	21
Competência	82	82	2004	21	Ato violento	82	117	2004	21
Especialidade pediátrica	84	196	2004	21	Resol. CFM Nº 1580/2000	82	117	2004	21
Limites de ação	84	196	2004	21	Contratação médica				
Limites de atuação	82	82	2004	21	Admissão	84	192	2004	21
Cirurgia pediátrica					Categoria de médico	84	192	2004	21
Cirurgião geral	84	196	2004	21	Corpo clínico	84	192	2004	21
Limites de ação	84	196	2004	21	Demissão	84	192	2004	21
CODAME					Normatização	84	192	2004	21
Crítérios	82	61	2004	21	Plantão	84	192	2004	21
Divulgação	82	61	2004	21	Previsão legal	84	192	2004	21
Normatização	82	61	2004	21	Reforma regimental	84	192	2004	21
Propaganda	82	61	2004	21	Regimento interno	84	192	2004	21
Código					Cooperativa Médica				
Hamurabi	84	182	2004	21	Conceito	81	06	2004	21
Código de defesa do consumidor					Consolidação das Leis do Trabalho	81	06	2004	21
Consentimento esclarecido escrito	83	172	2004	21	Organização	81	06	2004	21
Médico e paciente	83	172	2004	21	Princípios	81	06	2004	21
Responsabilidade subjetiva	83	172	2004	21	Trabalho médico	81	06	2004	21
Riscos e obrigações	83	172	2004	21	Unimed	81	06	2004	21
Comercialização de serviço médico					Coordenação médica				
Resol. CFM nº 1722/2004	84	187	2004	21	Atendimento domiciliar	82	77	2004	21
Comissão de Divulgação de					Reinternamento domiciliar	82	77	2004	21
Assuntos Médicos					Corpo clínico				
Codame	82	61	2004	21	Admissão	84	192	2004	21
Divulgação	82	61	2004	21	Categoria de médico	84	192	2004	21
Propaganda	82	61	2004	21	Contratação médica	84	192	2004	21
Conceito					Demissão	84	192	2004	21
Analgesia	82	65	2004	21	Normatização	84	192	2004	21
Anúncio	82	61	2004	21	Plantão	84	192	2004	21
Atendimento Pré-hospitalar	81	20	2004	21	Previsão legal				
Autopromoção	82	61	2004	21	Reforma regimental	84	192	2004	21
Codame	82	61	2004	21	Regimento interno	84	192	2004	21
Contenção mecânica	82	61	2004	21	Corpo de delito				
Cooperativa de trabalho médico	81	06	2004	21	Adequação de instalações	82	117	2004	21
Crítério	82	61	2004	21	Exame em delegacia	82	117	2004	21
Diagnóstico médico	84	198	2004	21	Exame médico pericial	82	117	2004	21
Divulgação	82	61	2004	21	Hospital de Polícia Militar	82	117	2004	21
Entrevista	82	61	2004	21	Médico legista	82	117	2004	21
Hospitais e Casa de Saúde	82	61	2004	21	Correção				
Junta médica	82	68	2004	21	Engano	83	143	2004	21
Medicamento	84	203	2004	21	Omissão em trabalho	82	64	2004	21
Medicina holística	83	131	2004	21	Cuidados na autoria				
Médico	82	61	2004	21	Artigo médico	83	143	2004	21
Normatização	82	61	2004	21	Co-autoria	83	143	2004	21
Proibição	82	61	2004	21	Engano	83	143	2004	21
Propaganda	82	61	2004	21	Publicação	83	143	2004	21
Resolução CFM Nº 1701/2003	82	61	2004	21	Publicação	84	183	2004	21
Sedação	82	65	2004	21	Responsabilidade	83	143	2004	21
Sensacionalismo	82	61	2004	21					

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Curso livre					Doente				
Conceito	83	145	2004	21	Doença e médico	84	179	2004	21
Especialista	84	198	2004	21	Verdade	84	179	2004	21
Interpretação	83	145	2004	21	Donizetti Dimer Giamberardino Filho				
Dano					Artigo	83	143	2004	21
Estrutura hospitalar	83	121	2004	21	Artigo	84	196	2004	21
Falha hospitalar	83	121	2004	21	Drogas para fins estéticos				
Responsabilidade institucional	83	121	2004	21	Ato médico	84	203	2004	21
D'Ávila, Roberto Luiz					Delegação a outros profissionais	84	203	2004	21
Artigo	84	213	2004	21	Enfermagem	84	203	2004	21
Delegação de função					Ehrenfried Othmar Wittig				
Enfermagem	84	203	2004	21	Cadeira de otorrinolaringologia	81	60	2004	21
Outros profissionais	84	203	2004	21	Mesa cirúrgica de 1916	82	120	2004	21
Delegacia Regional					Oftalmoscópio	84	240	2004	21
Cidade de divisa	83	125	2004	21	Place de Gréve	83	176	2004	21
Rio Negro e Mafra	83	125	2004	21	Eleição				
Resol. CRM/RP nº 130/2004	83	125	2004	21	Conselheiros do Paraná no CFM	83	123	2004	21
Demissão					Representantes	83	123	2004	21
Contratação médica	84	192	2004	21	Eletroencefalograma				
Corpo clínico	84	192	2004	21	Ato médico	84	216	2004	21
Normatização	84	192	2004	21	Convencional	84	216	2004	21
Plantão	84	192	2004	21	Digital	84	216	2004	21
Previsão legal	84	192	2004	21	Habilitação	84	216	2004	21
Regimento interno	84	192	2004	21	Mapeamento cerebral	84	216	2004	21
Depósito prévio					Quantitativo	84	216	2004	21
Admissão	81	13	2004	21	Eliane de Souza				
Caução hospitalar	81	13	2004	21	Artigo	82	68	2004	21
Resolução CFM Nº 44/2003	81	13	2004	21	Artigo	82	70	2004	21
Dermoliplectomia abdominal					Empresas registradas no CRM				
Análise individual	84	238	2004	21	Comercialização	84	187	2004	21
Estética	84	238	2004	21	Cooperativa, seguradora, plano				
Terapêutica	84	238	2004	21	de saúde	84	187	2004	21
Dever					Empresas cadastradas no CRM	84	187	2004	21
Médico	81	01	2004	21	Serviço médico	84	187	2004	21
Diagnosticar doença					Encontro Marcado	84	229	2004	21
Ato médico	82	94	2004	21	Enfermagem				
Direito					Exame cardiocardiográfico	82	80	2004	21
Médico	81	01	2004	21	Terapia alternativa	83	145	2004	21
Diretor técnico					Enfermeiro				
Registro de empresa no CRM	84	187	2004	21	Atos obstétricos ilegais	84	225	2004	21
Resol. CFM nº 1722/2004	84	187	2004	21	Auxiliar de enfermagem	84	225	2004	21
Disciplinador ético					Emergência	84	225	2004	21
Concorrência desleal	84	205	2004	21	Ética e cuidados obstétricos	84	225	2004	21
CRM	84	205	2004	21	Terapêutica estética injetável	84	203	2004	21
Prerrogativa legal	84	205	2004	21	Toxina botulínica	84	203	2004	21
Sociedades de especialidades	84	205	2004	21	Engano				
Divulgação					Correção	83	143	2004	21
Anúncio	82	61	2004	21	Entrevista				
Autopromoção	82	61	2004	21	Anúncio	82	61	2004	21
Boletim	82	61	2004	21	Autopromoção	82	61	2004	21
Codame	82	61	2004	21	Codame	82	61	2004	21
Conceito	82	61	2004	21	Conceito	82	61	2004	21
Critério	82	61	2004	21	Critério	82	61	2004	21
Entrevista	82	61	2004	21	Divulgação	82	61	2004	21
Hospitais e Casa de Saúde	82	61	2004	21	Hospitais e Casa de Saúde	82	61	2004	21
Médico	82	61	2004	21	Médico	82	61	2004	21
Normatização	82	61	2004	21	Normatização	82	61	2004	21
Placas	82	61	2004	21	Proibição	82	61	2004	21
Proibição	82	61	2004	21	Propaganda	82	61	2004	21
Propaganda	82	61	2004	21	Resolução CFM Nº 1701/2003	82	61	2004	21
Resolução CFM Nº 1701/2003	82	61	2004	21	Sensacionalismo	82	61	2004	21
Sensacionalismo	82	61	2004	21	Doença				
Doença					Doente e médico	84	179	2004	21
Doente e médico	84	179	2004	21	Estado de fragilidade	84	179	2004	21
Estado de fragilidade	84	179	2004	21	Verdade	84	179	2004	21
Verdade	84	179	2004	21	Doença incapacitante em médico				
Doença incapacitante em médico					Andamento da sindicância	82	103	2004	21
Andamento da sindicância	82	103	2004	21	Continuidade da sindicância	82	103	2004	21
Continuidade da sindicância	82	103	2004	21	Doença incapacitante	82	103	2004	21
Doença incapacitante	82	103	2004	21	Manutenção do processo ético	82	103	2004	21
Manutenção do processo ético	82	103	2004	21	Normas processuais	82	103	2004	21
Normas processuais	82	103	2004	21	Perícia médica	82	103	2004	21
Perícia médica	82	103	2004	21	Processo administrativo	82	103	2004	21
Processo administrativo	82	103	2004	21	Processo em incapacidade médica	82	103	2004	21
Processo em incapacidade médica	82	103	2004	21	Sigilo	82	103	2004	21
Sigilo	82	103	2004	21	Suspensão	82	103	2004	21
Suspensão	82	103	2004	21					

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Especialidade					Exercício ilegal				
Cirurgião geral	84	196	2004	21	Ato médico	84	225	2004	21
Cirurgião pediátrica	84	196	2004	21	Auxiliar de enfermagem	84	225	2004	21
Médico legista	81	36	2004	21	Enfermeira obstétrica	84	225	2004	21
Especialista					Expositivo				
Acupuntura	84	198	2004	21	Laudo	84	208	2004	21
Cursos de especialização	84	198	2004	21	Fabiana Petrusche Niyama Mansano				
Cursos livres	84	198	2004	21	Artigo	84	179	2004	21
Diagnóstico	84	198	2004	21	Farmácia de manipulação				
Fisioterapeuta	84	198	2004	21	Eticidade	82	70	2004	21
Laudo médico	81	36	2004	21	Indicação médica	82	70	2004	21
Médico	84	198	2004	21	Manipulação de medicamento	82	70	2004	21
Médico legista	81	36	2004	21	Prescrição médica	82	70	2004	21
Resol. CFM nº 1455/95	84	198	2004	21	Fernando Martins Carvalho				
Espermatozóide					Artigo	81	06	2004	21
Escoza de sexo	82	92	2004	21	Fiel depositário				
Técnica de enriquecimento	82	92	2004	21	Material anátomo-patológico	84	220	2004	21
Estágio acadêmico					Prontuário	84	220	2004	21
Convênio	83	159	2004	21	Fila				
Estrangeiro	83	159	2004	21	Atendimento pelo SUS	81	43	2004	21
Hospitais brasileiros	83	159	2004	21	Direito do paciente	81	43	2004	21
Supervisão	83	159	2004	21	Problema administrativo	81	43	2004	21
Esterilização					Solicitação particular de exame	81	43	2004	21
Em condenados	82	114	2004	21	Financiamento				
Noruega	82	114	2004	21	Ver artigo	00	00	00	00
Testosterona	82	114	2004	21	Ver publicar	00	00	00	00
Voluntariado	82	114	2004	21	Fisioterapia				
Estrutura hospitalar					Retroversão uterina	81	37	2004	21
Dano	83	121	2004	21	Terapia alternativa	83	145	2004	21
Falha	83	121	2004	21	Tratamento uterino	81	37	2004	21
Indenização	83	121	2004	21	Fisioterapeuta				
Princípio de objetivação da					Acupuntura	84	198	2004	21
responsabilidade	83	121	2004	21	Ato médico	83	163	2004	21
Responsabilidade civil	83	121	2004	21	Crédito	83	163	2004	21
Responsabilidade institucional	83	121	2004	21	Diagnóstico	83	163	2004	21
Responsabilidade médica	83	121	2004	21	Requisição de exames	83	163	2004	21
Ética					Resol. CFM nº 1455/95	84	198	2004	21
Cartões de desconto	82	84	2004	21	Resol. COFEN-197	84	198	2004	21
Escolha de sexo	82	92	2004	21	Francisco A. de C.R. de Souza				
Infertilidade	81	04	2004	21	Artigo	81	46	2004	21
Junta médica	82	68	2004	21	Fragilidade				
Junta médica	82	72	2004	21	Estado	84	179	2004	21
Solicitação de exame comple-					Fraude				
mentar	81	43	2004	21	Ver artigo	00	00	00	00
Técnica de enriquecimento de					Ver publicar	00	00	00	00
espermatozóide	82	92	2004	21	Freire, Roberto				
Tempo de consulta	83	134	2004	21	Artigo	84	229	2004	21
Ética médica					Garantia				
Indicação de estabelecimento					Assistência	81	13	2004	21
comercial	83	162	2004	21	Atendimento	81	13	2004	21
Exame Cardiocotográfico					Depósito caução	81	13	2004	21
Ato médico	82	80	2004	21	Gestação para transplante				
Enfermagem	82	80	2004	21	Bebe doa medula	83	123	2004	21
Realização e interpretação	82	80	2004	21	Seleção de embrião	83	123	2004	21
Exame complementar					Gestor				
Cooperativa médica individual-					Atendimento Pré-hospitalar	81	20	2004	21
lizada	81	43	2004	21	Giamberardino Filho, Donizetti Dimer				
Direito do paciente	81	43	2004	21	Artigo	83	143	2004	21
Fila	81	43	2004	21	Artigo	84	196	2004	21
Laudo médico	84	208	2004	21	Ginecologia				
Médico assistente	84	208	2004	21	Fisioterapia	81	37	2004	21
Médico do SUS	81	43	2004	21	Retroversão uterina	81	37	2004	21
Médico particular	81	43	2004	21	Glosa				
Normatização	84	208	2004	21	Acordo administrativo	83	157	2004	21
Paciente adidético	81	43	2004	21	Auditoria	83	157	2004	21
Parte conclusiva	84	208	2004	21	Honorários	83	157	2004	21
Parte expositiva	84	208	2004	21	Greve				
Solicitação	81	43	2004	21	Praça de	83	176	2004	21
Sugestão complementar ao médico	84	208	2004	21	Hélcio Bertolozzi Soares				
Unimed	81	43	2004	21	Artigo	83	145	2004	21
Exame de aptidão					Artigo	83	153	2004	21
Física e mental	83	168	2004	21	Artigo	83	161	2004	21
Intérprete para o deficiente	83	168	2004	21	Artigo	84	201	2004	21

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
HIV					Licença médica	82	68	2004	21
Reprodução assistida	82	74	2004	21	Licença médica	82	72	2004	21
Riscos	82	74	2004	21	Oficial	82	68	2004	21
Soro discordantes	82	74	2004	21	Parecer CFM Nº 15/95	82	68	2004	21
Termo de consentimento informado	82	74	2004	21	Perícia	82	68	2004	21
História da Medicina					Perícia	82	72	2004	21
Cadeira de otorrinolaringologia	81	60	2004	21	Resolução CFM Nº 1488/1998	82	72	2004	21
Oftalmoscópio	84	240	2004	21	Laudos de Exame				
Mesa cirúrgica de 1916	82	120	2004	21	Ato médico	81	36	2004	21
Place de Grève	83	176	2004	21	Especialista	81	36	2004	21
Homologação					Laudos médicos	84	208	2004	21
Eleição de representantes no CFM	83	123	2004	21	Médico assistente	84	208	2004	21
Resol. CFM Nº 1742/2004	83	123	2004	21	Médico legista	81	36	2004	21
Honorários					Médico pericial	81	36	2004	21
Acordo	83	157	2004	21	Necropsia	84	208	2004	21
Auditoria	83	157	2004	21	Normatização	84	208	2004	21
Glosa	83	157	2004	21	Parte conclusiva	84	208	2004	21
Resol. CFM nº 02/2001	83	157	2004	21	Parte expositiva	84	208	2004	21
Horas extras					Psiquiátrico	83	132	2004	21
Acordo coletivo	81	46	2004	21	Sugestão complementar ao médico	84	208	2004	21
Jornada de trabalho	81	46	2004	21	Laudos conclusivos				
Plantão de sobreaviso	81	46	2004	21	Exame complementar	84	208	2004	21
Incapacidade médica					Laudos expositivos	84	208	2004	21
Normas processuais	82	103	2004	21	Normatização	84	208	2004	21
Sindicância completa	82	103	2004	21	Laudos expositivos				
Indenização					Exame complementar	84	208	2004	21
Código do consumidor	83	172	2004	21	Laudos conclusivos	84	208	2004	21
Falha na estrutura hospitalar	83	121	2004	21	Normatização	84	208	2004	21
Indicação de estabelecimentos comerciais					Laudos médicos de exame				
Ética	83	162	2004	21	Parte conclusiva	84	208	2004	21
Indução ao paciente	83	162	2004	21	Parte expositiva	84	208	2004	21
Interpretação equivocada	83	162	2004	21	Sugestão complementar ao médico	84	208	2004	21
Laboratórios	83	162	2004	21	Laudos periciais				
Medicamentos	83	162	2004	21	Competência	83	137	2004	21
Indicação de medicamento					Contestação	84	189	2004	21
Farmácia de manipulação médica	82	70	2004	21	Instituto Médico Legal	83	137	2004	21
Prescrição	82	70	2004	21	Instituto Médico Legal	84	189	2004	21
Infertilidade					Laudos de necropsia	84	189	2004	21
Ética	81	04	2004	21	Prontuário médico	83	137	2004	21
Seguro de Saúde	81	04	2004	21	Psiquiátrico	83	137	2004	21
Informado					Sigilo médico	83	137	2004	21
Código do consumidor	83	172	2004	21	Laudos psiquiátricos				
Termo de consentimento esclarecido	82	74	2004	21	Instituto Médico Legal	83	137	2004	21
Informática médica					Pericial	83	137	2004	21
INSS	82	99	2004	21	Sigilo	83	137	2004	21
Irregularidade e limitações	82	99	2004	21	Legista				
Perícia médica	82	99	2004	21	Ato médico	81	36	2004	21
Instituto Médico Legal					Especialista	81	36	2004	21
Laudos de necropsia contestado	84	189	2004	21	Laudos médicos periciais	81	36	2004	21
Pericial oficial	81	36	2004	21	Licença médica				
Internação domiciliar					Perícia	82	68	2004	21
Atendimento domiciliar	82	77	2004	21	Ver Junta médica	00	00	00	00
Normas	82	77	2004	21	Lidio Centa				
Prontuário domiciliar	82	77	2004	21	Artigo	81	04	2004	21
Resolução CFM Nº 1529/98	82	77	2004	21	Limites				
Supervisão médica	82	77	2004	21	Cirurgião geral	82	82	2004	21
Intervivos					Cirurgião geral	84	196	2004	21
Transplante	82	86	2004	21	Cirurgião pediátrica	84	196	2004	21
José Alejandro Bullón					Limite de tempo de consulta				
Artigo	81	46	2004	21	Anti-ético	83	134	2004	21
Julgador Ético					Decisão de um prefeito	83	134	2004	21
Concorrência desleal	84	205	2004	21	Interferência indevida	83	134	2004	21
CRM	84	205	2004	21	Irresponsabilidade	83	134	2004	21
Prerrogativa legal	84	205	2004	21	Prerrogativa médica	83	134	2004	21
Junta Médica					Tempo de atendimento	83	134	2004	21
Administrativa/diagnóstica	82	68	2004	21	Local de trabalho				
Avaliação conjunta	82	68	2004	21	Ato administrativo	83	148	2004	21
Código de Ética	82	72	2004	21	Condições do local de trabalho	83	148	2004	21
Composição	82	68	2004	21	Consentimento do trabalhador	83	148	2004	21
Conceito	82	68	2004	21	Inspeção do CEMAST	83	148	2004	21
Conferência médica	82	68	2004	21	Laudos ou parecer técnico	83	148	2004	21
Especialidade	82	68	2004	21	Luiz Salvador de Miranda Sá Junior				
					Artigo	82	113	2004	21
					Artigo	82	119	2004	21

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Mansano, Fabiana Petrusche Niyama					Morte encefálica				
Artigo	84	179	2004	21	Crítérios	83	170	2004	21
Mapeamento cerebral					Indefinida antes de 7 dias de vida	83	170	2004	21
Ato médico	84	216	2004	21	Prematuros	83	170	2004	21
Erro de interpretação	84	216	2004	21	Resol. CFM nº 1480/97	83	170	2004	21
Especialista	84	216	2004	21	Nascimento, Monica de Andrade				
Habilitação	84	216	2004	21	Artigo	81	06	2004	21
Marcelo de Souza Tavares					Nascimento Sobrinho, Carlito Lopes				
Artigo	81	01	2004	21	Artigo	81	06	2004	21
Marcia Santos Sampaio					Necrópsia				
Artigo	81	06	2004	21	Contestação	84	189	2004	21
Marco Antonio Marques Ribeiro Bessa					Instituto Médico Legal	84	189	2004	21
Artigo	84	218	2004	21	Médico legista	81	36	2004	21
Marcos Flávio Gomes Montenegro					Negligência				
Artigo	84	220	2004	21	Aborto	81	42	2004	21
Artigo	84	227	2004	21	Normatização				
Mario Stival					Laudo de exame complementar	84	208	2004	21
Artigo	83	148	2004	21	Médico assistente	84	208	2004	21
Mastoplastia redutora					Proibição de sugestão padronizada	84	208	2004	21
Análise individual	84	238	2004	21	Sugestão pessoal ao médico	84	208	2004	21
Estética	84	238	2004	21	Obrigatoriedade				
Terapêutica	84	238	2004	21	Cadastramento	84	187	2004	21
Mauro Brandão Carneiro					Registro de empresas	84	187	2004	21
Artigo	81	46	2004	21	Oliveiros Guanais de Aguiar				
Artigo	83	127	2004	21	Artigo	82	87	2004	21
Medicamento					Artigo	82	115	2004	21
Conceito	84	203	2004	21	Artigo	83	172	2004	21
Medicina holística					Operadores de Saúde				
Conceito	83	131	2004	21	Agência Nac. Saúde Supl.	81	13	2004	21
Iridologia	83	131	2004	21	Depósito caução	81	13	2004	21
Massoterapia	83	131	2004	21	Ophthalmoscópio				
Parecer CRMPR nº 1361/01	83	131	2004	21	História	84	240	2004	21
Quiropatia	83	131	2004	21	Paciente				
Resol. CFM nº 1499/98	83	131	2004	21	Aidético	81	43	2004	21
Sem reconhecimento pela ANVISA	83	131	2004	21	Ato médico	84	211	2004	21
Terapia alternativa	83	131	2004	21	Cuidados	84	211	2004	21
Terapia holística	83	131	2004	21	Dificuldades	84	211	2004	21
Médico					Emergência	84	211	2004	21
Aidético	81	43	2004	21	Exame complementar	81	43	2004	21
Autonomia	81	06	2004	21	Limitação de leitos	84	211	2004	21
Cooperativa	81	06	2004	21	Limitação estrutural	84	211	2004	21
Deveres	81	01	2004	21	Responsabilidade	84	211	2004	21
Direitos	81	01	2004	21	Transferência	84	211	2004	21
Doença e doente	84	179	2004	21	Pagamento médico				
Equipe	81	01	2004	21	Cartões de desconto	82	84	2004	21
Exame complementar	81	43	2004	21	Honorários	82	84	2004	21
Perito	83	165	2004	21	Irregularidade	82	84	2004	21
Verdade	84	179	2004	21	Partilhar				
Ver ato médico	00	00	00	00	Verdade e doente	84	183	2004	21
Médico assistente					Pedro Pablo Magalhães Chacel				
Exame complementar	84	208	2004	21	Artigo	81	37	2004	21
Médico auditor					Artigo	82	74	2004	21
Auditoria	83	155	2004	21	Artigo	82	92	2004	21
Boletim de enfermagem	83	155	2004	21	Artigo	82	103	2004	21
Conduta	83	155	2004	21	Perícia médica				
Irregularidades no prontuário	83	155	2004	21	Ato médico	82	99	2004	21
Médico legista					Exercício	83	165	2004	21
Ato médico	81	36	2004	21	Habilitação	83	165	2004	21
Contestação de laudo	84	189	2004	21	Irregular no SUS	82	99	2004	21
Especialista	81	36	2004	21	Judicial	83	165	2004	21
Laudo pericial	81	36	2004	21	Perito	83	165	2004	21
Médico legista	81	36	2004	21	Programa de informática	82	99	2004	21
Médico residente					Qualificação	83	165	2004	21
Atuação cirúrgica	82	94	2004	21	Perito				
Co-responsabilidade	82	94	2004	21	Ato médico	81	36	2004	21
Treinamento presencial e sequencial	82	94	2004	21	Especialista	81	36	2004	21
Treinamento supervisionado	82	94	2004	21	Laudo médico	81	36	2004	21
Monica de Andrade Nascimento					Perito judicial				
Artigo	81	06	2004	21	Exercício	83	165	2004	21
Montenegro, Marcos Flávio Gomes					Habilitação	83	165	2004	21
Artigo	84	220	2004	21	Qualificação médica	83	165	2004	21
Artigo	84	227	2004	21	Pimentel, Alceu José Peixoto				
					Artigo	81	40	2004	21

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Pinheiro, Antonio Gonçalves					Princípio				
Artigo	82	84	2004	21	Cooperativa de trabalho médico	81	06	2004	21
Artigo	84	201	2004	21	Da objetivação	83	121	2004	21
Artigo	84	203	2004	21	Responsabilidade civil	83	121	2004	21
Artigo	84	238	2004	21	Programa de remuneração				
Plágio					Cartão de crédito	82	84	2004	21
Ver artigo	00	00	00	00	Custos/despesas/lucro	81	43	2004	21
Ver fraude	00	00	00	00	Eticidade	81	43	2004	21
Ver publicar	00	00	00	00	Individualizada	81	43	2004	21
Plantão					Limitação de exame complementar	81	43	2004	21
À distância	84	222	2004	21	Riscos	81	43	2004	21
Admissão	84	222	2004	21	Prontuário				
Autonomia	84	222	2004	21	Acesso de consulta	81	53	2004	21
Constrangimento	84	222	2004	21	Auditoria	81	53	2004	21
Corpo clínico	84	222	2004	21	Cópia	81	53	2004	21
Demissão	84	222	2004	21	Domiciliar	82	77	2004	21
Equipe de cirurgia cardíaca	84	213	2004	21	Irregularidades motivam denúncia	83	155	2004	21
Escala médica	84	222	2004	21	Perito	81	53	2004	21
Oficial	84	222	2004	21	Planos de saúde e similares	81	53	2004	21
Recurso	84	222	2004	21	Registro de remoção	81	17	2004	21
Regimento interno	84	222	2004	21	Remoção/transferência	81	17	2004	21
Resol. CFM nº 1481/97	84	222	2004	21	Retirada da Instituição	81	53	2004	21
Responsabilidade	84	222	2004	21	Prontuário domiciliar				
Plantão à distância					Atendimento domiciliar	82	77	2004	21
Plantão de sobreaviso	81	46	2004	21	Internação domiciliar	82	77	2004	21
Plantão de sobreaviso					Propaganda				
Acordo coletivo de trabalho	81	46	2004	21	Anúncio	82	61	2004	21
Conceito	81	46	2004	21	Autopromoção	82	61	2004	21
Disponibilidade	81	46	2004	21	Boletim	82	61	2004	21
Jornada de trabalho	81	46	2004	21	Codame	82	61	2004	21
Lei trabalhista	81	46	2004	21	Critério	82	61	2004	21
Lei nº 3999/61	81	46	2004	21	Divulgação	82	61	2004	21
Obrigatoriedade	81	46	2004	21	Entrevista	82	61	2004	21
Oficial	81	46	2004	21	Hospitais e Casa de Saúde	82	61	2004	21
Plantão à distância	81	46	2004	21	Médico	82	61	2004	21
Regimento interno	81	46	2004	21	Normatização	82	61	2004	21
Remuneração	81	46	2004	21	Placas	82	61	2004	21
Responsabilidade	81	46	2004	21	Proibições	82	61	2004	21
Plantão médico					Publicação	82	61	2004	21
Admissão	84	192	2004	21	Resolução CFM Nº 1701/2003	82	61	2004	21
Categoria de médico	84	192	2004	21	Sensacionalismo	82	61	2004	21
Contratação médica	84	192	2004	21	Psicanálise				
Demissão	84	192	2004	21	Atividade	84	218	2004	21
Normatização	84	192	2004	21	Especialidade	84	218	2004	21
Plantão	84	192	2004	21	Ética	84	218	2004	21
Previsão legal					Exercício	84	218	2004	21
Reforma regimental	84	192	2004	21	Profissão	84	218	2004	21
Regimento interno	84	192	2004	21	Sociedade Brasileira de Psiquiatria	84	218	2004	21
Plantão obstétrico					Psiquiatria				
À distância	83	153	2004	21	Psicanálise	84	218	2004	21
Emergência	83	153	2004	21	Publicação				
Quando deve atender	83	153	2004	21	Ver artigo e trabalho	00	00	00	00
Regulamento escrito	83	153	2004	21	Ver publicar	00	00	00	00
Portadores de AIDS					Publicar				
Responsabilidade do Órgão de Saúde	81	14	2004	21	Artigo	84	183	2004	21
Responsabilidade médica	81	14	2004	21	Excesso bibliográfico	84	183	2004	21
Sigilo	81	14	2004	21	Expansão do texto	84	183	2004	21
Pré-Hospitalar					Financiamento	84	183	2004	21
Atendimento	81	20	2004	21	Fragmentação	84	183	2004	21
Conceito	81	20	2004	21	Fraude	84	183	2004	21
Normas	81	20	2004	21	Literatura	84	183	2004	21
Profissionais	81	20	2004	21	Plágio	84	183	2004	21
Resolução	81	20	2004	21	Promoção	84	183	2004	21
Responsabilidade	81	20	2004	21	Proposta	84	183	2004	21
Prematuro					Qualidade	84	183	2004	21
Indefinição antes de 7 dias de vida	83	170	2004	21	Repetição do tema	84	183	2004	21
Morte encefálica	83	170	2004	21	Trabalho	84	183	2004	21
Prescrição a familiar					Raquete Rotta Burckewicz				
Auto-prescrição médica	83	139	2004	21	Artigo	83	141	2004	21
Cobrança	83	139	2004	21	Artigo	83	159	2004	21
Ética	83	139	2004	21	Artigo	84	225	2004	21
Medicamento	83	139	2004	21	Recusa de assistência				
					Legalidade	84	230	2004	21
					Solidariedade humana	84	230	2004	21

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Regulamentação					Roberto Freire				
Reconhecimento	84	201	2004	21	Artigo	84	229	2004	21
Yoga	84	201	2004	21	Roberto Luiz D'Ávila				
Relacionamento					Artigo	84	213	2004	21
Instituições de Saúde	81	01	2004	21	Rodrigo Orlando Nabuco Teixeira				
Interprofissional	81	01	2004	21	Artigo	82	72	2004	21
Reflexões	81	01	2004	21	Rubens dos Santos Silva				
Remoção					Artigo	84	208	2004	21
Ambulância	81	17	2004	21	Rúpollo, Wadir				
Condições técnicas	81	17	2004	21	Artigo	83	131	2004	21
Crianças	81	17	2004	21	Artigo	83	139	2004	21
Inter-hospitalar	81	17	2004	21	Artigo	84	211	2004	21
Paciente	81	17	2004	21	Sá Junior, Luiz Salvador de Miranda				
Prontuário	81	17	2004	21	Artigo	82	113	2004	21
Resolução CFM N° 1672/2003	81	17	2004	21	Artigo	82	119	2004	21
Riscos/cuidados	81	17	2004	21	Sampaio, Marcia Santos				
Transferência hospitalar	81	17	2004	21	Artigo	81	06	2004	21
Remuneração					Schuffner, Alessandro				
Cooperativa	81	43	2004	21	Artigo	81	04	2004	21
Custos/despesas/lucro	81	43	2004	21	Sedação anestésica				
Eticidade	81	43	2004	21	Analgesia	82	65	2004	21
Limitação de exame complementar	81	43	2004	21	Ato médico	82	65	2004	21
Médico individualizado	81	43	2004	21	Classificação	82	65	2004	21
Representantes do CRM/PR					Conceito/definição	82	65	2004	21
Eleitos para o CFM	83	123	2004	21	Equipamento	82	65	2004	21
Resol. CFM N° 1742/2004	83	123	2004	21	Médicos qualificados	82	65	2004	21
Reprodução					Normas	82	65	2004	21
Assistida	81	04	2004	21	Profenar	82	65	2004	21
Riscos	81	04	2004	21	Resolução CFM N° 1670/2003	82	65	2004	21
Reprodução assistida					Segredo Médico				
Ética	82	74	2004	21	Ver sigilo	00	00	00	00
Riscos	82	74	2004	21	Seguro de Saúde				
Soro discordantes para HIV	82	74	2004	21	Reprodução assistida	81	04	2004	21
Termo de consentimento informado	82	74	2004	21	Sensacionalismo				
Ver AIDS	00	00	00	00	Anúncio	82	61	2004	21
Requisição de exame laboratorial					Autopromoção	82	61	2004	21
Ato médico	83	163	2004	21	Codame	82	61	2004	21
Fisioterapia	83	163	2004	21	Conceito	82	61	2004	21
Ver exame laboratorial	00	00	00	00	Crítério	82	61	2004	21
Resolução CFM					Divulgação	82	61	2004	21
N° 44/2003 (depósito caução)	81	13	2004	21	Entrevista	82	61	2004	21
N° 1665/2003 (AIDS)	81	13	2004	21	Hospitais e Casa de Saúde	82	61	2004	21
N° 1672/2003 (remoção de paciente)	81	17	2004	21	Médico	82	61	2004	21
N° 1671/2003 (atendimento pré-hospitalar)	81	20	2004	21	Normatização	82	61	2004	21
N° 1701/2003 (propaganda)	82	61	2004	21	Placas	82	61	2004	21
N° 1742/2004 (representantes do Paraná no CFM)	83	123	2004	21	Proibição	82	61	2004	21
N° 1723/2004 (Centro de Pesquisas e Documentação)	83	127	2004	21	Propaganda	82	61	2004	21
N° 1455/95 (acupuntura)	84	186	2004	21	Resolução CFM N° 1701/2003	82	61	2004	21
N° 1722/2004 (prestação de serviços)	84	187	2004	21	Serviços médicos				
Resolução CRM/PR					Cadastro de pessoa jurídica	84	187	2004	21
N° 130/2004 (Delegacias)	83	125	2004	21	Diretor técnico	84	187	2004	21
Responsabilidade					Empresas cadastradas no CRM	84	187	2004	21
Instituições de saúde	81	14	2004	21	Empresas registradas no CRM	84	187	2004	21
Médica	81	14	2004	21	Inscrição obrigatória	84	187	2004	21
Portadores de Aids	81	14	2004	21	Prestação de trabalho	84	187	2004	21
Responsabilidade médica					SIDA				
Dano	83	121	2004	21	Ver AIDS	00	00	00	00
Estrutura hospitalar	83	121	2004	21	Ver HIV	00	00	00	00
Retroversão uterina					Ver resolução	00	00	00	00
Fisioterapia	81	37	2004	21	Ver Responsabilidade	00	00	00	00
Terapêutica não científica	81	37	2004	21	Sigilo				
Ricardo Fróes Camarão					Continuidade do processo	82	103	2004	21
Artigo	82	89	2004	21	Processo em doença incapacitante	82	103	2004	21
Artigo	82	111	2004	21	Sigilo médico				
Artigo	82	117	2004	21	Agentes de vigilância sanitária	83	148	2004	21
Ricardo José Baptista					CEMAST	83	148	2004	21
Artigo	82	87	2004	21	Condições do local de trabalho	83	148	2004	21
Artigo	84	201	2004	21	Consentimento do trabalhador	83	148	2004	21
					Inspeção do local de trabalho	83	148	2004	21
					Trabalhador	83	148	2004	21
					Ver segredo	00	00	00	00
					Silva, Rubens dos Santos				
					Artigo	84	208	2004	21
					Silva, Solimar Pinheiro da				
					Artigo	83	165	2004	21

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Simultânea					Suspender assistência médica				
Analgesia de parto	82	87	2004	21	Ausência de vagas	83	150	2004	21
Proibição	82	87	2004	21	Centrais de regulação de urgência	83	150	2004	21
Soares, Hécio Bertolozzi					Condições de emergência	83	150	2004	21
Artigo	83	145	2004	21	Condições mínimas de trabalho	83	150	2004	21
Artigo	83	153	2004	21	Condições técnicas	84	230	2004	21
Artigo	83	161	2004	21	Evitar atendimento	83	150	2004	21
Artigo	84	201	2004	21	Gestor do sistema	84	230	2004	21
Sobreaviso					Legalidade	83	150	2004	21
Acordo coletivo de trabalho	81	46	2004	21	Legalidade de recusa	84	230	2004	21
Conceito	81	46	2004	21	Obrigatoriedade	83	150	2004	21
Disponibilidade	81	46	2004	21	Portaria nº 814/GM (emergência)	83	150	2004	21
Jornada de trabalho	81	46	2004	21	Recusa de atendimento	84	230	2004	21
Lei trabalhista	81	46	2004	21	Remuneração condigna	83	150	2004	21
Lei nº 3999/61	81	46	2004	21	Sucateamento	83	150	2004	21
Obrigatoriedade	81	46	2004	21	Urgência	84	230	2004	21
Oficial	81	46	2004	21	Ver Unimed	00	00	00	00
Plantão à distância	81	46	2004	21	Tavares, Marcelo de Souza				
Regimento interno	81	46	2004	21	Artigo	81	01	2004	21
Remuneração	81	46	2004	21	Tecnologia de Enriquecimento				
Responsabilidade	81	46	2004	21	Espermatozoide	82	92	2004	21
Solicitação de exame					Escola de sexo	82	92	2004	21
Alta complexidade	81	40	2004	21	Ética	82	92	2004	21
Direito do paciente	81	40	2004	21	Teixeira, Rodrigo Orlando Nabuco				
Ética	81	40	2004	21	Artigo	82	72	2004	21
Fila	81	40	2004	21	Tempo de consulta				
Médico não pertencente ao SUS	81	40	2004	21	Anti-ético	83	134	2004	21
Médico particular	81	40	2004	21	Ato médico	83	134	2004	21
Ver exame complementar	00	00	00	00	Interferência indevida	83	134	2004	21
Solidariedade humana					Irresponsabilidade	83	134	2004	21
Recusa de assistência	84	230	2004	21	Prefeitura estabelece	83	134	2004	21
Suspender assistência	84	230	2004	21	Prerrogativa médica	83	134	2004	21
Solimar Pinheiro da Silva					Ver consulta	00	00	00	00
Artigo	83	165	2004	21	Terapêutica				
Artigo	84	205	2004	21	Não científica	81	37	2004	21
Soro discordante					Ver terapia alternativa	00	00	00	00
Fertilização "in vitro"	82	74	2004	21	Terapêutica estética injetável				
HIV	82	74	2004	21	Enfermeiro	84	203	2004	21
Reprodução assistida	82	74	2004	21	Profissional não médico	84	203	2004	21
Riscos	82	74	2004	21	Toxina botulínica	84	203	2004	21
Termo de consentimento informado	82	74	2004	21	Transferência de delegação	84	203	2004	21
Souza, Eliane de					Terapia alternativa				
Artigo	82	68	2004	21	Conceito	83	145	2004	21
Artigo	82	70	2004	21	Curso livre	83	145	2004	21
Souza, Francisco A.C.R.					Diagnóstico clínico	83	145	2004	21
Artigo	81	46	2004	21	Ver terapêutica	00	00	00	00
Souza Filho, Zacarias Alves de					Termo de consentimento esclarecido				
Artigo	82	94	2004	21	Causalidade	83	171	2004	21
Artigo	83	155	2004	21	Código de defesa do consumidor	83	171	2004	21
Artigo	83	157	2004	21	Consumidor/doente	83	171	2004	21
Stival, Mario					Documento escrito	83	171	2004	21
Artigo	83	148	2004	21	Informado	83	171	2004	21
Supervisor ético					Responsabilidade do meio	83	171	2004	21
Assembleia Geral das Nações					Responsabilidade subjetiva	83	171	2004	21
Unidas	84	205	2004	21	Riscos	83	171	2004	21
CRM	84	205	2004	21	Termo de consentimento informado				
Dever de ofício	84	205	2004	21	Esclarecido	82	74	2004	21
Julgador, disciplinador	84	205	2004	21	Reprodução assistida	82	74	2004	21
Prerrogativa legal	84	205	2004	21	Soro discordantes para HIV	82	74	2004	21
SUS					Trabalho				
Assistência médica	84	230	2004	21	Ver artigo	00	00	00	00
Direito do paciente	81	43	2004	21	Transferência de paciente				
Emergência	84	230	2004	21	Ato médico	84	211	2004	21
Fila	81	43	2004	21	Cuidados	84	211	2004	21
Médico particular	81	43	2004	21	Dificuldades	84	211	2004	21
Recusa de assistência	84	230	2004	21	Emergência	84	211	2004	21
Responsabilidade do gestor	84	230	2004	21	Limitação de leitos	84	211	2004	21
Solicitação de exame	81	43	2004	21	Limitação estrutural	84	211	2004	21
Suspender assistência	84	230	2004	21	Responsabilidade	84	211	2004	21
Ver Unimed	00	00	00	00	Transplante de fígado				
					Intervivos	82	86	2004	21
					Justiça autoriza	82	86	2004	21

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Transplante de intestinos					Programa de remuneração individualizada	81	43	2004	21
Fígado	82	86	2004	21	Responsabilidade do dir. técnico	81	14	2004	21
Justiça autoriza	82	86	2004	21	Ver SUS	00	00	00	00
Transplante de medula					Uso limitado do misoprostol				
Geração de irmã	83	123	2004	21	Abortivo	83	141	2004	21
Gestação salvadora	83	123	2004	21	Portaria nº 344/98 (Instrução Normativa Vigil. Sanitária)	83	141	2004	21
Seleção de embrião	83	123	2004	21	Prescrição em prontuário	83	141	2004	21
Transporte					Uso indevido	83	141	2004	21
Ambulância	81	17	2004	21	Verdade				
Condições técnicas	81	17	2004	21	Médico e doente	84	179	2004	21
Crianças	81	17	2004	21	Partilhar	84	179	2004	21
Cuidados	84	211	2004	21	Wittig, Ehrenfried Othmar				
Inter-hospitalar	81	17	2004	21	Cadeira de otorrinolaringologia	81	60	2004	21
Paciente	81	17	2004	21	Mesa cirúrgica de 1916	82	120	2004	21
Prontuário	81	17	2004	21	Ophtalmoscópio	84	240	2004	21
Remoção	81	17	2004	21	Place de Gréve	84	240	2004	21
Resolução CFM Nº 1672/2003	81	17	2004	21	Zacarias Alves de Souza Filho				
Riscos	81	17	2004	21	Artigo	82	94	2004	21
Transferência hospitalar	81	17	2004	21	Artigo	83	155	2004	21
Tratamento neoplásico					Artigo	83	157	2004	21
Acompanhamento terapêutico	84	227	2004	21	Wadir Rúpollo				
Alta ou seqüência	84	227	2004	21	Artigo	83	131	2004	21
Conceito pós-alta	84	227	2004	21	Artigo	83	139	2004	21
Cura	84	227	2004	21	Artigo	84	211	2004	21
Tratamento evolutivo	84	227	2004	21	Yoga				
Urgência					CFM	84	201	2004	21
Atendimento pré-hospitalar	81	20	2004	21	Educação Física	84	201	2004	21
Centros de capacitação	81	20	2004	21	Fisioterapia	84	201	2004	21
Procedimento	81	01	2004	21	Reconhecimento	84	201	2004	21
Profissionais participantes	81	20	2004	21	Regulamentação	84	201	2004	21
Unimed									
Assistência a AIDS	81	14	2004	21					
Cooperativa de trabalho médico	81	06	2004	21					
Depósito caução	81	13	2004	21					
Limitação de exame complementar	81	43	2004	21					

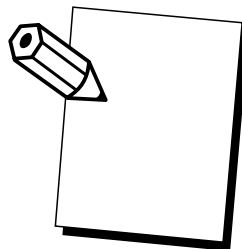
Consulte o Índice Remissivo de todos os "Arquivos"
biblioteca@crmpr.org.br
www.crmpr.org.br
0xx41 240-4000

COLEGA

*NÃO PRESENTEIE COM
ÁLCOOL OU TABACO.*

SEJA CRIATIVO.

*VOCÊ TAMBÉM É
RESPONSÁVEL.*



Fone 0 xx 41 - 240-4000
Fax 0 xx 41 - 240-4001
e-mail: crmpr@crmpr.org.br

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

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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

RUA VICTÓRIO VIEZZER, 84 - VISTA ALEGRE - CAIXA POSTAL 2.208
CEP 80810-340 - CURITIBA - PR - FONE (041) 240-4000 - FAX (041) 240-4001

FORMULÁRIO PARA ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO

Médico(a): CRM/PR

Favor assinalar o endereço onde deseja receber as correspondências:

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

Município: UF: CEP:

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

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

Município: UF: CEP:

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

Endereço eletrônico:

Permite a divulgação do seu endereço para terceiros?

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

Observações:

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

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