

ISSN 0104 - 7620

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 24	n. 94	p. 61-124	Abr/Jun.	2007
---------------------------	----------	-------	-------	-----------	----------	------

EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Donizetti D. Giamberardino Filho Ehrenfried O. Wittig Gerson Z. Martins
Hélcio Bertolozzi Soares Hernani Vieira João M. C. Martins Luiz Sallim Emed

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

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

ENDEREÇOS

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 e
Comissão de Qualificação Profissional: cqp@crmpr.org.br
Comissão de Atualização Cadastral de E-mails: correio@crmpr.org.br
Assessoria de Imprensa: imprensa@crmpr.org.br
Biblioteca: biblioteca@crmpr.org.br
Home-Page www.crmpr.org.br
Postal Caixa Postal 2208
Telefone 0 xx 41 3240-4000
Fax 0 xx 41 3240-4001

CFM

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

TIRAGEM

16.500 exemplares

CAPA

Criação: José Oliva, Eduardo Martins e Cesar Marchesini

Fotografia: Bia

DIGITAÇÃO

Marivone S. Souza - (0xx41) 3338-5559

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

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

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

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

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

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

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

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

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

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

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

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

ÍNDICE REMISSIVO

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos 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. 24, n.94, 2007 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

RESOLUÇÃO

É Vedado ao Médico a Colocação de CID e Tempo de Doença em Guias de Consulta e Exames de Operadoras de Planos de Saúde

CFM 61

PARECERES

Tempo de Consulta e Intervalo Inter-atendimento

Luiz Ernesto Pujol 63

Alta de Paciente Por Recusa de Internação

Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho 65

Dosagem de Femproporex

Mônica de Biase Wright Kastrup 67

Central de Atendimento Solicita Relatório Com Identificação Nominal de Pacientes Internados na UTI

Antônio Celso Cavalcanti de Albuquerque 69

Doença de Notificação Compulsória Deve Ser Notificada Também Pelos Profissionais de Laboratório

Célia Inês Burgardt 71

Residência Médica em Angiologia, Título de Especialista e Registro da Área de Atuação

Alexandre Gustavo Bley 73

Ecografia, Registro do Título de Especialista e Área de Atuação

Romeu Bertol 77

Não Deve o Médico Sugerir no Laudo de um Exame Complementar de Imagem, a Repetição Como Controle ou Esclarecimento

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke 79

Ecstasia Venosa e a Cirurgia Sem Indicação

Alexandre Gustavo Bley 81

Indicação de Luz Pulsada (LIP), é de Responsabilidade Médica

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke 83

Acúmulo de Funções

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke 85

Fisioterapeutas e Fonoaudiólogos Como Peritos Judiciais

Mário Stival 87

Fator Redutor de Desconto de Honorários Médicos é Antiético

Donizetti Dimer Giamberardino Filho 91

Quem Pode Coletar Sangue Para a Gasometria Arterial?

Roseni T. Florêncio 95

Revelação de Diagnóstico de Paciente Psiquiátrico HIV Positivo, Com o Intuito de Evitar a Contaminação Dos Demais Pacientes Internados

Célia Inês Burgardt 98

Transferência Intra-Hospitalar de Paciente Para Outro Médico Assistente

Marco Antonio do S. M. Ribeiro Bessa 101

Indicação de Farmácia Pelo Médico Cooperado da UNIMED

Zacarias Alves de Souza Filho 103

Uso de Desfibriladores Automáticos Externos

Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho 105

A Quem Cabe o Atendimento Clínico em Hospital Psiquiátrico?

Raquel Rotta Burkiewicz 107

Responsabilidade do Cirurgião à Assistência de Paciente no Pós-Operatório em Turno de 24 Horas Semanais

Carlos Edmundo Rodrigues Fontes 109

NOTAS DA IMPRENSA

Empresas Operadoras de Saúde Não Poderão Mais Exigir CID Para Realização de Exames

○ Estado de São Paulo 112

Escolha de Terapia é do Médico e Não do Plano de Saúde

○ Estado de São Paulo 113

Auto-Hemoterapia: Anvisa Divulga Nota Técnica Alertando Para Ilegalidade do Procedimento

Anvisa e Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia 116

Injeção de Sangue Vira Mania no País e Preocupa Médicos

○ Estado de São Paulo 117

Uma Visão Antropológica do Aborto

MídiaSemMascara.org 119

HISTÓRIA DA MEDICINA

Balança Analítica de Precisão de 1940

Ehrenfried Othmar Wittig 124

TEMPO DE CONSULTA E INTERVALO INTER-ATENDIMENTO

Luiz Ernesto Pujol*

EMENTA - Legal e éticamente somente ao médico assistente cabe determinar o tempo de atendimento ao doente durante consulta médica.

Palavras-chave: tempo de consulta, intervalo inter-consulta, autonomia médica, responsabilidade

LENGTH OF APPOINTMENT AND INTERVAL IN BETWEEN MEDICAL CARE

Key words: length of appointment, interval between appointments, medical autonomy, responsibility

CONSULTA

Trata-se de consulta formulada pela funcionária do Instituto de Ação Social do Paraná, com o seguinte teor:

“O Instituto de Ação Social do Paraná – IASP é responsável por Unidades de Sócio-Educação, que desenvolvem ações sócio-educativas para o adolescente autor de ato infracional, conforme estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Vimos por meio desta sanar uma dúvida com relação à existência de legislação que mensure o tempo despendido em cada consulta, e ainda um suposto intervalo obrigatório de 15 minutos entre uma consulta e outra.

Temos em nosso quadro profissionais da área médica em regime de 20 horas semanais (04 horas diárias), um destes profissionais tem alegado o intervalo descrito, porém por apresentarmos um quadro reduzido de profissionais tal atitude tem representado um comprometimento severo no atendimento aos adolescentes.

Sem mais para o momento, aguardo suas orientações”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Inexiste lei que especifique estar o médico sujeito a disponibilizar um tempo pré-determinado ao atendimento dos doentes sob sua responsabilidade, ou seja

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

submeter-se à cronometragem de suas consultas médicas. Por ser o paciente o alvo de toda a atenção do médico e a este caber submetê-lo a anamnese e exame físico completo, o tempo de consulta sofrerá variações inerentes às queixas e aos sinais físicos apresentados pelo doente.

Instituições junto as quais o médico presta serviço não podem subordinar o trabalho destes profissionais à quantidade de atendimentos em detrimento da qualidade, o que, se ocorrer certamente acarretará comprometimento dos resultados almejados pelos doentes e pelos seus médicos.

Neste sentido o Código de Ética Médica em seu Artigo 8º bem caracteriza esta situação ao determinar “O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção do seu trabalho”.

O alegado intervalo obrigatório de 15 minutos entre uma consulta e outra, da mesma forma já exposta, não encontra respaldo ético e legal.

CONCLUSÃO

As diretorias de Instituições públicas ou privadas devem priorizar a humanização do atendimento médico não delimitando tempo às consultas médicas, mesmo porque queixas inocentes podem representar eminente agravo à saúde com conseqüências maléficas e até mesmo fatais.

Os médicos que desenvolvem trabalho sério nestas Instituições devem ser respeitados em suas prerrogativas de bem atender as necessidades de seus pacientes pois arcam com as responsabilidades éticas e legais de seus atos.

O relacionamento entre os médicos e as diretorias destas Instituições deve ser pautado pelo que determina o Artigo 18 do Código de Ética Médica “As relações do médico com os demais profissionais em exercício na área de saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um buscando sempre o interesse e o bem estar do paciente”.

É o parecer.

Curitiba, 04 de dezembro de 2006.

Luiz Ernesto Pujol
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 122/2006
Parecer CRMPR N°. 1800/2006
Parecer Aprovado N° 1854 - Câmara III
Sessão Plenária de 11/12/2006

ALTA DE PACIENTE POR RECUSA DE INTERNAÇÃO

Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho*

EMENTA - Afirma que se o paciente, de plena posse de suas faculdades mentais, recusar internação, o médico deve liberá-lo, salvo nos casos de iminente perigo de vida. Recomenda que seja procurado o responsável pelo paciente nos casos em que o médico julgá-lo incapaz de dispor sobre si. Constata os procedimentos que o médico deve seguir em situações nas quais se configure a alta a pedido em situações normais ou em feriados ou fora do expediente ambulatorial

Palavras-chave: pedido de alta, normativa, decisão consciente, recusar internação, perigo de vida, análise individual

PATIENT DISCHARGE DUE TO HIS REFUSAL TO BE HOSPITALIZED

Key words: discharge request, norms, conscious decision, patient refusing hospitalization, life risk, individual analysis

CONSULTA

A consulta é formulada pela médica, Assessora Jurídica, e pelo Engenheiro, Diretor Executivo do Hospital, com o seguinte teor:

“O Hospital, vem por meio desta solicitar, de forma expressa e formal, manifestação deste Conselho Regional de Medicina, a posição acerca da matéria que perfaz a rotina de toda e qualquer instituição hospitalar, qual seja, a solicitação de alta pelo próprio paciente e ou familiar. Portanto tendo por escopo a legislação vigente bem como garantias que possam nos resguardar, tendo-se em vista a realidade dos dias que se seguem, reiteramos a solicitação ainda a máxima celeridade possível para tal informação”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

É esclarecedor que o direito de quem quer que seja de “ir” e “vir” é fundamental e inquestionável.

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

Está claro que a instituição hospitalar deve documentar fartamente a decisão do paciente, quanto a sair do hospital. É cautela legal indispensável. Por outro lado, a exceção prevista no Código de Ética Médica para que o médico possa intervir contrariamente à vontade do paciente, em situações de “iminente perigo a vida” (art. 56), refere-se, “data vênica”, a uma possibilidade, e não a uma obrigação. É vedado ao médico “Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em iminente perigo de vida”.

Exceção, isto sim, por força de jurisprudência a respeito é a situação de crianças, quando uma ordem judicial autoriza o médico a intervir para salvar a vida da paciente.

Assim cada situação de solicitação de alta a pedido deverá ser analisada no seu contexto, respeitando-se a autonomia do paciente (com sua capacidade para decidir), com a gravidade do seu agravo de saúde.

É o parecer.

Curitiba, 31 de Julho de 2006.

Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N° 51/2006
Parecer CRMPR N° 1766/2006
Parecer Aprovado N° 1830 - Câmara IV
Sessão Plenária de 02/10/2006

DOSAGEM DE FEMPROPOREX

Mônica de Biase Wright Kastrup*

EMENTA - Dosagem de Femproporex – Res. N° 1477/97 CFM – Portaria 344/98 Anvisa

Palavras-chave: femproporex, dosagem, prescrição, monodrogas, prescrição incorreta

PHENPROPOREX DOSAGE

Key words: phenproporex, dosage, prescription, generic name, wrong prescription

CONSULTA

Trata-se de consulta formulada por uma senhora a este Conselho Regional de Medicina, solicitando informações a respeito das dosagens autorizadas para a prescrição do anorexígeno femproporex.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A respeito do assunto tenho a aduzir:

Femproporex é droga anorexígena e, como tal, sua prescrição é regida pela Res. 1477/97 do CFM e pela Port. 344/98 da Anvisa, nas quais não consta uma dosagem oficialmente permitida e segura para sua prescrição.

Na Port. 344/98 – ANVISA, há orientação para que sejam consultadas as literaturas nacional e internacional oficialmente reconhecidas sobre o assunto, que constam do anexo XIV da referida Portaria que relaciona:

- Farmacopéia Brasileira,
- Farmacopéia Britânica
- Farmacopéia Européia
- Farmacopéia Nórdica
- Farmacopéia Japonesa
- United States Pharmacopeia – USP
National Formulary
- Martindale, William
Extra Pharmacopeia
- Dictionaire Vidal

* Conselheira Parecerista CRM/PR.

- Editores do Vidal
- Remington Farmácia
 - Editorial Médica Panamericana
 - USP DI Informacion de Medicamentos
 - Washington OPAS

Cumpre-nos informar, entretanto, que não há menção de dose oficialmente recomendada para o Femproporex na edição de 2006 do Martindale e nem em qualquer outra literatura oficial supra citada. A única referência está na edição de 1996, que recomenda as doses entre 20 e 25 mg/dia.

O Consenso Latino Americano de Obesidade, reunido no Rio de Janeiro em 2004, recomenda 20 a 50 mg/dia. Entretanto, esta não é literatura oficialmente reconhecida pela Portaria 344/98.

A Resolução N° 1477/97 CFM não faz menção a doses, proíbe apenas associações de drogas, nos mesmos termos que a Portaria 344, e recomenda o uso de substâncias anorexígenas apenas como monodrogas.

O Conselho Regional de Medicina – PR em trabalho conjunto com o Conselho Regional de Farmácia, as Vigilâncias Sanitárias (Municipal de Curitiba e Estadual) e o Ministério Público, vem orientando médicos, farmacêuticos e a população em geral para a prescrição correta de anorexígenos.

A respeito da “cartilha” citada, informamos que está sendo elaborada por este CRM, em conjunto com o Conselho Regional de Farmácia, ABESO (Associação Brasileira do Estudo da Obesidade) e SBEM-PR (Sociedade Brasileira de Endocrinologia Metabologia Regional do Paraná), uma orientação completa aos médicos, para consulta e para evitar possíveis problemas futuros.

Nossa intenção é distribuir esta cartilha aos cerca de 20.000 médicos ativos no Paraná, além de a todas farmácias e aos órgãos governamentais colaboradores. Portanto, a Drogamed será contemplada em tempo oportuno, assim que esta publicação esteja disponível.

É o parecer.

Curitiba, 6 de outubro de 2006.

Mônica de Biase Wright Kastrup
Cons^a. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 89/2006
Parecer CRMPR N°. 1776/2006
Parecer Aprovado N° 1833
Sessão Plenária de 16/10/2006

CENTRAL DE TRANSPLANTES SOLICITA RELATÓRIO COM IDENTIFICAÇÃO NOMINAL DE PACIENTES INTERNADOS NA UTI

Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque*

Palavras-chave: central de transplantes, comissão intra-hospitalar de transplante, relatório de pacientes de UTI, identificação nominal

TRANSPLANT CENTER REQUIRES REPORT WITH NOMINAL IDENTIFICATION OF PATIENTS HOSPITALIZED IN THE ICU

Key words: transplant center, intra-hospital transplant commission, report of ICU patients, nominal identification

CONSULTA

O Gerente Médico, de Hospital, formula consulta a este Conselho Regional de Medicina, nos seguintes termos:

"...O Hospital tem em sua constituição Comissão Intra-Hospitalar de Transplante, em atividade, devidamente reconhecida pela autoridade de saúde do Estado.

Recentemente fomos surpreendidos por determinação da central Estadual de Transplantes com solicitação de relatório diários de pacientes internados em UTI com identificação de nome, idade, sexo e diagnóstico, bem como relatório de óbitos, quinzenais, com o mesmo conteúdo (anexos 1 e 2), com base em Resolução SESA 0466/2005 (anexo 3).

Tal resolução pretende pautar-se nos artigos 13 e 22, da Lei Federal 9434, de 4 de fevereiro de 2006, abaixo transcritos (o artigo 3º foi adicionado tendo em vista sua citação no artigo 22).

Considerando não termos conseguido alcançar nexos entre a Resolução referida e os artigos da lei usados para sua fundamentação;

Considerando a existência de dispositivos do Código de Ética Médica e Resolução específica do CEM quanto a segredo médico e a necessidade de cuidados específicos no que diz respeito a informações sobre pacientes e seus diagnósticos (Res. CFM 1605/2000; CFM 1614/2001; CEM art. 108);

* Consultor Jurídico CRMPR.

Vimos, respeitosamente, solicitar parecer específico deste Colendo Conselho que respalde, ou não, o cumprimento das solicitações referidas...”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Após análise da referida consulta, temos a aduzir o que segue:

Verificando o texto da Lei n.º 9434, de 04 de fevereiro de 1997, não nos parece que a mesma esteja pretendendo que os médicos infringam o segredo médico, quando pleiteia sejam enviados à Comissão Intra-Hospitalar de Transplante, os relatórios que exige.

No caso, o que se pretende é controlar a realização desses procedimentos em benefício da coletividade. Destarte, não há sigilo a ser preservado e ademais, como se trata de prescrição legal, persiste então o dever legal da informação.

É o parecer.

Curitiba, 28 de março de 2006.

Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque
Consultor Jurídico

Processo-Consulta CRMPR N.º 52/2006
Parecer CRMPR N.º 1746/2006
Parecer Aprovado N.º 2476 - Câmara I
Sessão Plenária de 26/06/2006

“O que é combinado não sai caro.”

DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DEVE SER NOTIFICADA TAMBÉM PELOS PROFISSIONAIS DE LABORATÓRIO

Célia Inês Burgardt*

EMENTA - Notificação de doenças- Responsabilidade de Notificação – Conduta ética.

Palavras-chave: notificação compulsória, doenças, profissional de laboratório, vigilância epidemiológica

DISEASES OF COMPULSORY NOTIFICATION SHOULD ALSO BE NOTIFIED BY LABORATORY PROFESSIONALS

Key words: compulsory notification, diseases, laboratory professional, epidemiological vigilance

CONSULTA

O médido, solicita parecer nos seguintes termos:

“Sou médico patologista. No caso das doenças que são de Notificação obrigatória, algumas vezes faço diagnóstico histológico das mesmas e envio laudo para o clínico responsável pelo paciente. Eu sempre acho que ele é quem deve fazer a notificação, mas nunca verifiquei se isto é o que realmente acontece. O procedimento correto é mesmo desta forma, ou o anatomopatologista (e, por semelhança, o patologista clínico) é quem deveria fazer a notificação?”

FUNDAMENTAÇÃO E ANÁLISE

Existe a Portaria Nº 5 de 21 de fevereiro de 2006, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, que inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos.

Neste documento no seu artigo 5º, encontramos:

“Os profissionais de saúde no exercício de sua profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e

* Conselheira Parecerista CRMPR.

ensino, em conformidade com a Lei N° 6259 de 30 de outubro de 1955, são obrigados a comunicar aos gestores do Sistema Único de Saúde – SUS a ocorrência de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas no anexo I, II e III desta portaria”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Toda vez que um médico no exercício de sua profissão suspeitar ou confirmar casos de doença listada como de notificação compulsória deve notificar a Vigilância Epidemiológica de sua localidade para que este órgão desencadeie as ações necessárias, corretivas ou preventivas.

A responsabilidade da notificação não se limita ao médico clínico do paciente, em muitos casos são os profissionais de laboratório que primeiro tomam conhecimento do diagnóstico, desta forma devem também realizar a notificação.

Não há problema de que ocorra mais de uma notificação do mesmo caso, pelo contrário, desta forma se garante que nenhum caso será perdido.

É o parecer.

Curitiba, 21 de setembro de 2006.

Célia Inês Burgardt
Cons^o Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N° 54/2004
Parecer CRMPR N° 1764/2006
Parecer Aprovado N° 1826 - Câmara I
Sessão Plenária de 25/09/2006

QUESTÕES ÉTICAS REFERENTES A DESCRIÇÃO E ASSINATURA EM CIRURGIAS PELO CIRURGIÃO E AUXILIAR

Romeu Bertol*

EMENTA - É vedada a inclusão de nomes de profissionais que não participaram de ato médico para fins de cobrança- Cirurgião titular deve definir equipe cirúrgica, Resolução CFM 1490/98 artigos 1º, 2º e 4º.

Palavras-chave: ato cirúrgico, cirurgião e auxiliar, descrição e assinatura, ato médico, responsabilidade de execução, inclusão irregular de nome

ETHICAL ISSUES RELATED TO THE DESCRIPTION AND SIGNATURE OF SURGERIES BY SURGEON AND ASSISTANT

Key words: surgical action, surgeon and assistant, description and signature, medical action, responsibility of execution, irregular inclusion of name

CONSULTA

Trata-se de consulta formulada por médico com o seguinte teor:

Solicito esclarecimentos e orientação a respeito da situação que se segue: Colega (A) realiza cirurgia e é auxiliado por colega (B). Obs. Em cirurgia oftalmológica, o 1º auxiliar tem desempenho mínimo.

Colega (C) permanece no centro cirúrgico, mas em nenhum momento participa do ato cirúrgico.

Após o ato cirúrgico, são feitos 3 relatórios:

- descrição da cirurgia pelo cirurgião.

- descrição da anestesia com nomes do cirurgião e auxiliar.

- descrição da enfermagem com os nomes do cirurgião e auxiliar.

É correto ou ético, ou aceitável, o cirurgião (A) constar como auxiliar e o auxiliar (B) constar como cirurgião?

É correto e ou ético, ou aceitável, o auxiliar (C), constar como 2º auxiliar?

É correto e ou ético, ou aceitável, o auxiliar (B), constar como cirurgião e o auxiliar (C), como auxiliar?

Em caso hipotético de um processo judicial, nas condições acima, qual seria o posicionamento do CRM?

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A Resolução CFM N° 1490/1998 contém em seu texto as orientações solicitadas pelo consulente. Sua leitura ajudará no esclarecimento das dúvidas elencadas, mais ainda, os art. 33 e 88 do CEM dizem respectivamente ser vedado ao médico “assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou efetivamente” e “permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico, para efeito de cobrança de honorários”. Ao Conselho Regional de Medicina do Paraná cabe fiscalizar o cumprimento das normas estabelecidas no Código de Ética Médica.

É o parecer.

Curitiba, 08 de setembro de 2006.

Romeu Bertol
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 64/2004
Parecer CRMPR N°. 1780/2006
Parecer Aprovado N° 1848
Sessão Plenária de 27/11/2006

ESPAÑA

ANESTESISTA QUE CONTAMINOU 275 É CONDENADO À PENA MÁXIMA

Madri – A Espanha condenou ontem o anestesista Juan Maeso Velez, 65 anos, por contaminar 275 pacientes com o vírus da hepatite C em quatro hospitais de Valença entre 1988 e 1997. Dos 275 infectados, quatro morreram.

Apesar de ter sido condenado a 1.993 anos de prisão, a pena máxima cumprida na Espanha é de 20 anos. Ele terá ainda de pagar indenização de 1 milhão de euros às vítimas.

O caso, que ficou conhecido na Espanha como “Caso Maeso”, veio à tona em 1998, quando descobriu-se que pessoas que haviam sido submetidas a cirurgias em diferentes hospitais de Valença haviam contraído o vírus da hepatite C. Após meses de investigação, a polícia achou um elo entre os diferentes casos: o anestesista das cirurgias, que era Maeso.

A Justiça afirma que Maeso deixou um “rastros de vírus” em vários hospitais ao utilizar a mesma agulha que usava para injetar ópio em si mesmo para sedar pacientes submetidos a cirurgias. Maeso, que era viciado em morfina, é portador do vírus da hepatite C, que pode causar problemas crônicos no fígado. Ele negou saber que tinha a doença.

Transcrito da Gazeta do Povo, 16/05/2007.

RESIDÊNCIA MÉDICA EM ANGIOLOGIA, TÍTULO DE ESPECIALISTA E REGISTRO DA ÁREA DE ATUAÇÃO

Alexandre Gustavo Bley*

EMENTA - Prova para Área de atuação - Exercício Profissional – Necessidade de Título de Especialista – Resolução N° 1634/2002.

Palavras-chave: título de especialista, angiologia, registro, área de atuação, necessidade legal, habilitação

VASCULAR SURGERY RESIDENCY, TITLE OF SPECIALIST AND REGISTRATION IN THE AREA OF ACTIVITY

Key words: title of specialist, angiology, registration, area of activity, legal need, qualification

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, médico formula consulta com o seguinte teor:

“Fiz residência médica em Angiologia e Cirurgia Vascular na cidade de Marília, sendo um serviço credenciado pela Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV). Na sua formação teve treinamento em doppler vascular e em hemodinâmica. Realizou também, curso de doppler vascular e estágio em clínica particular. Atualmente o médico mora em cidade do interior e nesta realiza exames de doppler vascular para vários convênios. Resolveu fazer a prova de área de atuação em doppler vascular, sendo que sua inscrição não foi aceita sob a alegação de que o seu título não estava registrado na Associação Médica Brasileira (AMB) e na SBACV. Questiona que a sua formação foi realizada em instituições credenciadas no Ministério da Educação (MEC) e reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Refere que passou por provas de seleção nacional e esperou quatro anos de muito estudo e dedicação, muito plantão, muita responsabilidade para poder ter embaixo de seu nome: Médico Especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular”.

Anexou seus certificados e seguiu o seu pedido de parecer solicitando a resposta de 9 (nove) quesitos.

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

É de fundamental importância o conhecimento da Resolução do CFM nº 1634/2002. Esta versa sobre o convênio que entre si celebram o CFM, a AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM/MEC), para estabelecer critérios para o reconhecimento e denominação de especialidades e áreas de atuação na medicina, e forma de concessão e registro de títulos. De forma resumida a competência de cada parte seria:

- a. CNRM - credenciar e autorizar o funcionamento dos programas de residência médica;
- b. AMB - orientar e fiscalizar a forma de concessão de títulos e certificados; e
- c. CFM – registrar os títulos e certificados.

Passamos então a responder os quesitos de forma individual:

1) *A residência médica, reconhecida pelo MEC, confere ao profissional título de especialista ?*

Resposta: Sim, as duas formas de se obter um título de especialista e portanto anuncia-los são por residência médica credenciada e com funcionamento autorizado pela CNRM, reconhecida pelo MEC ou título de especialista emitido pela Sociedade da Especialidade, seguindo alguns critérios próprios.

2) *Esse título de especialidade registrado no CRM é reconhecido pela AMB e sociedades médicas ?*

Resposta: Sim, de acordo com a pactuação entre as entidades citadas e a Comissão Nacional de Residência Médica, quando da formação da Comissão Mista de Especialidades, composta pelas três entidades, demonstrada na Resolução CFM nº 1634/2002.

3) *O que significa “área de atuação” de uma especialidade ?*

Resposta: Modalidade de organização do trabalho médico, exercida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com uma ou mais especialidades.

4) *Doppler Vascular é a área de atuação da Cirurgia Vascular Periférica ?*

Resposta: Sim, bem como da Especialidade de Radiologia e Diagnóstico por imagem.

5) *Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular são área de atuação da Cirurgia Vascular Periférica ?*

Resposta: Sim, bem como da Especialidade de Radiologia e Diagnóstico por imagem.

6) *O Colégio Brasileiro de Radiologia, associado à Sociedade Brasileira de Cirurgia Vascular, pode indeferir inscrição em prova de Certificado em área de atuação em Doppler Vascular sob a alegação do candidato (Especialista em Cirurgia Vascular por Residência Médica reconhecida pelo MEC e devidamente registrado no CRM) não possuir título de especialista registrado na AMB e expedido pela SBACV ?*

Resposta: Considerando o convênio firmado na Resolução acima mencionada, nos termos das Obrigações das Partes, não pode existir este tipo de cerceamento. Vejamos o texto que no fundo fundamenta o âmago da questão levantada pelo solicitante:

DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

CLÁUSULA TERCEIRA A Comissão Mista de Especialidades- CME definirá os critérios para criação e reconhecimento de especialidades e áreas de atuação médica, estabelecendo requisitos técnicos e atendendo a demandas sociais.

CLÁUSULA QUARTA As especialidades e áreas de atuação médica reconhecidas pelas entidades convenientes terão denominação uniforme e serão obtidas por órgãos formadores acreditados na forma deste CONVÊNIO.

CLÁUSULA QUINTA São órgãos formadores acreditados:

a. as residências médicas credenciadas e com funcionamento autorizado pela CNRM;

b. as Sociedades de Especialidades filiadas à AMB, com programas de ensino por ela aprovados.

CLÁUSULA SEXTA Somente médicos com tempo mínimo de dois anos de formado e registro definitivo no CRM poderão submeter-se ao concurso para concessão de título de especialista ou certificado de área de atuação outorgado pela AMB.

CLÁUSULA SÉTIMA A concessão de título de especialista ou certificado de área de atuação outorgado pela CNRM dar-se-á em observância ao Art. 6º da Lei 6.932/81, que regulamenta a residência médica.

CLÁUSULA OITAVA Os títulos de especialistas e os certificados de área de atuação obtidos através da AMB deverão subordinar-se aos seguintes critérios:

a. Concurso realizado na Sociedade de Especialidade, desde que seja ela filiada à AMB e atenda aos requisitos aprovados pela Comissão Mista de Especialidades – CME;

b. O concurso referido deverá constar de, no mínimo, currículo e prova escrita e, se necessário, oral e/ou prática.

CLÁUSULA NONA Os critérios determinados pelas Sociedades de Especialidades para concessão de título de especialista ou certificado de área de atuação deverão ser conhecidos e aprovados previamente pela Associação Médica Brasileira - AMB para que produzam os resultados deste convênio.

CLÁUSULA DÉCIMA As Sociedades de Especialidades deverão promover concursos anuais para concessão de título de especialista e certificado de área de atuação.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA Não será exigida do médico a condição de sócio da AMB, de Sociedade de Especialidade ou de qualquer outra, para a obtenção e registro de título de especialista ou certificado de área de atuação.

7) Eu, com minha formação, na minha especialidade, posso realizar exames de Doppler Vascular ? Existe algum impedimento ?

Resposta: O Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1246/88) destaca que:

Art. 2º - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Art. 5º - O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

Art. 8º - O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho.

Artigo 21 - (E direito do médico) Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.

A Constituição Federal, em seu artigo 5º, XII, expressa de forma cristalina o entendimento que o *“exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão é livre, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer.”* Nesta toada, a Lei 3.268/1957, que dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências não obriga a necessidade de se possuir especialidade médica como pressuposto para o exercício profissional.

Não é demais destacar as palavras do ilustre Conselheiro do CFM Dr. Edson de Oliveira Andrade que em seu Parecer nº 8/1996 declara: *“O conhecimento médico é usufruto da sociedade, podendo dele fazer uso o médico que estiver devidamente habilitado e/ou capacitado. Um título de especialista é apenas uma presunção desta capacitação, posto que a habilitação já está contida no próprio diploma médico.*

Portanto, respondendo diretamente a pergunta, não existe óbice na realização deste exame.

8) *Que determinação que devo ao convênio (no qual sou cooperado credenciado como cirurgião vascular) para credenciar o meu serviço de Doppler Vascular?*

Resposta: A relação entre o médico cooperado e sua cooperativa, segue condições administrativas que este Conselho não tem competência para adentrar, salvo que exista algum conflito ético nesta relação.

9) *Se, eu já sou credenciado em um determinado convênio como Cirurgião Vascular, pode ser negado o direito de realizar Doppler Vascular ?*

Resposta: Novamente temos uma questão administrativa. Como explicado anteriormente, o exame pode ser realizado, não podendo existir nenhum tipo de cerceamento ao trabalho médico, porém a aceitação e a forma de credenciamento é uma prerrogativa do convênio.

Este parecer será encaminhado para apreciação e providências da Comissão Mista de Especialidades.

É o parecer.

Curitiba, 10 de outubro de 2006.

Alexandre Gustavo Bley
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 90/2004
Parecer CRMPR N°. 1775/2006
Parecer Aprovado N° 1836
Sessão Plenária de 23/10/2006

ECOGRAFIA, REGISTRO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA E ÁREA DE ATUAÇÃO

Romeu Bertol*

EMENTA - Recusa de Convênio em pagar exames realizados por médico não especialista.

Palavras-chave: radiologista, título de especialista, registro, área de atuação, monopólio de especialista, conhecimento, ecografia

REGISTERING TITLE OF SPECIALIST AND AREA OF ACTIVITY

Key words: radiologist, title of specialist, registration, area of activity, specialist monopoly, knowledge, ultrasound

CONSULTA

Trata-se de consulta formulada com o seguinte teor:

“Sendo a Ecografia área de atuação de algumas especialidades, e não uma especialidade em si, minha questão é a seguinte: pode o convênio recusar-se a pagar exames de ecografia realizados por médico não radiologista, ou exigir dele registro no conselho como especialidade para autorizar o pagamento de honorário?”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O CFM garante ao médico o direito de praticar a medicina livremente uma vez obtido o grau de médico, o que o habilita para tal.

Já o anúncio público de especialidade requer que o médico registre antes seu título no CRM, conforme determina o art. 135 do Código de Ética Médica.

A Resolução do CFM define especialidade como o “núcleo de organização do trabalho médico que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de seguimentos da dimensão biopsico-social do indivíduo e da coletividade”.

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

Área de atuação é a “Modalidade de Organização do trabalho médico, exercida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com uma ou mais especialidades”.

O avanço do conhecimento em todas as áreas e particularmente na medicina exige do médico aperfeiçoamento constante, para que possa exercer seu ofício com eficiência e eficácia, porém o acesso ao conhecimento em determinada área não é monopólio do especialista. Qualquer médico pode obtê-lo. Porém para atuar como especialista e ou em área de atuação deve demonstrar estar capacitado para exercer ações médicas específicas, caso contrário estará correndo risco de infringir o Código de ética Médica em seu art. 29 qual seja de “praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência”.

CONCLUSÃO

Respondendo diretamente a consulente, aduzo que os exames realizados com autorização do convênio devem ser pagos ao médico.

Quanto à exigência do registro de título de especialista ou área de atuação no CRM, vale o que dispõe o contrato de prestação de serviços firmado entre o médico e o convênio, devendo o médico restringir sua atuação dentro da especialidade cadastrada, pois trata-se de acerto administrativo entre as partes.

É o parecer.

Curitiba, 09 de outubro de 2006.

Romeu Bertol
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 63/2006
Parecer CRMPR N°. 1777/2006
Parecer Aprovado N° 1842
Sessão Plenária de 13/11/2006

NÃO DEVE O MÉDICO SUGERIR NO LAUDO DE UM EXAME COMPLEMENTAR DE IMAGEM, REPETIÇÃO COMO CONTROLE OU ESCLARECIMENTO

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke*

EMENTA - Ultrassonografia, densitometria, observações de forma sistemática como sugestão para realização de exame complementa.

Palavras-chave: exame complementar, exame de imagem, laudo, sugestão de repetição, isentar de recomendação, ultrasonografia, densitometria

IN THE REPORT OF A COMPLEMENTARY IMAGE EXAM A PHYSICIAN SHOULD NOT SUGGEST ITS REPETITION AS CONTROL OR CLARIFICATION

Key words: ultrasonography, image exam, report, suggesting repetition, exempting recommendation, densintometry

CONSULTA

Em documento encaminhado a este Conselho Regional de Medicina do Paraná, a Unimed (interior), formula consulta nos seguintes termos:

“É permitido no laudo de procedimento de ultra-som e densitometria a inclusão de observações de forma sistemática? Em exame ultra-sonográfico: a critério médico sugiro US trans-retal, a critério médico sugiro US trans-vaginal, a critério médico sugiro controle em 06 meses ou 12 meses. Em densitometria óssea: a critério médico sugiro controle em 06 meses ou 12 meses.”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O exame complementar tem a importante função de corroborar o raciocínio clínico, resultante da anamnese e do exame físico, o médico assistente deve ter o conhecimento para interpretá-lo e quando indicado solicitar outros exames que julgar necessários, pois a ele compete a responsabilidade da orientação daquele que o procurou.

* Conselheira Parecerista CRMPR.

CONCLUSÃO

Em que se pese a boa intenção de colaborar com o médico assistente, o profissional que realiza exame complementar, a pedido daquele, deve isentar-se de sugerir outros procedimentos, pela possibilidade de interferir na relação médico-paciente.

É o parecer.

Curitiba, 19 de outubro 2006.

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke
Cons^a Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 010/2006
Parecer CRMPR N°. 1774/2006
Parecer Aprovado N° 1836 - Câmara IV
Sessão Plenária de 23/10/2006

Há homens que lutam um dia e são bons.
Há homens que lutam um ano e são muito bons.
Há homens que lutam muitos anos e são melhores.
Há homens que lutam toda a vida; estes são
imprescindíveis.

Brecht

ECTÁSIA VENOSA E A CIRURGIA SEM INDICAÇÃO

Alexandre Gustavo Bley*

EMENTA - Realização de procedimento sem indicação terapêutica - Imprudência - Liberdade Profissional

Palavras-chave: ectásia venosa, cirurgia, recusa médica, cirurgia estética

VENOUS ECTASIA AND SURGERY WITHOUT REFERRAL

Key words: venous ectasia, surgery, medical refusal, aesthetic plastic surgery

CONSULTA

O médico remete a este Conselho carta solicitando orientação quanto ao tratamento de uma paciente. Esclarece que a mesma apresenta uma ectasia difusa das veias dos membros inferiores, porém estas não são patológicas. Em virtude da visibilidade das veias, a paciente solicita a retirada das mesmas, visto um constrangimento estético. O médico esclarece que em sua opinião não há indicação cirúrgica. Solicita deste Conselho orientação quanto ao caso e em que condições poderia ou deveria realizar o procedimento sem indicação por patologia e sim por estética.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Trata-se de caso concreto, onde o profissional médico se encontra em um dilema na realização de procedimento cirúrgico, visto ser de cunho eminentemente estético e com a existência de risco à saúde pela realização do mesmo. Ressalto que a questão é de cunho científico e este é o cerne que norteia o embasamento da consulta e decisão. Não cabe a este Conselho a indicação de algum procedimento ou técnica cirúrgica. Esta é uma questão de foro pessoal do cirurgião, de acordo com o que se preconiza dentro da especialidade.

Em virtude de que qualquer ato médico tem implicações éticas, deixo como subsídios para o consulente alguns ditames de nosso Código de Ética Médica, com alguns destaques.

Como princípio fundamental:

Art. 2º - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

Art. 8º - O médico não pode, em qualquer circunstância, ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho.

É direito do médico:

Art. 28 - Recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

É vedado ao médico:

Art. 29 - Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

Art. 42 - Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.

É o parecer.

Curitiba, 22 de maio de 2006.

Alexandre Gustavo Bley
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 031/2006
Parecer CRMPR N°. 1742/2006
Parecer Aprovado N° 1791 - Câmara I
Sessão Plenária de 14/06/2006

EM CASA, BEBÊ ANENCÉFALA FAZ 5 MESES

MEDICINA

A bebê anencéfala (sem cérebro) Marcela de Jesus Ferreira está desde anteontem com a mãe, Cacilda, numa casa do bairro Marumbé, em Patrocínio Paulista, na região de Ribeirão Preto (SP), e completa 5 meses hoje. Ela está bem de saúde e pesa quase 5 kg. Ontem, uma equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) e agentes de saúde foram à residência. As visitas serão diárias. A pediatra Márcia Barcellos continuará responsável por Marcela.

Transcrito da Folha de São Paulo, Maio/2007.

INDICAÇÃO DE LUZ PULSADA (LIP), É DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke*

EMENTA - Aplicação de Luz Intensa Pulsada – Responsabilidade Exclusiva do Médico.

Palavras-chave: luz pulsada, restrição de uso, indicação médica, condições de segurança

THE IDENTIFICATION AND REFERRAL OF INTENSE PULSED LIGHT (IPL) IS A MEDICAL RESPONSABILITY

Key words: pulsed light, medical referral, restriction in use, security conditions

CONSULTA

Trata-se de consulta formulada pelas Sras. S.V. e M.A.M., solicitando um parecer quanto ao assunto Luz Intensa Pulsada (LIP).

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A LUZ INTENSA PULSADA (IPL ou LIP), é uma fonte de luz pulsada de alta energia que emite luz não coerente, não é um laser, com espectro de ondas contínuo de 500 a 1200 nm. Os pulsos variam de 0,5 a 20 mseg e podem ser aplicados em seqüência, sendo pulsos simples, duplos ou triplos, são utilizados filtros específicos para selecionar o comprimento de onda, que variam conforme a indicação, sendo utilizado para lesões vasculares, epilação, lesões pigmentadas benignas, pigmentos de tatuagem e fotoenvelhecimento. O aparelho deverá ser colocado em sala adequada e observadas as condições de segurança, devido à emissão de radiação e risco de cegueira, queimadura ou explosão, com aferição e manutenção regulares.

A legislação federal norte-americana restringe a venda deste dispositivo somente a médicos, ou à sua ordem.

Apesar de não existir legislação que explicita o profissional autorizado a manusear o aparelho, os manuais são todos dirigidos ao médico, visto ser um produto de saúde, regido pelas normas sanitárias, cuja indicação necessita de prévio diagnóstico

* Conselheira Parecerista CRM/PR.

e avaliação das condições da pele, e seu mau uso pode provocar sérios danos à saúde do paciente e do próprio aplicador, é nosso entendimento que o profissional habilitado seja o médico, pois cabe a ele toda a responsabilidade cível, penal e ética.

É o parecer.

Curitiba, 13 de julho de 2006.

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke
Cons^a Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 004/2006
Parecer CRMPR Nº. 1794/2006
Parecer Aprovado Nº 1803 - Câmara I
Sessão Plenária de 17/07/2006

**TRIBUNAL MINEIRO AUTORIZA A REALIZAÇÃO DE ABORTO
DE FETO ANENCEFÁLICO**

A 13ª. Câmara Cível do Tribunal de Justiça de Minas Gerais autorizou na última quarta-feira a interrupção da gravidez anômala de uma gestante de Uberlândia.

Ela pediu a autorização judicial para a realização do aborto, uma vez que o feto apresenta anencefalia, ou seja, ausência de calota craniana e não tem chances de vida extra-uterina.

No processo, existe constatação médica precisa de que o quadro fetal é “extremamente grave e é incompatível com a vida”. Constatou-se, ainda, que o feto apresenta anomalia abdominal, com o desenvolvimento de víscera em contato com a placenta maternal.

A autorização foi negada pela juíza da 5ª. Vara Cível de Uberlândia, o que levou a gestante a recorrer ao Tribunal de Justiça.

Os desembargadores Francisco Kupidowski (relator), Hilda Teixeira da Costa e Elídio Donizetti autorizaram a interrupção da gravidez, determinando expedição de alvará.

Segundo o desembargador Francisco Kupidowski, “o fato de não haver previsão legal para a concessão do aborto em casos de anencefalia não impede que o Judiciário autorize a interrupção da gravidez, porque aí deve ser levada em consideração, também, a dignidade da pessoa humana, no caso a mãe, porque o feto anencefálico pode trazer complicações à mesma, não se podendo exigir que ela carregue, por nove meses, um feto que não sobreviverá”.

“A sensibilidade do julgador deve alcançar um universo bem maior do que um raciocínio limitado por preconceitos e preconceitos arraigados através dos tempos”, continuou o magistrado.

Declarando-se católico, o relator ponderou que, por outro lado, “não são relevantes as críticas e os impedimentos postos por Igreja ou formação religiosa que não levem em consideração o absurdo de se manter no ventre um feto deformado e que proporcione riscos até à saúde da gestante”.

Transcrito da Gazeta do Povo, Dez/2006.

ACÚMULO DE FUNÇÕES

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke*

EMENTA - Acúmulo de funções, diretor técnico, chefia da UTI, chefia da emergência, chefia do ambulatório, chefia de banco de sangue, delegado de CRM.

Palavras-chave: acúmulo de funções, limites de funções, responsabilidade, desempenho ético

ACCUMULATION OF FUNCTIONS

Key words: accumulation of functions, limitations upon functions, responsibility, ethical performance

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente médico formula consulta nos seguintes termos:

“Venho por meio desta solicitar um esclarecimento: é permitido e/ou legal e/ou ético que o mesmo profissional médico em um hospital acumule as funções de diretor técnico, chefia da UTI, chefia da emergência, chefia do ambulatório, chefia do banco de sangue e ainda seja delegado regional do CRM?”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

De acordo com a resolução CFM nº 1352/92 é vedado ao profissional médico exercer a função de diretor técnico/clínico em mais de duas instituições prestadoras de serviços médicos, públicas ou privadas, independente de localização geográfica distinta dentro do território nacional, desde que haja compatibilidade de horários, e também em conformidade com a resolução CFM nº 1342/91 a responsabilidade de diretores técnicos implica atuação efetiva no sentido de garantir o desempenho ético da medicina, o que só pode ser conseguido pela presença constante, o que a acumulação com outra função impede.

Da exemplificação acima podemos deduzir que ao médico somente será permitido acumular duas funções diferentes, mesmo em uma única instituição, desde

* Conselheira Parecerista CRMPR.

que exista disponibilidade de horários, permitindo a autonomia necessária e as adequadas condições de trabalho, com risco de prejuízo ao atendimento dos pacientes.

A função de delegado é uma atividade de colaboração para o bom exercício da medicina, indicado e eleito por seus pares ou eventualmente designado, aceito de maneira voluntária e consciente de seus deveres para com a população e a comunidade médica.

CONCLUSÃO

O acúmulo de funções não deve exceder a duas atividades previstas nas resoluções citadas, desde que compatíveis com a carga horária, com risco de comprometer o bom andamento do exercício da medicina, outrossim é matéria de caráter administrativo.

A participação como delegado, cargo de caráter honorífico pelo reconhecido saber e senso de justiça outorgado pela classe médica, a qual representa, deve ter sua continuidade de acordo com a própria consciência e disponibilidade.

É o parecer.

Curitiba, 17 de outubro de 2006.

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke
Cons^o Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N^o. 059/2006
Parecer CRMPR N^o. 1771/2006
Parecer Aprovado N^o 1836 - Câmara IV
Sessão Plenária de 23/10/2006

FISIOTERAPEUTAS E FONOAUDIÓLOGOS COMO PERITOS JUDICIAIS

Mário Stival*

EMENTA - Fisioterapeutas e Fonoaudiólogos serem nomeados como perito judiciais.

Palavras-chave: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, perito judicial, perícia médica, Medicina do Trabalho, ato médico, designação judicial

PHYSICAL THERAPISTS AND SPEECH THERAPISTS AS JUDICIAL EXPERTS

Key words: physical therapist, speech therapist, judicial expert, medical INVESTIGATION, medical action, judicial designation

CONSULTA

Trata-se de consulta formulada pela Associação Paranaense de Medicina do Trabalho e a Sociedade Brasileira de Perícias Médicas, com o seguinte teor:

“Solicita-se deste Conselho Regional de Medicina, parecer em relação à nomeação de fisioterapeutas e fonoaudiólogos como perito judiciais – nomeado por juízes, nos casos em que além de serem necessários esclarecimentos diagnósticos, é solicitada a verificação de nexos causais com as atividades anteriormente realizadas pelos autores”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A perícia médica é um ato médico e como tal está sujeito a julgamento ético pelo Conselho de Ética.

Qualquer denúncia de que os preceitos contidos no Código de Ética Médica ou nas Resoluções e Pareceres do Conselho Federal de Medicina tenham sido violados ou transgredidos implicará em desencadeamento de uma investigação por parte do órgão fiscalizador do exercício profissional da medicina, que poderá resultar em processo ético e julgamento.

O Código de Ética Médica, bem como todos os demais atos normativos emitidos pelos Conselhos Regionais e pelo Conselho Federal de Medicina não se

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

pronunciaram até o momento de forma cabal sobre a legalidade do Juízo de nomear profissionais de outras profissões (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, engenheiros, etc) para realizar perícia eminentemente médica (assim configurada pela natureza do ato).

A título de esclarecimento, encontramos um parecer (anexo) do CREMESP à Consulta nº 40.279 de 1998 que faz referência ao fato de Perícia trabalhista de insalubridade exercida por Engenheiro do Trabalho.

Naquele documento concluiu-se que o Engenheiro de Segurança do Trabalho tem o respaldo da Norma Regulamentadora nº 15 para realizar a perícia de insalubridade.

Fica claro naquela exposição, que para reforçar ou concluir sua tese, o perito não médico nomeado pelo Juiz, ao se defrontar com a necessidade de buscar fatos de natureza médica que envolviam o sigilo profissional do médico que registrou as informações contidas em prontuários ou outros documentos afins, esbarrou em entrave de natureza ética, não lhe sendo possível este acesso, a não ser com ordem judicial específica (aceito pelo CREMESP).

Ato contínuo, (em tese), pronunciada à Ordem Judicial, arrebatado o prontuário por força da pena legal e de posse dos dados contidos naquele documento, com informações sigilosas sobre a saúde do paciente, seus diagnósticos, seus tratamentos e prognósticos, bem como de suas eventuais confidências e revelações mais íntimas feitas no momento do exame médico, informações estas expostas inocentemente ao médico com o compromisso hipocrático juramentado de “jamais os revelar sob pena de...”, qual seria a atitude de um fonoaudiólogo ou de um engenheiro ou de um fisioterapeuta que, nomeado, mandado, intimado, tem o dever legal de proceder a uma análise do nexa para concluir o seu laudo e orientar o Juízo sobre a decisão mais técnica e justa? Poderia, sem qualquer dificuldade de natureza ética ou técnica, o profissional não médico proceder a uma análise justa e precisa sobre os fatos que originaram a lide?

Antonio Buono Neto e Elaine Arbex Buono em seu livro “Perícia e Processo trabalhista” (Editora Gênese) definem a perícia como “toda operação ordenada por autoridade judiciária ou policial, que se destina a ministrar esclarecimentos à Justiça”.

Também apontam as qualidades do perito como sendo conhecedor de todas as matérias básicas e fundamentais do setor médico e da legislação atinente.

Consoante a realização do ato pericial, os autores fazem importante reflexão sobre a formação profissional do perito, argumentando que “... quanto à questão de doenças ou acidentes ligados com o ambiente de trabalho ou sua atividade... a perícia só poderá ser realizada por médico, em especial, do trabalho”.

Entretanto, apesar da forte argumentação acima apreciada, ainda não há força de lei ou regulamentação ou jurisprudência que determinem a exclusividade do médico para a realização da perícia quando envolvidos fatos ou elementos que só poderão ser analisados e esclarecidos técnica e éticamente de forma completa por profissional médico especializado.

CONCLUSÃO

Não cabe a este Conselho de Ética fazer qualquer apreciação sobre a decisão do Juízo de nomear profissionais não médicos para a realização de atividade

que, em nossa concepção, deveria ser exclusiva da profissão médica. Caberia sim, à parte eventualmente prejudicada pela nomeação de perito não qualificado, insurgir-se contra a designação equivocada do juízo.

Não há como o Conselho Regional de Medicina do Paraná penalizar outros profissionais, ou atuar a nível de Tribunal Regional do Trabalho pronunciando-se contrário ou mesmo protestando pela decisão judicial de ter contratado não médicos para a realização daquilo que consideramos “perícia médica”.

É o parecer.

Curitiba, 03 de agosto de 2006.

Mário Stival
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 053/2006
Parecer CRMPR Nº. 1756/2006
Parecer Aprovado Nº 1820 - Câmara
Sessão Plenária de 04/09/2006

ANEXO

Consulta Nº 40.279/98

Assunto: Perícia

Relator: Adriana T. M. Brisolla Pezzotti - Advogada
Conselheira Christina Hajaj Gonzalez - subscritora

Ementa: O engenheiro do trabalho está habilitado para realizar perícia, nos termos do artigo 195 da CLT e NR-15 do Ministério do Trabalho.

Em análise ao relato do consulente, advogado, uma empresa foi periciada por um engenheiro do trabalho para a apuração da existência ou não da insalubridade. Questiona o fato da empresa não ter fornecido os prontuários médicos ao perito.

Primeiramente, necessário esclarecer que a NR-15 que dispõe sobre atividades e operações insalubres, em seu item 15.4.1.1., afirma que a comprovação da insalubridade se faz através de laudo técnico de engenheiro de segurança do trabalho ou médico do trabalho, devidamente habilitados.

Nesse sentido, é o engenheiro de segurança do trabalho pessoa habilitada para realizar a perícia, em conformidade com o disposto no artigo 195 d CLT.

Quanto ao fornecimento dos prontuários a esse profissional, por sua vez, entendo que só seria possível se fosse um médico.

Isto porque deve ser preservado o segredo médico, conforme dispõe o artigo 102 e seguintes do Código de Ética Médica.

Assim, para que sejam fornecidos os prontuários para que o engenheiro de trabalho conclua seu laudo, este deve esclarecer ao Juiz a necessidade da apresentação dos laudos a este, por sua vez, determinará seu fornecimento, o que, por orientação do CREMESP, deverá ser atendido pela empresa.

Por fim, não existe a possibilidade de se processar esse perito, engenheiro do trabalho, por qualquer motivo, no CREMESP. Isto porque ele fiscaliza tão somente o exercício profissional dos médicos, sendo certo que quaisquer processos disciplinares só poderão contra eles ser instaurados. (artigo 2º da Lei 3.268/57).

É o parecer, s.m.j.

São Paulo, 24 de setembro de 1998.

Adriana T. M. Brisolla Pezzotti
Advogada

Parecer subscrito pela conselheira Christina Hajaj Gonzalez.

Aprovado na 2.181ª reunião plenária, realizada em 20.11.98.
Homologado na 2.184ª reunião plenária, realizada em 24.11.98.

EXAME DE SANGUE CAUSA INDENIZAÇÃO

JUSTIÇA

ARAÇATUBA, SP - A Justiça Estadual condenou a prefeitura de São José do Rio Preto a pagar 30 salários mínimos (R\$ 10,5 mil), por danos morais, ao desempregado Ronaldo Ribeiro de Araújo, que em 2004 foi obrigado a fazer um exame de sangue como suspeito de portar o vírus da aids.

Ao extrair um dente numa unidade de saúde do município foi exigido dele o exame de sangue porque uma funcionária se feriu durante a extração. Ela alegou que tinha informações de que Araújo estava com aids. A partir de então, ele começou a enfrentar preconceito de vizinhos e de familiares.

A prefeitura informa que recorreu da sentença.

Transcrito da Gazeta do Povo, 13/04/2007.

FATOR REDUTOR DE DESCONTO DOS HONORÁRIOS MÉDICOS É ANTIÉTICO

Donizetti Dimer Giamberdardino Filho*

Palavras-chave: desconto em honorários, fator redutor, regra antiética

THE RATE OF REDUCTION IN DISCOUNTS OF MEDICAL FEES IS UNETHICAL

Key words: discount in fees, rate of reduction, unethical rule.

Trata a presente consulta realizada por médico, frente a medidas administrativas assumidas na Cooperativa Médica Unimed de cidade do interior.

Tal medida administrativa trata-se da instalação de um mecanismo denominado Fator Redutor que foi aprovado conforme a Ata da 20^o Assembléia Extraordinária, realizada em 04/11/1999, por uma maioria de 19 a 9 cooperados, dentro de um universo de 150 da Cooperativa.

Este mecanismo é aplicado aos cooperados que ultrapassam a média trimestral da especialidade acrescida de 10%, caso ocorra, o cooperado terá diminuição dos honorários proporcional ao excedente da forma da Ch variável, a sobra será rateada entre os colegas que se mantiverem na média da especialidade. Este cálculo inclui as internações hospitalares.

O consulente relata que foi submetido a um desconto de seu faturamento no mês de março de 2003, solicitando providencias deste Conselho Regional de Medicina.

CONSIDERAÇÕES

As Cooperativas em funcionamento no Brasil, estão orientadas pela Lei n.º 5764/71, que legisla sobre as políticas da Cooperativa. Citamos o texto dos artigos 3º, 4º e 80:

Art. 3º Celebram contrato de sociedade cooperativa as pessoas que reciprocamente se obrigam a contribuir com bens ou serviços para o exercício de uma atividade econômica, de proveito comum, sem objetivo de lucro.

Art. 4º As cooperativas são sociedades de pessoas, com forma e natureza jurídica próprias, de natureza civil, não sujeitas a falência, constituídas para prestar

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

serviços aos associados, distinguindo-se das demais sociedades pelas seguintes características:

I - adesão voluntária, com número ilimitado de associados, salvo impossibilidade técnica de prestação de serviços;

II - variabilidade do capital social representado por quotas-partes;

III - limitação do número de quotas-partes do capital para cada associado, facultado, porém, o estabelecimento de critérios de proporcionalidade, se assim fôr mais adequado para o cumprimento dos objetivos sociais;

IV - inacessibilidade das quotas-partes do capital a terceiros, estranhos à sociedade;

V - singularidade de voto, podendo as cooperativas centrais, federações e confederações de cooperativas, com exceção das que exerçam atividade de crédito, optar pelo critério da proporcionalidade;

VI - *quorum* para o funcionamento e deliberação da Assembléia Geral baseado no número de associados e não no capital;

VII - retôrno das sobras líquidas do exercício, proporcionalmente às operações realizadas pelo associado, salvo deliberação em contrário da Assembléia Geral;

VIII - indivisibilidade dos fundos de Reserva e de Assistência Técnica Educacional e Social;

IX - neutralidade política e indiscriminação religiosa, racial e social;

X - prestação de assistência aos associados, e, quando previsto nos estatutos, aos empregados da cooperativa;

XI - área de admissão de associados limitada às possibilidades de reunião, contrôle, operações e prestação de serviços.

Art. 80. As despesas da sociedade serão cobertas pelos associados mediante rateio na proporção direta da fruição de serviços.

Parágrafo único. A cooperativa poderá, para melhor atender à equanimidade de cobertura das despesas da sociedade, estabelecer:

I - rateio, em partes iguais, das despesas gerais da sociedade entre todos os associados, quer tenham ou não, no ano, usufruído dos serviços por ela prestados, conforme definidas no estatuto;

II - rateio, em razão diretamente proporcional, entre os associados que tenham usufruído dos serviços durante o ano, das sobras líquidas ou dos prejuízos verificados no balanço do exercício, excluídas as despesas gerais já atendidas na forma do item anterior.

O Sistema Unimed é formado por Cooperativas Médicas Singulares que constituem uma Federação Estadual que por sua vez, podem participar de Confederações. Sua criação pressupõe a formação de uma atividade coletiva com objetivo de gerar trabalho médico, repartindo eqüitativamente os resultados alcançados.

Cooperar é trabalhar em conjunto, significa unir forças para combater as dificuldades impostas aos indivíduos que estão em desigualdade na Sociedade. Desta forma estão inseridos dois importantes valores éticos: A sociedade representada pelo trabalho solidário e o Iguaritarismo conferido pelas iguais oportunidades de acesso ao trabalho.

Inicialmente as Cooperativas médicas em nosso país conseguiam cumprir estes preceitos anteriormente enunciados, contudo em uma Sociedade onde a economia segue uma lógica de mercado as cooperativas médicas passaram a sofrer a influência da concorrência de outras operadoras de saúde, sendo levadas a tomar atitudes que a desviam de suas finalidades cooperativas.

Com a promulgação da Lei 9658/98, regulando as operadoras de saúde e sua relação com os usuários por intermédio da, Agência Nacional de Saúde. Veio reforçar as cooperativas médicas o conceito de operadora de saúde, como prioridade para, sua existência, argumentando as exigências legais e financeiros existentes após a Lei 9658/98. Esta situação foi enfatizada na defesa jurídica da Unimed, em processo cível contra o médico anexo aos documentos, item 7, onde afirmam a legalidade da medida fator redutor com o objetivo de manter o equilíbrio econômico financeiro do empreendimento, observando que a Cooperativa Unimed atua em campo restrito dos planos de saúde.

Esta postura se contrapõe as políticas do Cooperativismo (Lei 5764/71), em função de normas da ANS, Lei 9656/98, além de não se caracterizar como despesa da sociedade, pois o produto do fator retornou somente aos cooperados da especialidade e não de todos os cooperados, conforme o Artigo 80 citado da Lei 5764/71.

Por último, temos a enfatizar que às Cooperativas médicas além de estarem submetidas a legislação do Cooperativismo e das Operadoras de Saúde, também estão a Lei 3268/57 que dispõe sobre a fiscalização, supervisão e julgamento do exercício da Medicina.

Assim, por tratar-se de uma organização jurídica que realiza prestação de serviços médicos, sua inscrição é obrigatória no CRM de sua jurisdição, apontando um diretor técnico responsável.

Os médicos cooperados devem cumprir o regimento interno da cooperativa a qual são associados, mas o principal valor do exercício da Medicina é restabelecer a saúde e o bem estar a seus pacientes, cumprindo os preceitos do Código de Ética e Resoluções. A sua responsabilidade é ancorada em seus deveres de conduta:

- Dever de Informação;
- Dever de Atualização;
- Dever de Diligência;
- Dever de Abstenção de Abuso.

CONCLUSÃO

O mecanismo de fator redutor de honorários médicos, utilizados na UNIMED, transfere honorários de um cooperado " transgressor "da norma aos demais cooperados de sua especialidade, portanto pontualmente ele não diminui despesas da cooperativa objetivando equilíbrio econômico financeiro, esta medida proporciona um potencial constrangimento e uma punição pecuniária por ter se desviado de uma média matemática. Para o controle e avaliação da qualidade da assistência médica prestada deve ser utilizados indicadores baseados em evidências clínicas e necessidades de sua clientela, não em evidência matemáticas isoladas.

O assunto “fator redutor” já foi objeto de parecer do CFM 29/2000, cuja conclusão foi que sua prática contraria a ética médica. Também a Resolução n.º CFM 1642/2002, no seu artigo 1º, alínea F, veda a vinculação de honorários médicos a qualquer parâmetro de restrição de solicitação de exames complementares.

Concluimos finalmente que tal medida administrativa está em desacordo com a Resolução CFM n.º 1642/2002, indicando ao seu responsável técnico a sua suspensão.

É o parecer.

Curitiba, 16 de novembro de 2005.

Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N.º. 112/2003
Parecer CRMPR N.º. 1729/2003
Parecer Aprovado N.º 1744 - Câmara III
Sessão Plenária de 23/01/2006

PRESIDENTE DE PORTUGAL SANCIONA NOVA LEI DO ABORTO

EUROPA - LISBOA - O Presidente de Portugal, Aníbal Cavaco Silva, sancionou ontem uma nova lei permitindo o aborto até a 10ª. semana de gravidez, aproximando o país fortemente católico da grande maioria de seus vizinhos europeus.

O presidente pediu ao Parlamento, que aprovou o projeto de lei no mês passado após um referendo nacional sobre a questão, para adotar novas medidas que garantam que o aborto seja visto como um último recurso.

O Parlamento aprovou por ampla maioria a legalização do aborto depois do referendo de fevereiro. O comparecimento às urnas não foi suficiente para torná-lo válido, mas a maioria dos que participaram foi a favor da mudança, que há muito era buscada pelo governista Partido Socialista. Pela Constituição portuguesa, leis aprovadas pelo Parlamento têm de ser sancionada pelo presidente.

A lei do aborto, que enfrentou forte oposição da Igreja Católica, entrará em vigor quando for publicada no diário oficial, provavelmente no mês que vem.

A antiga lei era uma das mais restritivas da Europa, permitindo o aborto nas primeiras 12 semanas de gravidez apenas se a saúde da mãe estivesse em risco. No caso de estupro, o procedimento podia ser feito até a 16ª semana. Não havia restrição de tempo apenas quando o aborto era a única esperança para salvar a vida da grávida.

O governo espera que a nova lei ponha fim aos perigosos abortos ilegais, feitos muitas vezes em precárias condições. Grupos de direitos das mulheres afirmam que cerca de 10 mil mulheres são hospitalizadas anualmente em Portugal por complicações relacionadas a abortos ilegais.

A nova lei não estabelece restrições às mulheres que optam por suspender a gravidez até a 10ª semana, apesar de exigir um período obrigatório de reflexão. de três dias antes que o aborto seja realizado.

Transcrito da Gazeta do Povo, Abril/2007.

QUEM PODE COLETAR SANGUE PARA A GASOMETRIA ARTERIAL?

Roseni T. Florêncio*

Palavras-chave: coleta de sangue, gasometria arterial, sangue arterial, exame complementar, interface médico/enfermagem

WHO CAN COLLECT BLOOD FOR ARTERIAL GASOMETRY?

Key words: blood collection, arterial gasometry, arterial blood, complementary exam, interface physician/nursing staff

A Sra. C. S. R. solicitou informação a esse Conselho “A respeito de quem tem o direito legal para realizar a coleta de gasometria arterial”. Necessita da informação, por estar com causa trabalhista de uma Técnica de laboratório, que diz “Não poder realizar o exame, mesmo tendo feito isso diversas vezes”.

DO PARECER

Considerando que o exame de gasometria arterial é realizado dentro da rotina dos exames laboratoriais, ao nível hospitalar e, com frequência muito menor, em clientes extra-hospitalares (ambulatoriais).

Considerando que para a coleta do material, sangue arterial, é necessário que seja punccionado uma artéria, geralmente a artéria radial, às vezes a artéria braquial e, mais raramente, a artéria femoral e outras.

Considerando que, dessa forma, ao realizar essa punção, é preciso observar determinadas condicionantes, a saber:

- Se o paciente é portador de alguma doença que cause distúrbio na coagulação sangüínea,
- Estar ele em uso de algum medicamento anticoagulante ou trombolítico, que possa provocar sangramento mais intenso à punção,
- Ser portador de Hipertensão arterial, que possa estar descompensada, facilitando o sangramento,
- Estar ele em quadro de Choque, dificultando a coleta do exame.

Ainda:

- Paciente em estado grave, que necessite de coletas freqüentes do exame, até repetidas vezes ao dia,

* Conselheira Parecerista CRMPR.

- Criança de baixa idade e/ou baixo peso, e
- Outras situações específicas, não contempladas nesse momento.

Considerando que, igualmente, é necessário realizar o Teste de Allen, para verificar a viabilidade da artéria ulnar, pois, caso não haja fluxo colateral por essa artéria, a artéria radial não poderá ser punccionada, sob o risco de isquemia e gangrena do dedo ou mesmo de toda a mão.

Considerando que o ato da coleta sanguínea se torna, dessa forma, seguro nas mãos do coletor com preparo científico e técnico para tal, visto que pode trazer complicações, tais como ruptura arterial, embolias, infecções locais e sistêmicas, obstruções e isquemia distal à punção, hemorragias e hematomas no local da punção.

Considerando o Processo Consulta do Conselho Federal de Medicina Nº 51/1999, que trata da interface entre a medicina e a enfermagem quanto à punção de veias centrais.

Considerando a Resolução do Conselho Federal de Medicina Nº 1582/1999, que resolve que o procedimento de introdução de cateter intravascular arterial e venoso profundo é ato privativo de Médico e não pode ser delegado a outros profissionais.

Considerando o texto atual do projeto do “Ato Médico”, em análise.

Considerando a Lei Nº 7498/86, que regulamenta o exercício da Enfermagem.

Considerando a Consulta Nº 11/1999, do Conselho Regional de Enfermagem do Paraná, onde cita que somente o Enfermeiro pode fazer a punção arterial, dentro da equipe de enfermagem.

Considerando a Lei que regulamenta o Conselho de Farmácia.

Considerando a Resolução Nº 296/1996, que normatiza o exercício das análises clínicas pelo Farmacêutico-Bioquímico.

Considerando a Resolução Nº 361/2001, que dispõe sobre as atribuições do profissional Farmacêutico-Bioquímico nos procedimentos de punção venosa e arterial.

Considerando a Resolução Normativa Nº 99/1986, do Conselho federal de Química, que cria e regulamenta a categoria de Técnico de Laboratório.

Entende essa Conselheira que é o Médico o profissional mais capacitado tecnicamente para realizar esse procedimento, sendo que em vários hospitais, especialmente em Unidades de Terapia Intensiva, Serviços de Emergência e Centros Cirúrgicos, assim é feito, visando maior segurança para os pacientes.

Contudo, o Enfermeiro e o Bioquímico tecnicamente preparados, estando sob a responsabilidade de um Médico, também poderão fazê-los; porém, necessitam observar, além da técnica adequada de coleta, a possibilidade de formar hematomas no local da punção, a persistência da dor no local da punção, a palidez dos dedos e da mão, entre outras alterações que podem ocorrer após a coleta. É muito importante reavaliar, cerca de vinte minutos após o procedimento, para verificar as possíveis intercorrências do método, comunicando imediatamente ao Médico, para que possa identificar as complicações e resolvê-las.

Observe-se que o procedimento feito por profissional não Médico (Enfermeiro ou Bioquímico) deve se limitar à punção da artéria radial.

Mister ressaltar, em atenção à consulente, que o Técnico de laboratório, segundo a Resolução Normativa nº 99, de 19/12/1986, do Conselho Federal de Química, que cria a categoria de Técnico de laboratório, não prevê a atuação desse profissional, quanto à coleta de produtos biológicos, podendo somente manipular reagentes e produtos químicos e execução de análises químicas, físico-químicas, biológicas, bromatológicas, toxicológicas no âmbito laboratorial; também, a operação e a manutenção de equipamentos e instalações laboratoriais.

Relevante nesses aspectos, portanto, o fato de que o profissional, Médico ou não, deve deter o conhecimento da técnica adequada para a coleta do exame, situação indispensável para o sucesso do procedimento. Ainda, o coletor necessita conhecer a anatomia básica da circulação arterial do corpo humano, para não fazer das artérias do paciente um “verdadeiro tiro ao alvo”, para “acertar a artéria”, visto que a coleta é muito dolorosa e traumática para o paciente, principalmente quando necessita ser repetida. O coletor precisa se sentir totalmente seguro e capaz para a realização desse ato.

Esses alertas caracterizam a necessidade do Médico, se não estiver ele efetuando o procedimento, que esteja ao menos supervisionando-o, desde que, em última análise, a responsabilidade pelo ato é sua.

No presente parecer, não se cogita sobre a punção arterial profunda, a punção arterial para a monitorização contínua ou outras finalidades, que deve, nessa situação, ser realizada exclusivamente pelo profissional Médico, não podendo, sob pena de agravamento da responsabilidade, ser delegada a outros profissionais não Médicos.

A Legislação regulamentadora da profissão de Enfermeiro e Bioquímico não estabelece ser desses profissionais a atribuição da coleta de exames da complexidade da punção arterial profunda, devido às considerações feitas acima.

Portanto, entendemos que somente a punção de artéria radial possa ser executada por esses profissionais, Enfermeiros e Bioquímicos, sempre sob a supervisão do Médico.

É o parecer.

Curitiba, 01 de dezembro de 2005

Roseni T. Florencio
Cons^a. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 031/2005
Parecer CRMPR N°. 1720/2006
Parecer Aprovado N° 1742
Sessão Plenária de 09/01/2006

REVELAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE PACIENTE PSIQUIÁTRICO, HIV POSITIVO, COM O INTUITO DE EVITAR A CONTAMINAÇÃO DOS DEMAIS PACIENTES INTERNADOS

Célia inês Burgardt*

Palavras-chave: HIV, revelação de identidade, internamento psiquiátrico, contaminação, violência, precaução

DIAGNOSIS DISCLOSURE OF HIV POSITIVE PSYCHIATRIC PATIENT WITH THE INTENT TO AVOID CONTAMINATION TO THE REST OF THE INPATIENTS

Key words: hiv, disclosure of identity, psychiatric hospitalization, contamination, violence, precaution

CONSULTA

Os diretores e médicos de psiquiatria, encaminham ao CRMPR a seguinte consulta:

Vimos através desta consulta-los sobre a seguinte questão; paciente HIV positivo numa comunidade terapêutica. Por um lado sabemos que não podemos impedir a internação psiquiátrica de um paciente por ele ser HIV positivo, por outro lado, não podemos também obriga-lo a comunicar a situação para os outros pacientes. Considerando que em nosso trabalho há contínua e constante interação entre todos os pacientes e membros da equipe e que é possível (e até comum) episódios de descontrole com agressividade de alguns pacientes, como fica a responsabilidade da clínica diante dos outros pacientes? Exemplifico: um paciente HIV positivo quebrou um vidro. Outros pacientes se aproximaram para ajuda-lo e para cuidar dele correndo então riscos devido ao sangramento ocorrido no paciente. Por proteção (e direito) de todos os pacientes e membros da equipe (enfermagem, médicos, psicólogas, etc.), não seríamos obrigados a comunicar o fato de um determinado paciente ser HIV positivo? Como conciliar isso com o direito do paciente em não revelar sua doença?

Considerem que, em nosso tipo de trabalho os pacientes convivem e moram juntos por vários dias.

* Conselheira Parecerista CRMPR.

Solicitamos que nos ajudem a como legal, e eticamente, lidarmos com essa questão.”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Hoje a preocupação com as doenças transmissíveis é muito grande pelo próprio fato destas doenças estarem aumentando cada vez mais na comunidade. Desta forma os meios científicos estão elaborando estratégias para que o atendimento destes pacientes possa ocorrer da melhor forma possível, sem prejuízo ao próprio paciente, aos outros pacientes e também à equipe assistencial.

Programas especiais denominados de precauções e eventualmente isolamento norteiam as ações de proteção ao risco biológico inerentes aos serviços de saúde. Estas precauções se fundamentam no modo da transmissão do agente agressor, sendo que, quando este é desconhecido, devem ser instituídas as chamadas precauções padrão, ou seja, o cuidado com sangue e secreção de qualquer paciente.

O primeiro objetivo desta estratégia é a proteção contra doenças virais, que muitas vezes não apresentam qualquer sintomatologia nas pessoas, quer sejam os pacientes, ou até mesmo os próprios profissionais.

Entre os principais agentes etiológicos virais, destaca-se o vírus da hepatite B, o vírus da hepatite C e o vírus da imunodeficiência humana adquirida, este último, de menor transmissibilidade nos acidentes biológicos quando comparado ao vírus da hepatite B.

O fato de o paciente ser soropositivo para HIV, não limita seu internamento, mesmo quando a causa deste internamento esteja relacionada com a doença viral.

A revelação do estado sorológico do paciente está na dependência da sua autorização.

No presente caso, especificamente os pacientes psiquiátricos, que podem não ter o adequado poder de discernimento, esta autorização deve ser realizada oficialmente pelo representante legal do paciente.

Cientificamente, não há o porquê se diferenciar os portadores do HIV, daqueles portadores de outros vírus, ou pior ainda, daqueles cuja sorologia é desconhecida.

Destacamos que muitas vezes quando se revela que determinada pessoa é soropositiva, existe, mesmo que de forma inconsciente ou involuntária, certa discriminação no atendimento, levando também a certa confiança no atendimento daqueles outros pacientes que supostamente são negativos.

Lembramos o ditado: que a ausência da evidência não é a evidência da ausência.

Recomendamos que a Clínica mantenha o sigilo profissional com relação ao estado sorológico dos seus pacientes, revelando apenas quando for de vontade do paciente ou eventualmente de seu responsável legal.

A equipe assistencial, que é multidisciplinar, tomará conhecimento deste fato apenas se ele tiver relevância no tratamento da doença do paciente.

O dever do sigilo é da responsabilidade de todos os profissionais envolvidos com o paciente, não apenas do médico assistente.

Da mesma forma a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar em conjunto com a Medicina do Trabalho da Clínica devem organizar o Programa de Prevenção aos Riscos Biológicos, reforçando os pontos que caracterizam as situações específicas de risco com pacientes psiquiátricos, como aquela exemplificada na consulta.

É o parecer.

Curitiba, 30 de novembro de 2005.

Célia Inês Burgardt
Cons^o. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N^o. 076/2005
Parecer CRMPR N^o. 1724/2006
Parecer Aprovado N^o 1744 - Câmara I
Sessão Plenária de 23/01/2006

MÉDICOS ACUSADOS DE QUEIMAR COLEGA SERÃO JULGADOS

CRIME

SOROCABA, SP - OTribunal de Justiça de São Paulo, por maioria de votos, decidiu submeter ao júri popular os médicos Leandro Oliveira Pinho, Marcelo Tiezzi e Rodrigo Bornstein Martinelli, acusados de jogar álcool e atear fogo no então estudante Rodrigo Favoretto Cañas Peccini, durante uma festa de alunos de Medicina, em Sorocaba (SP). Eles vão responder pelo crime de tentativa de homicídio triplamente qualificado - motivo torpe, emprego de fogo e meio que dificultou a defesa da vítima.

O caso ocorreu em agosto de 1998, nas proximidades da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica (PUC), onde eles concluíram o curso. Rodrigo bebeu e caiu desacordado.

Os acusados Tiezzi e Martinelli molharam o corpo do rapaz com álcool e Pinho acendeu o isqueiro.

Transcrito da Gazeta do Povo, Março/2007.

TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR DE PACIENTE PARA OUTRO MÉDICO ASSISTENTE

Marco Antonio do S. M. Ribeiro Bessa*

Palavras-chave: transferência de paciente, medida intra-hospitalar, mudança de assistente, relação médico-paciente, normas, Ministério da Saúde

INTRA-HOSPITAL TRANSFER OF PATIENT TO ANOTHER ASSISTANT PHYSICIAN

Key words: patient transfer, intra-hospital measure, change of assistant, relationship physician/patient, norms, ministry of health

Trata-se de consulta encaminhada a esse Conselho pela Comissão de Ética Médica do Hospital (CEM) a respeito de transferência de paciente.

A CEM refere ter sido consultada quanto “a possibilidade de Diretor Geral interromper a relação médico paciente sob o argumento de redução de número de pacientes por médico e/ou face a transferência para outra dependência (unidade) do mesmo hospital”.

A consulta refere-se aos seguintes casos concretos:

- 1) O médico que teve seu paciente transferido para outra unidade, no mesmo hospital, ficando sob responsabilidade de outra médica assistente;
- 2) O médico que teve alguns pacientes que atendia há longo tempo transferidos para outra unidade e outro médico assistente.

PARECER

A relação médico paciente, como sabemos, é um dos fundamentos da profissão médica. Da qualidade dessa relação depende a adesão do enfermo ao tratamento.

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

Dista, no entanto, os tempos em que essa relacionamento era direto e estabelecido na maioria das vezes pela livre escolha que o paciente ou sua família faziam de seu próprio médico.

Nos dias atuais dentro dos serviços públicos (SUS) e dos convênios ou seguros-saúde a relação entre cliente e profissional é intermediada por burocracias e regras administrativas que, não só afastam os pólos da relação terapêutica, como muitas vezes impedem a continuação desse relacionamento.

Os casos que originaram essa consulta ocorreram no bojo de um processo denominado "desospitalização" ou reforma da assistência psiquiátrica, ditada pelo Ministério da Saúde. Condição onde médicos, pacientes, familiares e instituições clínicas foram submetidos a objetivos que, se no conceito ou nas intenções visava o benefício dos doentes, na realidade e nos resultados concretos, nem sempre isso foi alcançado.

Se o melhor seria que a relação entre os psiquiatras e seus doentes internados fosse preservada, a aplicação de normas instituídas pelo Ministério da Saúde, obrigava que os pacientes fossem encaminhados para outros serviços e para outros profissionais, ou até, para outras unidades de serviço, dentro do mesmo hospital.

Assim, o Hospital solicitante e a CEH, como o Diretor Geral e Administrativo, no cumprimento das normas do Ministério, que eram supervisionadas pelo Ministério Público, e que determinavam a transferência de pacientes para alas diferentes de seus atendimentos prévios, não conseguiu em todas as situações preservar o vínculo entre os psiquiatras e os pacientes.

Dessa forma, entendo não haver nenhum indício de infração ao Código de Ética Médica.

É o parecer.

Curitiba, 10 de agosto de 2006.

Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 02640/2004
Parecer CRMPR N°. 1752/2006
Parecer Aprovado N° 1813 - Câmara I
Sessão Plenária de 14/08/2006

INDICAÇÃO DE FARMÁCIA PELO MÉDICO COOPERADO DA UNIMED

Zacarias Alves de Souza Filho*

Palavras-chave: farmácia, indicação médica, Unimed, ato antiético, limitação, legal, responsabilidade

PHARMACY REFERRAL BY PHYSICIAN ASSOCIATED TO UNIMED (BRAZILIAN HEALTH INSURANCE PLAN)

Key words: pharmacy, medical referral, unimed, unethical action, limitation, legal, responsibility

Foi solicitado ao Conselho Regional de Medicina, parecer sobre o contido no Ofício Circular n.º 009/04, enviado pela Unimed interior à todos os seus médicos cooperados, informando dos descontos que serão aplicados por determinada farmácia na aquisição de medicamentos aos clientes e cooperados da Unimed, solicitando para que os médicos informem aos seus pacientes. Em virtude do exposto é indagado:

1. É legal/ético esta prática da Unimed?
2. A indicação de farmácia por parte do médico é ética?
3. Se houver infração ética, quais as medidas a serem tomadas?

Sobre os quesitos temos a aduzir o que segue:

Do Código de Ética Médica extraímos:

Art. 10 - O trabalho médico não pode ser explorado por terceiros com objetivo de lucro, finalidade política ou religiosa.

Art. 98 – É vedado ao médico: Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, laboratório farmacêutico, ótica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação ou comercialização de produtos de prescrição médica de qualquer natureza, exceto quando se tratar de Medicina de Trabalho.

comerciais coercivos ou desleais, bem como contra práticas e cláusulas abusiva ou impostas no fornecimento de produtos ou serviços;

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

Com base nesta exposição o médico não deve indicar farmácia ou laboratório, sobre esta ou qualquer outra influência estranha à Medicina, que possa ser caracterizada como o desejo de levar vantagem direta ou indireta (através do benefício a Cooperativa da qual é sócio), premiação ou aumento da clientela.

Diante das explanações, considero como conduta anti-ética, a indicação de farmácia ou laboratório, tanto por parte da Unimed, quanto por parte do médico cooperado, e que o fato do Ofício já ter sido enviado à todos os cooperados da Unimed Campo Mourão, cabe ao CRMPR, fazer o esclarecimento à Diretoria da referida cooperativa e que a mesma transmita aos seus cooperados o conteúdo deste parecer.

É o parecer.

Curitiba, 08 de junho de 2006.

Zacarias Alves de Souza Filho
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 062/2004
Parecer CRMPR N°. 1749/2006
Parecer Aprovado N° 1792 - Câmara I
Sessão Plenária de 19/06/2006

AVISO IMPORTANTE

**Ao contratarem médicos, as empresas devem exigir
e se assegurar da autenticidade dos
documentos apresentados.
Falsos médicos estão sendo presos.
EVITE PROBLEMAS.**

USO DE DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS EXTERNOS

Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho*

Palavras-chave: desfibriladores automáticos externo, qualificação técnica, parada cardíaca, treinamento, legislação, atenção contínua

USE OF AUTOMATIC EXTERNAL DEFIBRILLATORS

Key words: external automatic defibrilators, technical qualification, cardiac arrest, training, legislation, continuous attention

CONSULTA

“Tendo em vista o teor da Lei Estadual de N° 14427 de 07/06/2004, publicada no Diário Oficial N° 6746 de 08/06/2004, e o Ofício do Ministério Público do Estado do Paraná de N° 2293/2004 de 13/12/2004 cujo objetivo é fazer cumprir a citada lei, venho, na qualidade de Chefe do Distrito Sanitário, através deste, solicitar a gentileza de nos fornecer algumas informações para orientarmos corretamente os estabelecimentos por nosso serviço intimados para tal adequação.

Quais categorias profissionais estão capacitadas e habilitadas para operarem os “DAE” Desfibriladores Automáticos Externos ?

Onde são oferecidos cursos de capacitação para operação de tais equipamentos ?”

CONSIDERAÇÕES

Considerando que a morte súbita e inesperada ocorre também fora de ambiente de assistência dos Serviços de Saúde;

Considerando a Lei Estadual de N° 14427 de 07/06/2004 que em seu artigo primeiro aduz “Ficam obrigados os estabelecimentos públicos ou privados e os eventos de grande concentração de pessoas a manterem permanentemente, em local de fácil acesso, um aparelho desfibrilador automático externo (DAE) e uma pessoa qualificada a ofertar suporte básico de vida e manuseio técnico do referido aparelho,

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

a fim de possibilitarem atendimento emergencial na ocorrência de parada cardíaca, de acordo com as normas do Comitê Nacional de Ressuscitação Cardio Pulmonar;”

Considerando a relevância social da Lei em questão e a necessidade de sua aplicação.

CONCLUSÃO

Os profissionais que executem trabalhos nos locais onde se determinou por força da Lei que tenham o Desfibrilador Automático Externo, deverão ter acesso ao treinamento das medidas de Suporte Básico de Vida e do manuseio do Desfibrilador Automático Externo.

O treinamento deverá, necessariamente, ter identificação dos sinais premonitórios, quando ocorrerem, identificação da inconsciência, aplicação de medidas básicas de suporte de vida, noções de orientação ao público presente, e manejo do DEA.

O treinamento deverá ser oferecido continuamente.

Cada turno de trabalho deverá contar com equipe preparada para os atendimentos comentados.

A Sociedade Paranaense de Cardiologia poderá oferecer a capacitação aos Centros que solicitarem, desde que, disponham dos equipamentos.

É o parecer.

Curitiba, 03 de dezembro de 2005.

Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 090/2005
Parecer CRMPR N°. 1714/2006
Parecer Aprovado N° 1740 - Câmara IV
Sessão Plenária de 19/12/2005

A QUEM CABE O ATENDIMENTO CLÍNICO EM HOSPITAL PSQUIÁTRICO?

Raquele Rotta Burkiewicz*

Palavras-chave: atendimento clínico, hospital psiquiátrico, área de atuação, conduta

WHO SHOULD BE RESPONSIBLE FOR CLINICAL CARE IN PSYCHIATRIC HOSPITALS?

Key words: clinical care, psychiatric hospital, area of activity, conduct

A promotoria de Justiça encaminha solicitação para respostas a alguns quesitos abaixo enumerados.

Os Hospitais psiquiátricos devem prestar atendimento clínico aos pacientes neles admitidos para internamento? Em caso positivo a assistência mencionada há de ser realizada por profissional pertencente ao quadro clínico do estabelecimento ou, em havendo outras formas legais de suprir tais necessidades, quais são elas?

RESPOSTA

O Hospital psiquiátrico apresenta características diferentes de Hospital Geral, pois atende doentes mentais. Portanto, tanto a área física como os procedimentos médicos são diferentes. Inclusive a farmácia do Hospital apresenta situação diferenciada para a aplicação de medicação e os medicamentos são estocados de acordo com a demanda. O doente mental que apresenta algum tipo de doença física deve dar continuidade ao tratamento clínico a que se submete e o Hospital deve atender esta demanda. A situação é diferente quando o doente apresenta um quadro agudo de doença física, ou uma emergência dentro do Hospital Psiquiátrico. Nestes casos o médico atendente, ou o médico plantonista deverá proceder a um exame inicial para determinar o diagnóstico e a gravidade do caso e fazer os devidos encaminhamentos. Caso o Hospital não comporte o tratamento clínico por falta de material, enfermagem ou medicação o doente deve ser transferido para um Hospital Geral. O médico deve garantir vaga no Hospital referenciado e também deverá providenciar ambulância

* Conselheira Parecerista CRM/PR.

para transferência se for o caso. Se o doente estiver em más condições o médico antes deverá compensa-lo para depois transferi-lo. A ambulância deverá ter um médico acompanhando o doente, caso não haja o médico assistente deverá acompanhar.

2) Quando detectado problema clínico em paciente internado em Hospital psiquiátrico que demanda encaminhamento para Hospital Geral ou outro serviço, em regra, qual a conduta a ser adotada pelos referidos nosocômios e a quem compete providenciar a respectiva vaga Hospitalar, além do transporte do doente?

Resposta: Já respondido no item anterior

3) Em face de situações de urgência/emergência a conduta a ser adotada é ou pode ser diversa daquele estabelecida para situações eletivas, com o intuito de agilizar o atendimento diante da situação de risco identificada? Nestes casos, como deve ser considerado o comportamento reticente da família e qual a responsabilidade do Hospital onde se encontra internado o doente bem como do profissional que o assiste diretamente?

Resposta: Urgência/emergência são situações de risco de vida e o médico assistente/plantonista deve agir com rapidez, o objetivo é salvar o doente e nestas situações a família não deveria interferir sob pena de retardar o atendimento e provocar a morte do paciente. O médico deve agir em benefício do paciente utilizando todos os meios de que dispõe para salva-lo. A responsabilidade sobre o doente é do médico e do Hospital. Caso a família se recusa a fazer a transferência ou o tratamento adequado deve se responsabilizar por esta decisão e suas conseqüências.

É o parecer.

Curitiba, 26 de janeiro de 2006.

Raquele Rotta Burkiewicz
Cons^a. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 03/2002
Parecer CRMPR N°. 1730/2006
Parecer Aprovado N° 1745 - Câmara III
Sessão Plenária de 30/01/2006

RESPONSABILIDADE DO CIRURGIÃO À ASSISTÊNCIA DE PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO EM TURNO DE 24 HORAS SEMANAIS

Carlos Edmundo Rodrigues Fontes*

Palavras-chave: responsabilidade do cirurgião, plantão hospitalar, pós-operatório, assistência médica

THE SURGEON WORKING A 24 HOUR-A-WEEK SHIFT IS RESPONSIBLE FOR ASSISTING PATIENTS DURING POST-SURGERY PERIOD

Key words: surgeon responsibility, on-call hospital services, post surgery follow-up, medical assistance

CONSULTA

Médico V. N. P. solicita parecer a respeito de responsabilidade à assistência de pacientes pós-cirúrgico em hospital público em que atua como cirurgião, com carga horária de 20 horas/semanais em regime de turno de 4 horas diárias de segunda a sexta-feira sendo o único a atender esta especialidade no hospital. Questiona ainda a responsabilidade por procedimentos cirúrgicos e atendimento a intercorrências fora de sua carga horária sem remunerado para tanto, e se o hospital pode ter cirurgia já que não possui cirurgião 24 horas.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O parecer neste caso está pautado em dois princípios éticos fundamentais contidos claramente no Código de Ética Médica:

Art.2 – O alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

Art.3 – A fim de que possa exercer a medicina com dignidade, o médico deve ter condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

Diante disto fica claro que a responsabilidade de acompanhamento do paciente pós-operatório deve ser do médico que assistiu o paciente, pessoalmente ou em conjunto com sua equipe, porém será o médico assistente sempre o responsável pelo paciente até a sua alta hospitalar.

A jornada de trabalho de 20 horas/semanais em regime de turno de 4 horas diárias, muitas vezes não é suficiente para o atendimento as operações, visitas e atendimento a intercorrências pós-operatórias, devendo nestes casos a instituição prover pagamento de horas extras ou contratação de serviços de plantão de sobreaviso, nos casos de pacientes cirúrgicos, atividade esta regulamentada pelo CRM pelo Parecer nº. 09/03.

Feitas essas considerações preliminares e mantendo esta linha de raciocínio entende este parecerista que o cirurgião que realizou determinado procedimento cirúrgico deve assistir e acompanhar o seu paciente até a alta hospitalar, pessoalmente ou em conjunto com a equipe do serviço, porém sempre como responsável direto pelo paciente, este parecer tem como balizamento da questão, a Resolução do CFM nº. 1.493/98 que considera direito do paciente a ter um médico como responsável direto por sua internação, assistência e alta.

Em relação ao pagamento de horas trabalhadas não computadas dentro dos turnos de trabalho, não há como questionar, que enquanto o profissional estiver de prontidão para o atendimento de intercorrências, mesmo em escala de sobreaviso, é de direito o recebimento por este trabalho, devendo permanecer em condições ao chamado do hospital.

Além da ausência de privacidade, que caracteriza o fato de o profissional permanecer em serviço mesmo de sobreaviso, existe o vínculo estabelecido com a instituição que o contratou. Se é exigido a responsabilidade da assistência e acompanhamento pelo profissional, é obrigação da instituição o devido pagamento pelo serviço prestado.

É o parecer.

Maringá, 09 de novembro de 2005.

Carlos Edmundo Rodrigues Fontes
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 081/2005
Parecer CRMPR N°. 1728/2006
Parecer Aprovado N° 1745 - Câmara I
Sessão Plenária de 06/02/2006

CABE AO MÉDICO REALIZAR CAUTERIZAÇÃO DE VERRUGAS

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke*

Palavras-chave: cauterização de verrugas, podologia, médico, técnicas de cauterização, ácido nítrico

SHOULD A DOCTOR PERFORM CAUTERIZATION OF WARTS?

Key words: cauterization of warts, podology, medical action, cauterization techniques, nitric acid

CONSULTA

A Sra. R. M. L. de cidade o interior, realiza consulta a este Conselho sobre a quem cabe o direito legal para realizar cauterização de verrugas, visto este tipo de procedimento estar sendo ensinado em curso técnico em podologia.

Anexa anúncios de podólogos, bibliografia, não identificada a origem, sobre efeitos colaterais dos fenóis, e a tabela de preços de serviços do SENAC, onde consta o valor de R\$ 3,00, por sessão, para a cauterização de verrugas.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

No site do SENAC, acessamos o currículo do curso Técnico em Podologia, onde na grade correspondente à farmacologia, consta o ensino de: drogas e medicamentos de uso tópico em podologia; efeitos colaterais, contra-indicações e as reações adversas das drogas e medicamentos de uso tópico em podologia; características farmacocinéticas das drogas e medicamentos dermatológicos; características farmacodinâmicas das interações medicamentosas relacionadas aos procedimentos resultantes da intervenção dos podólogos.

Em contato realizado com a responsável pelos cursos no SENAC, informou ser orientado o uso de ácido nítrico.

Em contato telefônico com podólogos, de outros locais, informaram utilizar ácido, e eventualmente anestésico e desbaste mecânico.

* Conselheira Parecerista CRMPR.

CONSIDERAÇÕES

O ácido nítrico é altamente corrosivo e seus vapores são muito irritantes para as membranas oculares e respiratórias. Se a concentração for elevada pode causar alterações respiratórias, edema pulmonar e morte. No sistema nervoso central pode causar cefaléia e tontura. Se no meio ambiente, pode levar a metahemoglobinemia por oxidação do ferro da hemoglobina.

O contato com a pele provoca queimaduras. A severidade das lesões depende da duração da exposição e da concentração.

Após diversas consultas a Conselhos correlatos e à Sociedade Brasileira de Dermatologia, faz-se necessário considerar.

1. A regulamentação do âmbito de atuação de cada categoria profissional.
2. O ácido nítrico não ser utilizado em procedimento cosmético.
3. Que o tratamento de verruga pressupõe um diagnóstico prévio, realizado por médico.
4. A necessidade de diagnóstico diferencial com processo neoplásico.
5. A necessidade de prescrição médica.

CONCLUSÃO

Consideramos que o conhecimento a respeito dos diversos métodos existentes para o tratamento de verrugas e que o uso dos mesmos enseja um correto diagnóstico e manejo cuidadoso, é da área de atuação do médico, pois é este o profissional que faz o diagnóstico, indica a terapêutica e está apto a compreender e solucionar complicações inerentes a qualquer procedimento terapêutico.

O ácido nítrico faz parte do arsenal para o tratamento da manifestação da verruga viral, portanto, é um medicamento, que requer o mesmo cuidado diagnóstico e de manejo.

É o parecer.

Curitiba, 17 de julho de 2006.

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke
Cons^a. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 06/2005
Parecer CRMPR N°. 1793/2006
Parecer Aprovado N° 1806 - Câmara IV
Sessão Plenária de 24/07/2006

EMPRESAS OPERADORAS DE SAÚDE NÃO PODERÃO MAIS EXIGIR CID PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES

Cremerj ganha de liminar na Justiça com efeito em todo o território nacional.

NOTA OFICIAL AOS MÉDICOS E À POPULAÇÃO

Desde o ano de 2000, o Ministério Público Federal, motivado por representação do CREMERJ, propôs Ação Civil Pública contra a Agência Nacional de Saúde e diversas operadoras, visando coibir os conhecidos abusos praticados por estas e a omissão do órgão regulador.

O processo em referência, que tomou o número 2000.51.01.030760-4, corre perante a 6ª Vara Federal do Rio de Janeiro, tendo o juiz da causa – depois de deferir parcialmente a liminar solicitada – proferido sentença proibindo aos réus, dentre os quais encontram-se AMIL, MARÍTIMA SAÚDE, DIX, GEAP, SUL AMÉRICA, SAÚDE BRADESCO, além de outros, in verbis “de se absterem permanentemente de exigir o preenchimento da CID como condição para a realização de exames e pagamento dos honorários médicos, aceitar a realização de exames e outros procedimentos médicos afins solicitados por profissionais não credenciados, autorizar as reconsultas independentemente de delimitação de prazo e justificativa, além de impor à ANS o dever de ditar regras claras que coíbam os abusos das operadoras.”

A decisão acima, embora tenha sido alvo de diversos recursos por parte da ANS e dos demais réus, deve ser cumprida integralmente, enquanto não reformada, conforme a última e recente deliberação do juiz, atendendo manifestação do Ministério Público Federal. Entendemos que esta decisão impede a oposição da CID (Classificação Internacional de Doenças) nos formulários da TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar), proposta pela ANS.

Cons^a. Márcia Rosa de Araújo, Presidente do CREMERJ

Fonte: O Estado de São Paulo, 28/03/2007.

ESCOLHA DE TERAPIA É DO MÉDICO E NÃO DO PLANO DE SAÚDE

Tribunal define que seguradora não deve interferir na decisão.

Uma decisão inédita do Superior Tribunal de Justiça (STJ) reconheceu que os clientes de planos de saúde têm direito de se submeterem a tratamentos indicados pelos médicos e não apenas os cobertos pelos planos de saúde. O entendimento, que cria jurisprudência, foi firmado durante o julgamento de um recurso movido por parentes de Anselmo Vessoni, que morreu em decorrência de um câncer no pulmão.

A decisão unânime foi tomada no último dia 15 de março pelos ministros da 3ª Turma do STJ. Eles concluíram que o plano de Saúde Itaú Seguros S/A, contratado por Vessoni, previa a cobertura do tratamento indicado pelo médico que assistia o doente e não aquele restritivo imposto pela empresa.

Segundo os ministros, o médico e não o plano de saúde é o responsável por indicar a terapia pela qual o paciente deve passar. Em tese, a seguradora poderá recorrer ao Supremo Tribunal Federal (STF) argumentação suposta violação a artigos da Constituição.

A ação foi movida inicialmente pelo próprio Vessoni. Ele pedia que a seguradora fosse obrigada a pagar as sessões de quimioterapia às quais se submeteu para tratar o câncer de pulmão. A seguradora alegava que a apólice do plano não previa a cobertura de tratamentos ambulatoriais e de quimioterapia. O contrato foi assinado em 1982, muito antes da nova legislação começar a vigorar, em janeiro de 1999.

Na Justiça de 1ª instância, o pedido de Vessoni foi aceito e foi determinado à seguradora que pagasse todo o tratamento do paciente. Àquela altura ele já tinha morrido. A empresa recorreu ao Tribunal de Justiça de São Paulo e conseguiu reverter a decisão. O recurso julgado pelo STJ foi movido pelos parentes de Vessoni.

“Se o plano está destinado a cobrir despesas relativas ao tratamento, o que o contrato pode dispor é sobre as patologias cobertas, não sobre o tipo de tratamento para cada patologia alcançada pelo contrato. Na verdade, se não fosse assim, estar-se-ia autorizando que a empresa se substituísse aos médicos na escolha da terapia adequada de acordo com o plano de cobertura do paciente, o que é incongruente com o sistema de assistência à saúde”, afirmou durante o julgamento o relator do recurso no STJ, ministro Carlos Alberto Menezes Direito.

Regulamentação

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) recomendou que todos os consumidores migrem para planos de saúde criados depois de 1998, quando a agência

reguladora foi criada, para evitar problemas como o do paulista Anselmo Vessoni, cliente da Itaú Seguros.

Portador de câncer de pulmão, ele era cliente de um plano anterior à regulamentação, que se recusou a cobrir sessões de quimioterapia. Os planos antigos, ao contrário dos novos, que são regidos pelas normas da ANS, não são obrigados a pagar o tratamento de todas as doenças nem a autorizar a execução do rol de procedimentos médicos mais freqüentes.

“A gente observa que os planos novos são capazes de cumprir todas as demandas. Esses problemas sempre acontecem com os planos antigos, e precisam ser solucionados na Justiça, que costuma ser favorável ao consumidor”, analisou o gerente-geral de Estrutura e Operações de Produtos da ANS, Everaldo Braga.

Em relação aos planos novos, a operadora pode criar mecanismos de regulação para autorizar casos de alta complexidade, como a exigência de laudos médicos. Mesmo no caso de uma negativa, é necessário que o médico do paciente e o da operadora entrem num acordo. “Ouvir uma segunda opinião é altamente recomendável, sobretudo em procedimentos de alta complexidade”, ponderou Braga. “Mas quem determina o tratamento é o médico. Não pode haver limite de custos para a cobertura”, disse ele. Segundo Braga, as negativas administrativas só podem ser feitas quando o consumidor está no período de carência ou em situação de inadimplência.

Apesar de as normas da ANS abrangerem a cobertura de quase todas as doenças e procedimentos mais freqüentes, ainda há situações em que a lei não obriga a operadora a custear o tratamento, como no caso de transplantes que não sejam de rins ou córneas. “Mesmo assim já há operadoras com contratos que englobam esses casos”, afirmou.

Braga, no entanto, não concorda que clientes de planos hospitalares tenham direito a tratamento ambulatorial, nem vice-versa. “A ANS determina um rol de procedimentos para cada tipo de cobertura, hospitalar ou ambulatorial. Não pode também o cliente comprar um deles e ter acesso a absolutamente tudo, encarecendo os gastos da operadora”, disse Braga.

Fonte: O Estado de São Paulo, 26/03/2007.

AUTO-HEMOTERAPIA: ANVISA DIVULGA NOTA TÉCNICA ALERTANDO PARA ILEGALIDADE DO PROCEDIMENTO

Nota Técnica nº 1 de 13 de abril de 2007

Auto-Hemoterapia:

“Injeção de sangue vira mania no país e preocupa médicos”.

Considerando os questionamentos recebidos pela Gerência de Sangue e Componentes – GGSTO/ ANVISA, sobre a prática denominada de “auto-hemoterapia” esclarecemos o que segue:

1. A prática do procedimento denominado auto-hemoterapia não consta na RDC nº. 153, de 14 de junho de 2004, que determina o regulamento técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea.

2. Tal procedimento consiste na retirada de sangue por punção venosa e a sua imediata administração por via intramuscular ou subcutânea, na própria pessoa.

3. Não existem evidências científicas, trabalhos indexados, que comprovem a eficácia e segurança deste procedimento.

4. Este procedimento não foi submetido a estudos clínicos de eficácia e segurança, e a sua prática poderá causar reações adversas, imediatas ou tardias, de gravidade imprevisível.

5. A Resolução CFM nº 1.499, 26 de agosto de 1998, proíbe aos médicos a utilização de práticas terapêuticas não reconhecidas pela comunidade científica. O reconhecimento científico, quando e se ocorrer, ensejará Resolução do Conselho Federal de Medicina oficializando sua prática pelos médicos no país. Proíbe também qualquer vinculação de médicos a anúncios referentes a tais métodos e práticas.

6. A Sociedade de Hematologia e Hemoterapia não reconhece o procedimento auto-hemoterapia.

7. O procedimento “auto-hemoterapia” pode ser enquadrado no inciso V, Art. 2º do Decreto 77.052/76, e sua prática constitui infração sanitária, estando sujeita às penalidades previstas no item XXIX, do artigo 10, da Lei nº. 6.437, de 20 de agosto de 1977.

8. As Vigilâncias Sanitárias deverão adotar as medidas legais cabíveis em relação à referida prática.

Fontes: Anvisa e Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia - www.crmpr.org.br

INJEÇÃO DE SANGUE VIRAMANIA NO PAÍS E PREOCUPA MÉDICOS

Anvisa alerta que a prática é arriscada e sem comprovação científica e manda punir estabelecimento que fizer aplicações

Pacientes estariam abandonando o tratamento convencional para adotar a terapia, colocando a saúde em risco, segundo médicos

Um tratamento ilegal, que envolve injeções de sangue e vem sendo difundido pela internet, virou febre no país e motivo de preocupação para os médicos. Pacientes estariam abandonando os tratamentos convencionais e adotando a terapia mesmo sem nenhuma comprovação científica dos benefícios ou da segurança.

A “auto-hemoterapia” (AH) consiste em retirar uma quantidade de sangue da veia e injetar no músculo da mesma pessoa. A promessa é de cura ou alívio dos sintomas de doenças que vão de rinites e dermatites ao câncer e a Aids. Na última sexta-feira, a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) publicou uma nota técnica alertando que a prática poderá causar reações adversas, imediatas ou tardias, de gravidade imprevisível. Também determina que as vigilâncias sanitárias estaduais adotem medidas legais cabíveis -de multas ao fechamento do local que oferece a terapia.

Para Carlos Chiattonne, presidente da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, a curto prazo a prática pode oferecer perigos de infecção. “Antes de ser injetado, o sangue pode se contaminar. A longo prazo, ninguém sabe.” Chiattonne diz estar assustado com a “divulgação assombrosa” na internet. “O paciente não deve se iludir e parar o tratamento convencional.”

A auto-hemoterapia tem sido praticada em farmácias ou por profissionais que vão até a casa da pessoa aplicar a injeção.

Recentemente, a Vigilância Sanitária de Criciúma (SC) fechou uma farmácia que fazia o procedimento. O dono respondeu a inquérito policial e o caso está no Ministério Público. A Folha apurou que em uma farmácia em Goiânia (GO) há pelo menos mil pessoas fazendo o “tratamento”. Um deles é A.H.C., 32, que afirma ter feito seis aplicações de sangue para curar bronquite asmática. “Não tive mais crise e deixei de usar os inaladores.” Na internet, fóruns de discussão mostram que a prática está disseminada no país. O técnico em enfermagem Luiz, que trabalha em dois hospitais municipais de Porto Velho (RO), conta em um desses fóruns que aplica semanalmente 40 injeções de auto-hemoterapia em vizinhos. O CFM (Conselho Federal de Medicina) divulgou um alerta condenando o procedimento, embora o maior incentivador seja um médico: Luiz Moura, 83, do Rio de Janeiro, que produziu um vídeo

em que explica como fazer o tratamento ao qual atribui várias curas. Procurado pela Folha por telefone, Moura não foi encontrado no seu consultório. Uma mensagem eletrônica gravada diz que ele não está atendendo. O Cremerj (conselho de medicina do Rio de Janeiro) informa que não pode dizer se Moura está sendo investigado.

Desde 1911

No Brasil, os primeiros registros sobre a prática da auto-hemoterapia para tratar enfermidades como a febre tifóide datam de 1911 e foram escritos por F. Ravaut, segundo o médico Luiz Moura, em artigo no site da Associação Brasileira de Medicina Complementar. Ele afirma que entre 1943 e 1947, quando cursava a Faculdade Nacional de Medicina (RJ), aplicou a terapia em pacientes que seu pai operava na Casa de Saúde São José. Segundo Moura, o objetivo era evitar infecção. Depois, ele diz ter aplicado a auto-hemoterapia em casos de acne juvenil e, a partir de 1976, em outras doenças.

Fonte: O Estado de S.Paulo - www.crmpr.org.br

MÉDICA CONDENADA POR NEGLIGÊNCIA

O juiz da 3ª. Vara Federal Criminal de Curitiba, Nivaldo Brunoni, condenou, na última quarta-feira, a médica, por negligência de diagnóstico e atendimento. De acordo com denúncia do Ministério Público Federal, no dia 22 de setembro de 1999, a médica plantonista do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), em Curitiba, deixou de adotar os procedimentos médicos necessários no atendimento da menor B. R. S. W., de 3 anos.

A criança deu entrada no hospital com um quadro de diarreia e vômitos. Os pais da menor já tinham procurado auxílio médico em outros hospitais e no próprio Hospital de Clínicas, sem que seu estado apresentasse melhora. A criança tinha um histórico clínico de 3 dias de febre intermitente. Após breve exame clínico, a médica anotou que a criança apresentava bom estado geral e diagnosticou amigdalite, receitando injeção de bezetacil, soro e nimesulid gotas. A criança foi liberada para casa e faleceu aproximadamente três horas depois, em razão de septicemia, broncopneumonia e hepatite aguda, de acordo com o laudo de necropsia realizado no mesmo dia.

De acordo com a decisão, a médica deixou de auxiliar seu diagnóstico por meio de um hemograma, teste de urina ou exame radiológico. (Justiça Federal).

Transcrito da Gazeta do Povo, Maio/2007.

UMA VISÃO ANTROPOLÓGICA DO ABORTO

Julián Marías*

*** Nota editorial:** A morte do filósofo e escritor espanhol Julián Marías, em dezembro de 2005, foi pouco notada no Brasil. Discípulo de José Ortega y Gasset, Marías foi responsável por introduzir milhares de jovens e adultos no mundo da filosofia, versando sobre assuntos complexos com brilhante profundidade e simplicidade. Neste artigo publicado em 1983 na revista *Cuenta y Razón*, traduzido com exclusividade para o MSM, Marías lida com a questão social que, de todas, considerava a mais grave: a aceitação do aborto voluntário.

A espinhosa questão do aborto voluntário que nos últimos anos adquiriu uma amplitude descomunal, até converter-se em uma das questões mais urgentes nas sociedades ocidentais, pode ser proposta de diversas maneiras. Entre os que consideram a inconveniência ou ilicitude do aborto, a posição mais freqüente é a religiosa. Sem dúvida que, para os cristãos (às vezes, de maneira mais estreita, para os católicos), o aborto pode ser ilícito mas não se pode impor a uma sociedade inteira uma moral “particular”. Quer dizer, os argumentos fundados na fé religiosa não são válidos para os não crentes.

Raramente se investiga se os argumentos assim propostos, ainda que procedendo de uma maneira cristã de ver a realidade, não têm força de convicção inclusive prescindindo dessa origem; o fato é que todos os que não participam dessa crença os repudiam e consideram que não lhes podem levar em conta. E os fatos devem ser considerados.

Há outra posição que pretende ter validade universal, que é a científica. As razões biológicas, concretamente genéticas, são tidas como demonstráveis, inteiramente fidedignas, conclusivas para todos. Certamente essas razões têm valor muito alto, e devem ser levadas em conta, mas suas provas não são acessíveis à imensa maioria dos homens e mulheres, que as admitem por fé (isto é, por fé na ciência, pela validade que ela tem no mundo atual).

Há outro fator que me parece mais grave a respeito da posição científica da questão: depende do estado atual da ciência biológica, dos resultados da mais recente e avançada investigação. Quero dizer que o que hoje se sabe, não se sabia antes. Os argumentos dos biólogos e geneticistas, válidos para o que conhece estas disciplinas e para os que participam da confiança nelas, não foram válidos para os homens e mulheres de outros tempos, inclusive muito recentemente.

Creio que faz falta uma posição elementar, ligada à mera condição humana, acessível a todos, independente de conhecimentos científicos ou teológicos que poucos possuem. É forçoso propor uma questão tão importante, de conseqüências práticas decisivas, que afeta a milhões de pessoas e à possibilidade de vida de milhões de crianças que nascerão ou deixarão de nascer, de uma maneira evidente, imediata, fundada no que todos vivem e entendem sem interposição de teorias (que às vezes impedem a visão direta e provocam desorientação).

Esta visão não pode ser outra senão a antropológica, fundada na mera realidade do homem tal como se vê, se vive, se compreende a si mesmo. Temos, pois, de tentar retroceder ao mais elementar, que não tem pressupostos de nenhuma ciência ou doutrina, que apela unicamente à evidência e não pede mais que uma coisa: abrir os olhos e não colocar-se de costas para a realidade.

Trata-se da distinção decisiva entre coisa e pessoa. Bem, dito assim pode parecer coisa de doutrina. Por verdadeira e justificável que seja, evitemo-la. Limetemo-nos a algo que faz parte de nossa vida mais elementar e espontânea: o uso da língua.

Todo mundo, em todas as línguas que conheço, distingue, sem a menor possibilidade de confusão, entre que e quem, algo e alguém, nada e ninguém. Se entro em uma casa onde não há nenhuma pessoa, direi: “não há ninguém”, mas não me ocorrerá dizer: “não há nada”, porque pode estar cheia de móveis, livros, lustres, quadros. Se se ouve um grande ruído estranho, me alarmarei e perguntarei: “O que é isso?”. Mas se ouço batidas na porta, nunca perguntarei “o que é?” mas sim “quem é?”. Apesar disso, a ciência e mesmo a filosofia estão há dois milênios e meio fazendo a pergunta: “Que é o homem?”, com a qual pelo menos derrubaram a estrutura de uma resposta errada, porque só de maneira muito secundária é o homem um “que”; a pergunta certa e pertinente seria: “Quem é o homem?”, ou, com mais rigor e adequação: “Quem sou eu?”.

Claro, “eu” ou “tu”, ou “ele” sempre que se entenda de maneira inequivocamente pessoal. É significativo que os pronomes de primeira e segunda pessoa (eu, tu) têm somente uma forma, sem distinção de gênero, enquanto que o da terceira pessoa admite essa distinção, e inclusive com dois gêneros (ele, ela). Quem fala e a quem se fala são realidades imediatas e pessoas, e seu gênero é evidente na ação mesma, mas não é assim quando se fala de alguém no presente (e, ademais, se pode falar de algo).

O que isso tem a ver com o aborto? O que me interessa aqui é ver o que é, em que consiste, qual é a sua realidade. O nascimento de uma criança é uma radical inovação de realidade: a aparição de uma realidade nova. Dirão talvez que não é propriamente nova, uma vez que se deriva ou vem de seus pais. Direi que é verdade e muito mais: dos pais, dos avós, de todos os antepassados; e também do oxigênio, nitrogênio, hidrogênio, carbono, cálcio, fósforo e todos os demais elementos que intervêm na composição de seu organismo. O corpo, o psíquico, até o caráter vem daí e não é algo rigorosamente novo.

Diremos que o que a criança é se deriva de tudo isso que enumeramos, é redutível a isso. É uma “coisa”, certamente animada e não inerte, diferente de todas as demais, em muitos sentidos única, mas uma coisa. Desse ponto de vista, sua destruição é irreparável, como quando se quebra uma peça que é exemplar único. Todavia, isso não é o importante.

O que é a criança pode “reduzir-se” a seus pais e ao mundo; mas a criança não é o que é. É alguém. Não um que, mas um quem, alguém a quem se diz tu, que dirá no momento certo, dentro de algum tempo, eu. E este quem é irredutível a tudo e a todos, aos elementos químicos e a seus pais, e a Deus mesmo, se pensarmos nele. Ao dizer “eu”, enfrenta-se com todo o universo, contrapõe-se polarmente a tudo o que não é ele, a tudo o mais (incluindo, claro, o que é).

É um terceiro absolutamente novo, que se soma ao pai e à mãe. E é tão distinto do que é, que dois gêmeos univitelinos, biologicamente indiscerníveis e que podemos supor “idênticos”, são absolutamente distintos entre si e a cada um dos demais; são, sem a menor sombra de dúvida, “eu” e “tu”.

Quando se diz que o feto é “parte” do corpo da mãe, se diz uma grande falsidade, porque não é parte: está alojado nela, melhor ainda, implantado nela (nela e não meramente em seu

corpo). Uma mulher dirá: “estou grávida”, nunca “meu corpo está grávido”. É um assunto pessoal por parte da mãe.

Ademais, e sobretudo, a questão não se reduz ao que, senão a esse quem, a esse terceiro que vem e que fará com que sejam três os que antes eram dois. Para que isto seja mais claro ainda, pensemos na morte. Quando alguém morre, nos deixa sós; éramos dois e agora não há mais que um. Inversamente, quando alguém nasce, há três em vez de dois (ou, se for o caso, dois em vez de um).

Isto é o que se vive de maneira imediata, o que se impõe à evidência sem teorias, o que refletem os usos da linguagem. Uma mulher diz: “vou ter um filho”; não diz: “tenho um tumor”. (Quando uma mulher acredita estar grávida e verifica que o que tem é um tumor, sua surpresa é tal que mostra até que ponto se trata de realidades radicalmente diferentes).

A criança não nascida ainda é uma realidade vindoura, que chegará se não a pararmos, se não a matarmos no caminho. Mas se investigarmos bem as coisas, isso não é exclusivo da criança antes do nascimento: o homem é sempre uma realidade vindoura, que vai se fazendo e realizando, alguém sempre inconcluso, um projeto inacabado, um argumento que tende a uma solução.

E se dissermos que o feto não é um “quem” porque não tem uma vida “pessoal”, então teríamos que dizer o mesmo da criança já nascida durante muitos meses (e do homem durante o sono profundo, da arteriosclerose avançada, da extrema senilidade, sem dizer do estado de coma).

Às vezes lançam mão de uma expressão de refinada hipocrisia para denominar o aborto provocado; dizem que é a “interrupção da gravidez”. Os partidários da pena de morte teriam suas dificuldades resolvidas: para que falar de tal pena, de tal morte? A forca ou o garrote podem chamar-se “interrupção da respiração” (e basta um par de minutos); já não há mais problema. Quando provoca-se o aborto ou enforca-se alguém, não se interrompe a gravidez ou a respiração; em ambos os casos mata-se alguém.

E, claro, é uma hipocrisia ainda maior considerar que há diferença em que lugar do caminho se encontra a criança, a que distância em semanas ou meses dessa etapa da vida que se chama nascimento será surpreendida pela morte.

Consideremos outro aspecto da questão. Com frequência se afirma a licitude do aborto quando se julga que provavelmente aquele que vai nascer (ou que iria nascer) seria anormal, física ou psicologicamente. Mas isso implica que o que é anormal não deve viver, já que essa condição não é provável, senão segura. E teríamos de estender a mesma norma ao que chega a ser anormal por acidente, enfermidade ou velhice. Se temos tal convicção, então temos de sustentá-la com todas as suas conseqüências. Esta situação não é nova; já foi aplicada, e com grande amplitude, na Alemanha hitlerista, há meio século, com o nome de eugenia prática.

O que me interessa é entender o que é aborto. Com incrível frequência mascara-se sua realidade com seus fins. Quero dizer que tentam identificar o aborto com certos propósitos que pareçam valiosos, convenientes ou pelo menos aceitáveis: por exemplo, o controle populacional, o bem-estar dos pais, a situação da mãe solteira, as dificuldades econômicas, a conveniência de dispor de tempo livre, a melhoria da raça. Poder-se-ia investigar em cada caso a veracidade ou a justificação desses mesmos fins (por exemplo, foi feita uma campanha abortista em uma região da América do Sul de 144.000 quilômetros quadrados de extensão e 25.000 habitantes, isto é, despovoada). Mas o que quero mostrar é que esses fins não são o aborto.

O correto seria dizer: para isso (para conseguir isso ou aquilo) deve-se matar tais pessoas. Isto é o que se propõe, o que em tantos casos se faz em muitos países na época em que vivemos. Esta é a significação antropológica dessa palavra tão usada e abusada, que se escreve mais vezes em um só dia do que em qualquer outra época em um ano.

E mais uma prova de como se pensa o tema do aborto, eliminando arbitrariamente a condição pessoal do homem, o caráter de quem se fala, é que em muitas legislações sobre o assunto – sem irmos mais longe, a que se propõe atualmente na Espanha – se prescinde inteiramente do pai. Atribui-se a decisão exclusivamente à mãe (a palavra não parece inteiramente apropriada, seria mais adequado falar da fêmea grávida), sem que o pai tenha nada a dizer. Isto é, mesmo no caso em que o pai seja perfeitamente conhecido e legítimo, por exemplo, se se trata de uma mulher casada, é ela e somente ela é quem decide, e se sua decisão é abortar, o pai não pode fazer nada para que não matem a seu filho.

Isto, claro, não se diz assim; tende-se a não dizê-lo, a passar por alto, para que não se advirta o que significa. Em uma época em que se fala tanto da “mulher objeto” – não sei se alguma vez chegou a ser assim; suspeito que sempre a viram como “sujeito” (ou “sujeita”) –, um caminho foi aberto na mente de inúmeras pessoas a interpretação da criança-objeto, da criança-tumor, que se pode extirpar como um crescimento nojento. Trata-se de obliterar literalmente o caráter pessoal do humano. Para isso fala-se do “direito de dispor do próprio corpo”. Mas, além da criança não ser o corpo do mãe, senão que é alguém corporalmente implantado na realidade corporal de sua mãe, é que esse suposto direito não existe. A ninguém se permite a mutilação: se eu quero cortar minha mão num golpe só, os outros, e em última instância o poder público, me impedirão; sem falar no caso de querer cortar a mão de outrem, mesmo com seu consentimento. E se quero me atirar da janela ou de um terraço, a polícia e os bombeiros acudir-me-ão e pela força me impedem de realizar esse ato, do qual me pedirão explicações.

O núcleo da questão é a negação do caráter pessoal do homem. Por isso oculta-se a paternidade; por isso reduz-se a maternidade ao estado de suportar um crescimento intruso que pode ser eliminado. Descarta-se todo uso possível do quem, dos pronomes tu e eu. Tão logo apareçam, toda o castelo erguido para justificar o aborto rui como uma monstruosidade.

Por acaso não se trata precisamente disso? Não estará em curso um processo de despersonalização, isto é, de desumanização do homem e da mulher, as duas formas irredutíveis, mutuamente necessárias em que se realiza a vida humana?

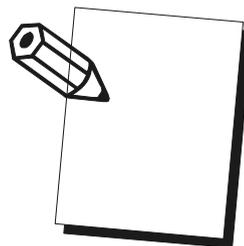
Se as relações de maternidade e paternidade forem abolidas, se a relação entre os pais for reduzida a uma mera função biológica sem duração para além do ato de geração, sem nenhuma significação pessoal entre as três pessoas implicadas, que ocorre de humano em tudo isso? E se isso se impõe e se generaliza, se em fins do século XX a humanidade vive de acordo com esses princípios, não estará comprometida, quem sabe até quando, essa mesma condição humana?

Por isso me parece que a aceitação social do aborto é, sem exceção, o que de mais grave tem acontecido neste século que vai chegando ao fim.

Tradução Edward Wolff - © 2006 MidiaSemMascara.org - 12-01-2006



MUDANÇA DE ENDEREÇO



COMUNIQUE

Fone 0 xx 41 - 3240-4000
Fax 0 xx 41 - 3240-4001
e-mail: crmpr@crmpr.org.br

Lei nº 3.268 de 1957. Decreto Federal nº 44.045 de 19.07.1958.

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 (0xx41) 3240-4000 - FAX (0xx41) 3240-4001

FORMULÁRIO PARA ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO

Médico(a):..... CRM/PR.....

Favor assinalar o endereço onde deseja receber as correspondências:

END. POSTAL RESIDENCIAL:.....

Nº:..... andar:..... Bairro:.....

Cidade:..... UF:..... CEP:.....

Telefone residencial: (.....)

End. Eletrônico:..... Fax: (.....).....

END. POSTAL COMERCIAL:.....

Nº:..... andar:..... Bairro:.....

Cidade:..... UF:..... CEP:.....

Telefone comercial: (.....)

End. Eletrônico:..... Fax: (.....).....

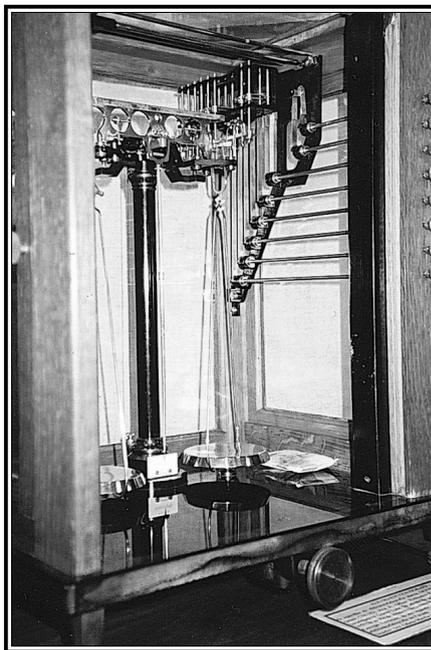
Permite a divulgação do seu endereço para terceiros?

Não Sim: [.....] Residencial [.....] Comercial [.....] E-mail

Observações:.....

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

Endereço atualizado em/...../..... Visto do Funcionário CRMPPR:.....



Balança Analítica de Precisão - 1940

A Dr^a. Fani Frischmann Aisengart, médica formada em 1945, na Universidade do Paraná, foi a continuadora do Laboratório da Dr^a. Maria Falce de Macedo, adquirido em 1945.

Era casada com o Dr. Oscar Aisengart, formado em 1946 e Prof. de Física Biológica em 1951, na Universidade do Paraná.

A Dr^a Falce foi a primeira médica formada no Paraná, em 1928, e a primeira médica "Lente Cathedrática" da Universidade do Paraná em 1929, na Cadeira de Química Orgânica e Biológica. O "Laboratório de Análises Clínicas Frischmann Aisengart", após 60 anos de atividades, com primorosa qualidade, foi vendido em 2005, mas guarda o nome original.

A balança analítica de precisão doada, apresenta um sistema interessante de pesagem, é hoje um raro exemplar de 1940, em perfeito estado de conservação.

Doação: Dr^a. Fani Frischmann Aisengart

Palavras-chave - balança analítica, história da medicina, Museu de Medicina

Key-words - analytic balance, medicine hystory, Medicine Museum

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

Para doações, ligue para a secretaria da AMP - 0xx41. 3024-1415

Visite nosso Museu de História da Medicina: www.amp.org.br