ISSN 0104 - 7620

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 24	n. 95	p. 127-186	Jul/Set.	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 CRMPR, é uma revista criada em 1984, dedicada a divulgação de trabalhos, artigos, legislações, pareceres, resoluções e informações de conteúdo ético.

ENDEREÇOS

CRM

Secretaria	Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre 80810-340 Curitiba - Paraná - Brasil
e-mail	Protocolo/Geral : protocolo@crmpr.org.br Secretaria: secretaria@crmpr.org.br Setor Financeiro: financeiro@crmpr.org.br Diretoria: diretoria@crmpr.org.br Departamento Jurídico: dejur@crmpr.org.br Departamento de Fiscalização: defep@crmpr.org.br Departamento de Recursos Humanos: rh@crmpr.org.br Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos 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

	cfm@cfm.org.br
Home-Page	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

CTP E IMPRESSÃO

SERZEGRAF
Rua Bartolomeu L. Gusmão, 339 - Vila Hauer. Fone/Fax: (0xx41) 3026-9460
CEP 81610-060 - Curitiba - Paraná
e-mail: comercial@serzegraf.com.br

EDIÇÃO

Revista publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro.
Índice geral anual editado no mes de dezembro.Um único suplemento (I) foi editado em dezembro de 1997 e contém um índice remissívo 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 númeração 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 ingles, encima do texto.

Palavras-chave descritos (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 seqüêncial de citação no texto. A forma de referência é a do Index Médicus. 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.95, 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

PARECERES

A Internação na UTI só Deve Ser Admitida se Houver Vaga Previamente Definida e Confirmada
Roseni Teresinha Florêncio 127
Medicina Estética Não é Especialidade e Não Pode Ser Anunciada. Não Existe Residência Médica Nesta Área
Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke 155
Tempo de Validade da Prescrição de Medicamentos de Uso Contínuo e a Repetição da Mesma Receita
Marília Cristina Milano Campos 158
Dificuldade de Integração Entre Especialistas em Hospital
Antônio Celso Cavalcanti de Albuquerque 163
Médico Atendendo Serviço de Radiologia e Mamografia em Diferentes Cidades
Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho 166
Paciente Com Distrofia Muscular Progressiva em Tratamento Domiciliar Com Ventilação Mecânica e os Cuidados Contínuos
Roseni Teresinha Florêncio 168
Tratamento Domiciliar Com Poucos Resultados Pode Motivar Suspeita de Distanásia
Luiz Ernesto Pujol 171
Requisição de Exame Por Médico Particular ou de Convênio e a Realização Pelo SUS
Romeu Bertol 173
Exame Médico-Pericial Psiquiátrico
Carlos Ehlke Braga Filho 175
Plantão de Disponibilidade: Onde Inicia e Termina a Responsabilidade Médica, a Gratuidade, o Honorário Médico e o Regimento Interno Hospitalar
Luiz Ernesto Pujol 177
Exclusividade de Atuação Médica em Apenas um Hospital
Carlos Ehlke Braga Filho 180
Quem Pode Estar Presente no Consultório em Exame Médico-Pericial?
Antônio Celso Cavalcanti de Albuquerque 182
Conduta Ética em Caso de Laudo Radiológico Divergente, Talvez Inadequado
Alexandre Gustavo Bley 184

NOTAS DA IMPRENSA

Anestesista Que Contaminou 275 Pacientes é Condenado à Pena Máxima
Gazeta do Povo 167
Britânica Luta Para Ter Direito de Morrer
Gazeta do Povo 179

HISTÓRIA DA MEDICINA

Carteira de Identidade Acadêmica
Ehrenfried Othmar Wittig 186

A INTERNAÇÃO NA UTI SÓ DEVE SER ADMITIDA SE HOUVER VAGA PREVIAMENTE DEFINIDA E CONFIRMADA

Roseni Teresinha Florêncio*

EMENTA - O médico só deve admitir o paciente na UTI, quando tiver leito disponível. A responsabilidade do médico para com o paciente inicia, quando da admissão desse, na UTI.

Palavras-chave: internação, UTI, vaga confirmada previamente solicitada, paciente crítico, política nacional, Portaria MS 1071

SHOULD HOSPITALIZATION IN THE ICU ONLY BE REQUESTED IF THERE IS A DEFINED AND CONFIRMED OPENING?

Key words: hospitalization, ICU, confirmed opening, patient in critical condition, national policy, governmental decree MS 1071

CONSULTA

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

"*Atuo na cidade do interior em hospital de referência do SUS que possui 05 leitos em UTI- Unidade de Terapia Intensiva. Inúmeras vezes os leitos estão ocupados por indivíduos em estado grave, sem condições de alta, quando chega ao hospital fax solicitando vaga para paciente com politrauma, IAM, DPOC, etc., sem condições de permanecer em seu Município de origem. Devido a impossibilidade de internação em nossa UTI, é orientado procurar outra no Estado, com capacidade de absorver a solicitação, porém nos é informado que teríamos de aceitar mesmo sem vaga disponível- "vaga zero", devido ao hospital ser de referência do SUS. Questiono que a UTI não é enfermaria que permita "maca extra", as condições físicas, humanas e equipamentos nela contida seriam para os leitos já demarcados. Como priorizar uma nova internação em detrimento aos que já ocupam os leitos da unidade*".

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Entende-se como Unidade de Terapia Intensiva o local dentro do hospital destinado ao atendimento, em sistema de vigilância contínua, a pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis.

* Conselheira Parecerista CRMPR.

Paciente grave é aquele que apresenta instabilidade de algum de seus sistemas orgânicos, devido a alterações agudas ou agudizadas. Paciente de risco é aquele que tem alguma condição potencialmente determinante de instabilidade.

A UTI deve estar estruturada de forma a fornecer suporte (diagnóstico e tratamento) nos aspectos hemodinâmico, metabólico, nutricional, respiratório e de reabilitação, além da equipe de saúde multiprofissional e serviços de apoio.

A Portaria do Ministério da Saúde Nº 1071, 04 DE JULHO DE 2005, estabelece critérios da Política Nacional de Atenção ao paciente Crítico. Nessa Portaria está especificada toda a gama de recursos necessários para o pleno funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva, desde a sua estrutura física, equipe de profissionais, materiais, equipamentos e outros serviços disponíveis, sem os quais o atendimento na UTI se torna inviável. Essa Portaria está anexa ao final desse Parecer.

O Ministério da Saúde (MS) credenciou 2.255 novos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no Brasil, no período de maio de 2003 a outubro de 2005. O credenciamento desses leitos representa um acréscimo de 19,97% na oferta do serviço no País.

O incremento no quantitativo de leitos visa garantir a eqüidade da assistência ambulatorial e hospitalar no País. Atualmente, o Brasil conta com 20.870 leitos de UTI. Destes, 13.548 são do SUS. Mesmo assim, ainda faltam leitos de UTI. Portanto, há de se compreender que não podemos "criar" um leito de UTI, na medida que precisamos dele, mas sim, é necessário termos um programa dentro dos órgãos responsáveis para a devida criação desses novos leitos, como está implantado pelo Ministério da Saúde, além da reorganização e melhoria dos leitos já existentes, a fim de suprir a necessidade da população.

O médico intensivista, estando cumprindo seu labor, ao ser solicitado leito de UTI só poderá admitir o paciente, se dele dispuser. Não há como "acrescentar uma maca", visto que existem todos os itens citados na referida Portaria, que deverão estar disponíveis, para atender dignamente o paciente ali admitido. É somente a partir da admissão do paciente na Unidade, que o intensivista se torna responsável pelo enfermo.

O Código de Ética Médica, nos Princípios Fundamentais, diz:

Artigo 2°- O alvo de toda a atenção de 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.

Artigo 3°- A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deverá ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

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

Ainda, no Artigo 22 diz: "É direito do médico: Apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos Órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho regional de Medicina de sua jurisdição".

CONCLUSÃO

Diante do exposto, concluo que o médico, estando de plantão numa Unidade de Terapia Intensiva, somente poderá admitir um novo paciente, se dispuser de leito.

Dessa forma, ele terá condições de exercer o seu trabalho com dignidade e respeito, que o paciente necessita e merece. A responsabilidade do médico intensivista para com determinado paciente inicia no momento da admissão desse, na UTI. Não cabe ao médico da Unidade encontrar um leito disponível para determinado enfermo, mas sim ao médico que esteja prestando atendimento ao mesmo.

É o parecer.

Curitiba, 26 de agosto de 2006.

Roseni Teresinha Florêncio
Consº. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 62/2006
Parecer CRMPR Nº. 1755/2006
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 28/08/2006

ANEXOS

Portaria MS 1.071 de 04 de julho de 2005 (Politica Nacional de Atenção ao Paciente Crítico)

- *Publicação no Diário Oficial da União de No 130 de No 130 de 08 de julho de 2005*
- *Ficam revogadas a Portaria GM/MS nº 3.432, de 17 de agosto de 1998 e a Portaria GM/MS nº 1.091, de 25 de agosto de 1999.*

DOU Nº 130, DE 08/07/2005

CONSULTA PÚBLICA Nº 3, DE 7 DE JULHO DE 2005

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.071,de 04 de julho de 2005, que determinar que a Secretaria de Atenção à Saúde submeta à Consulta Pública a minuta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico;

Considerando que a terapia intensiva deve se inserir no processo assistencial em conformidade com os princípios de integralidade, eqüidade e universalidade assistencial, tanto no âmbito hospitalar quanto do próprio sistema de saúde, resolve:

Art. 1º - Submeter à Consulta Pública a minuta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, constante do anexo deste ato.

Art. 2º - Estabelecer, o prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data da publicação deste ato, para que sejam apresentadas críticas e sugestões devidamente fundamentadas relativas à proposta de que trata o art. 1º.

Parágrafo único: as sugestões deverão ser encaminhadas por escrito para o seguinte endereço: Ministério da Saúde, Esplanada dosMinistérios, Bloco G, Edifício Sede, sala 934, CEP 70.058-900 Brasília/DF ou para o endereço eletrônico hospitalar.sas@saude.gov.br.

JORGE SOLLA

PORTARIA MINISTERIAL

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de ampliar o acesso e qualificar a atenção dos cuidados em terapia intensiva aos usuários do Sistema Único de Saúde;

Considerando que a terapia intensiva deva se inserir no processo assistencial em conformidade com os princípios de integralidade, eqüidade e universalidade assistencial, tanto no âmbito do ambiente hospitalar quanto do próprio sistema de saúde;

Considerando que um sistema de atenção ao paciente crítico/potencialmente crítico exige a conformação de uma rede assistencial (hospitalar e extra-hospitalar) organizada que incorpore a linha de cuidado integral e a humanização assistencial;

Considerando a necessidade de disponibilizar ao sistema de atenção a pacientes críticos/potencialmente críticos unidades de tratamento intensivo qualificadas e humanizadas, unidades de cuidados intermediários e enfermarias hospitalares qualificadas;

Considerando que as estruturas/equipamentos de atendimento ao paciente crítico/potencialmente crítico deverão estruturar sua equipe de atenção à saúde dentro dos princípios da interdisciplinaridade e da humanização, com enfoque nas necessidades do usuário, na integralidade assistencial e no respeito à participação efetiva dos diferentes profissionais envolvidos na atenção ao paciente crítico/potencialmente crítico;

Considerando que a política de formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao paciente crítico/potencialmente crítico deverá ultrapassar a tradicional preocupação técnica/tecnológica, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais do SUS;

Considerando a estratégia adotada pelo Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores em saúde incorporada à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída pelo Ato Portaria número 198/GM de 13 de fevereiro de 2004;

Considerando que o financiamento e o investimento deverão contemplar estruturas hospitalares com processos assistenciais comprovadamente integrados e pactuados no ambiente intra e extra-hospitalar; Considerando a necessidade de elaborar e implementar oPlano Estadual de Atenção ao Paciente Crítico interfaceado ao Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências de que trata a Portaria nº 2048/GM de 5 de novembro de 2002;

Considerando a obrigatoriedade das instituições hospitalares em implantar e implementar as Comissões Hospitalares de Organização e Qualificação da Atenção ao Paciente Crítico;

Considerando a necessidade de estabelecer mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos usuários do SUS;

Considerando os referenciais conceituais e operacionais explicitados no Anexo I desta Portaria, resolve:

Art. 1º - Instituir a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico.

Art. 2º - Determinar que as Secretarias de Estados da Saúde e o Distrito Federal deverão estabelecer um planejamento regional hierarquizado para formar uma rede estadual e/ou regional de atenção em terapia intensiva com a finalidade de incrementar, quantitativa e qualitativamente, o acesso dos pacientes usuários do Sistema Único de Saúde a leitos hospitalares habilitados a prestarem serviços/cuidados nesta área da assistência hospitalar.

§1º - A rede de atenção em terapia intensiva será composta pelas seguintes Unidades Assistenciais:

I - Unidades de Tratamento Intensivo;

II - Unidades de Cuidados Intermediários em Terapia Intensiva;

III - Unidades de Cuidados Progressivos em Terapia Intensiva

§2º - As Unidades Assistenciais em Terapia Intensiva poderão atender grupos etários específicos, a saber: Neonatal (até 28 dias), Pediátrico (de 28 dias a 12 anos, podendo atender até 18 anos de acordo com as rotinas de cada unidade), Adulto (acima de 12 anos) e Infantil (Neonatal + Pediátrico).

§3º - As Instituições Hospitalares com Unidades Assistenciais em Terapia Intensiva devem:

I - implantar e implementar Comissões Hospitalares de Organização e Qualificação da Atenção ao Paciente Crítico;

II - elaborar e implementar seu Plano Hospitalar de Atenção ao Paciente Crítico;

III - oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada na área de terapia intensiva;

IV - desenvolver a articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à Saúde;

V - respeitar os critérios determinados pela Política Nacional de Humanização.

§4° - A Secretaria de Atenção à Saúde - SAS regulamentará

os atributos necessários ao credenciamento, as aptidões e as atribuições:

I - das Unidades de Tratamento Intensivo;

II - das Unidades de Cuidados Intermediários em Terapia Intensiva;

III - das Unidades de Cuidados Progressivos em Terapia Intensiva;

IV - das Comissões Hospitalares de Organização e Qualificação da Atenção ao Paciente Crítico.

§5° - A Secretaria de Gestão e Educação do Trabalho em Saúde regulamentará a incorporação de processos de avaliação e capacitação de Recursos

Humanos para atuação na área de terapia intensiva em conformidade ao estabelecido pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída pelo Ato Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004, em especial através da Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente do SUS.

Art. 3º - Determinar às Secretarias de Estado de Saúde e às Secretarias Municipais em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde a adoção das providências necessárias ao processo de credenciamento e integração dos serviços de assistência, das Unidades de Tratamento Intensivo, das Unidades de Cuidados Intermediários em Terapia Intensiva e das Unidades de Cuidados Progressivos em Terapia Intensiva, bem como da elaboração do Plano Estadual de Atenção ao Paciente Crítico.

Art. 4º - Definir que todos os serviços que tenham sido credenciados para atenção em terapia intensiva em conformidade com normatizações anteriores Criar uma Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação da política instituída pelo artigo 1º desta Portaria.

Art. 5º - A Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde deverá adotar as medidas necessárias à implantação do disposto nesta Portaria.

§ 1º - O prazo para o novo credenciamento dos serviços de que trata o caput deste Artigo é de 12 (doze) meses, a contar da data de publicação desta Portaria;

§ 2º - Os serviços que findo este prazo estabelecido no § 1º não obtiverem o novo credenciamento, serão excluídos do sistema.

Art. 6° - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação;

Art 7º - Ficam revogadas a Portaria GM/MS nº 3.432, de 17 de agosto de 1998 e a Portaria GM/MS nº 1.091, de 25 de agosto de 1999.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO

A Terapia Intensiva pode ser considerada uma especialidade jovem ou recente. Seu processo de implantação e implementação em nível nacional foi lento e substanciado de forma mais consistente pelas práticas americanas na área da atenção à saúde. A alta tecnologia e capacitação necessariamente diferenciada desta área assistencial chamaram a atenção de grupos farmacêuticos, fornecedores de tecnologia médico-hospitalar e grupos hospitalares.

Em um período relativamente curto surgiram as chamadas Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) ou Centros de Tratamento Intensivo (CTIs), locais de grande especialização e tecnologia, identificados como espaços laborais destinados a profissionais médicos e de enfermagem com grande diferenciação de conhecimento, grande habilidade e destreza para a realização de procedimentos que, em muitos momentos, representavam a diferença entre a vida e a morte.

Morte esta que se confunde com a própria concepção que grande parte de nossa sociedade ainda possui em relação às UTIs. Tais centros de atendimento tecnologicamente diferenciado se posicionaram historicamente como unidades fechadas e de acesso restrito.Tal restrição atingiu e atinge ainda grandemente não apenas o universo social que, não pertencente diretamente ao dia a dia da rática hospitalar se encontra circunstancialmente envolvido com estas unidades, mas atingiu e atingem também as próprias estruturas assistenciais de saúde, tanto em nível hospitalar quanto extra-hospitalar.

O lidar com os limites entre a vida e a morte, com a tensão e o desconhecimento, com a ausência e o medo, com a culpa e o desespero, sentimentos tão próximos daqueles que, por uma razão ou outra, se tornam em algum momento pacientes, familiares ou mesmo interlocutores profissionais destas unidades de tratamento intensivo, exige destes setores muito mais que tecnologia, muito mais que medicamentos, muito mais que recursos humanos tecnicamente capacitados, muito mais que processos organizacionais e administrativos próximos da perfeição, muito mais que fortes vínculos com outras unidades assistenciais da instituição hospitalar. Exige muita atenção e carinho, exige capacidade de compreender que o ser humano merece o diálogo e o conforto, exige compromisso e respeito com a vida e com aqueles que a perdem, exige respeito e compromisso com aqueles que perderam ou estão perdendo os seus vivos, exige capacidade em compreender que a informação e o esclarecimento são direitos do paciente e seus familiares e que informar e esclarecer é dever dos profissionais que os assistem e exige, enfim um processo assistencial humanizado e humanizador enquanto instrumento claro e concreto de qualificação e bem estar do nosso meio.

Nossa discussão em torno das dificuldades que hoje possuímos em prestar uma assistência de qualidade na área de terapia intensiva passa muito longe do que aqui brevemente salientamos.

As Unidades de Tratamento Intensivo, de um modo geral, são avaliadas e credenciadas predominantemente por características tecnológicas, de engenharia, pela conformação de sua equipe assistencial, pelo número de leitos, pela disponibilização de equipamentos, entre outros.

A discussão referente à inserção destas unidades de forma qualificada no processo assistencial como um todo, seja no âmbito da instituição hospitalar que a alberga, seja no âmbito do próprio sistema de saúde que utiliza seus serviços é geralmente tangenciada.

A avaliação de seus resultados, a forma e o controle do acesso a suas disponibilidades assistenciais específicas, sua resolubilidade, os critérios de admissão e alta de pacientes, seus custos diretos e indiretos e suas formas de viabilização orçamentária passa normalmente para um plano secundário inatingível de forma conseqüente.

Na mesma direção e raciocínio, a existência e real aplicaçãode protocolos assistenciais qualificadores e agilizadores do atendimento prestado nestas unidades, a relação custo/benefício dos atos e ações assistenciais em seus diferentes níveis, desde o âmbito mais geral das unidades até os compromissos éticos e organizacionais dos profissionais que nelas atuam cursam despercebidos de nosso dia a dia.

Finalmente, o controle e a disponibilização assistencial destas unidades, consideradas estratégicas e fundamentais para o atendimento de uma parcela importante do processo sistêmico assistencial na área da saúde, em especial pela tensão que os pacientes críticos geram sobre o sistema, tanto no que diz respeito ao processo de credenciamento de leitos e unidades, quanto no que se relaciona diretamente à utilização dos mesmos no atendimento às reais necessidades da população, encontra-se predominantemente vinculado e alicerçado a interesses individualistas mercadológicos e, por conseqüência, na grande maioria dos casos, foge das reais necessidades da sociedade que os sustenta.

É neste ínterim que entendemos ser fundamental a concreta inserção e incorporação de mecanismos gulatórios assistenciais na área da terapia intensiva. Tais mecanismos baseiam-se na concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, enquanto um instrumento ordenador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo.

É claro o entendimento de que tal Regulação Assistencial alberga, como princípio fundamental de sua concepção e elaboração a necessidade de que, a partir de instrumentos e definições previamente estabelecidos, o poder público se capacite para responder com clareza, exatidão e presteza às demandas de saúde diretamente ou indiretamente vinculadas ao tratamento de pacientes críticos/potencialmente críticos, envolvendo o atendimento pré-hospitalar móvel e nãomóvel, as estruturas assistenciais hospitalares pré-UTI/CTI (unidades de urgência/emergência hospitalares, enfermarias, centro obstétrico, centro cirúrgico, unidade de hemodinâmica) e pós-UTI/CTI (enfermarias, hospitais de contra-referência) e a internação domiciliar.

Da mesma forma, trata-se a Regulação de um instrumento ordenador e definidor da atenção à saúde, buscando de forma incessante a melhor alternativa terapêutica do momento de acordo com as reais necessidades do usuário/cidadão/paciente, dentro dos princípios da integralidade, universalidade e equidade assistencial e de acordo com os ditames da regionalização, hierarquia resolutiva progressiva, referência e contra-referência e disponibilidade assistencialsistematicamente atualizada e pormenorizada.

As Centrais de Regulação, em especial através da Unidade de Trabalho Regulatória de Terapia Intensiva, desempenham papel fundamental enquanto instrumento/estrutura de operacionalização da Regulação Assistencial, sendo seus aportes físicos, tecnológicos, estruturais e logísticos dependentes, entre outros, de sua área de abrangência e de sua interface com processos de gestão do Sistema Único de Saúde, em especial na área de controle e avaliação.

A implantação de uma real regulação em terapia intensiva contribuirá significativamente para a qualificação da utilização de seus recursos assistenciais, em especial quando nos referimos aos leitos inseridos em estruturas assistenciais de alta complexidade. A introdução operacional da equidade assistencial, princípio fundamental do ato regulatório, determina necessariamente que recursos assistenciais de maior complexidade sejam destinados a pacientes/usuários que realmente os necessitam para o atendimento de suas necessidades.

Da mesma forma, pacientes com menor necessidade/complexidade devem ser direcionados para estruturas assistenciais de menor complexidade, estabelecendo dinamicamente a busca incessante na minorização dos shunts assistenciais em terapia intensiva proporcionando, em conseqüência, a utilização mais qualificada dos seus recursos assistenciais disponíveis.

A regulação assistencial exige, incentiva e oportuniza o aprofundamento do tema relacionado ao atendimento do paciente crítico, introduzindo elementos assistenciais alcançados na prática e no dia a dia daqueles que trabalham sob esta realidade e, acima de tudo, obrigando o próprio gestor da saúde, em seus diferentes

níveis, a entender e discutir a necessidade de abordar tal tema em uma perspectiva sistêmica de atenção à saúde que engloba, naturalmente, as unidades de atendimento intensivo, mas também facetas compartilhadas por estas em nível de instituições hospitalares (outras unidades assistenciais dos próprios hospitais), com outras unidades de saúde (incluindo sistemas móveis e não-móveis de atendimento à urgências) e com outras unidades de atendimento a pacientes críticos (com níveis diferentes de complexidade ou especialização), com ou sem a inserção de mecanismos regulatórios.

Talvez este seja o maior desafio de quem tem a tarefa de discutir e implantar, quem deve pensar e implementar, quem deve fazer funcionar e também aperfeiçoar e qualificar, quem deve construir uma realidade diferente e melhorá-la por dentro desta mesma realidade.

A terapia intensiva exige que se discuta o atendimento ao paciente crítico ou potencialmente crítico em todos os seus momentos e espaços assistenciais. Esta é a única maneira de se propor uma real política de atendimento ao paciente crítico, de se discutir o aperfeiçoamento da atuação das unidades de tratamento intensivo e de seus profissionais, de se concretizar a desejada qualificação assistencial da terapia intensiva dentro de uma lógica compatível com a realidade de nossa estrutura de saúde, entendendo sua qualificação como um processo e sua atuação como uma peça desta mesma assistência, que é sistêmica e globalizante, que é integral e universal, que é hierarquizada e referenciada, que é pactuada e regulada de acordo com o princípio da eqüidade assistencial.

Enfim, temos que abrir as fronteiras de nossas concepções assistenciais em terapia intensiva, ampliar a influência assistencial destas unidades tradicionalmente fechadas e restritivas sobre as demais estruturas/unidades dos hospitais, ampliar nossos conceitos na perspectiva concreta de que mudanças qualificadoras devem ser discutidas e incorporadas/operacionalizadas. Naturalmente que tais mudanças deverão preservar o que já temos de qualidade, porém com o claro objetivo de ampliar a oferta e garantir o acesso aos que não alcançam a terapia intensiva. Concomitante é absolutamente necessário otimizar o uso dos leitos já existentes, controlando e regulando efetivamente tal disponibilidade de acordo com as reais necessidades assistenciais, aumentando a chance de salvarmos e preservarmos a vida com qualidade; interesse e objetivo final da terapia intensiva.

A introdução de uma Política de Atenção ao Paciente Crítico procura estabelecer determinantes estruturais e estruturantes que sirvam como referenciais conceituais para uma real política de qualificação progressiva do atendimento prestado ao paciente crítico. São tais referenciais que normatizarão as bases de nossas estratégias de implementação e operacionalização de ações qualificadoras. Serão estes os balizadores de nossas ações, de nossas táticas de controle e avaliação e de nossos investimentos operacionais.

OBJETIVO

Elaboração de uma Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, alicerçada na necessidade de incorporação de uma perspectiva sistêmica da terapia intensiva, integrada e multifacetada ao ambiente hospitalar e às demais áreas de atenção à saúde, bem como sua progressiva qualificação sob aspectos técnicos, tecnológicos, organizacionais e humanizadores.

SISTEMATIZAÇÃO DAS BASES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS

1. O Sistema de Atenção à Saúde deve contemplar a integralidade da necessidade do usuário/cidadão, garantindo a responsabilidade deste sistema sobre o processo assistencial como um todo;

2. A definição, implantação e implementação de uma política de atenção ao paciente crítico contempla o referencial conceitual de integralidade, eqüidade e universalidade assistencial, entendendo ser fundamental uma real inserção desta área assistencial no âmbito hospitalar e do próprio sistema de saúde;

3. Dentro desta perspectiva sistêmica e pautada na necessidade do usuário o paciente crítico/potencialmente crítico encontra-se em diversos espaços assistenciais, desde a área de atenção pré-hospitalar (móvel e fixo) até as unidades de tratamento intensivo, perpassando as unidades de urgência/emergência, as salas de recuperação pós-anestésica, as unidades intermediárias, as enfemarias e os centros obstétricos, entre outros;

4. Desta forma, fica claro que um sistema de atenção ao paciente crítico/potencialmente crítico exige a conformação de uma rede assistencial (hospitalar e extra-hospitalar) que atue de forma organizada, pactuada e regulada no sentido de oferecer ao usuário uma atenção qualificada e humanizada compatível com sua real necessidade, incorporando o princípio da complexidade progressiva e da linha de cuidado integral;

5. A conformação de uma real rede assistencial e de uma linha de cuidado integral exige a pactuação prévia das responsabilidades assistenciais de todos os seus componentes, bem como as interfaces entre os mesmos;

6. Neste ponto se insere dramaticamente a implantação de uma real regulação em terapia intensiva, a qual deverá qualificar a utilização dos recursos assistenciais disponíveis dentro do princípio de eqüidade, determinando que recursos assistenciais de maior complexidade sejam direcionados a pacientes/usuários que realmente os necessitem para o atendimento de suas necessidades;

7. Em relação ao componente pré-hospitalar faz-se necessária e obrigatória uma interface pactuada e integrada às diretrizes conceituais e operacionais estabelecidas pelo Ministério da Saúde através das Portarias GM nº 1863, 1864 e 2048 de 2003 que versam sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências, incluindo a implantação e implementação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência e suas Centrais de Regulação, bem como a elaboração, formalização e apresentação de Planos Municipais ou Regionais de Atenção às Urgências, articulados ao Plano Estadual de Atenção às Urgências;

8. A introdução de novos elementos organizacionais e equipamentos hospitalares somados às estruturas de terapia intensiva hoje existentes mostra-se fundamental na incorporação de redes assistenciais de complexidade progressiva para o atendimento de pacientes críticos/potencialmente críticos;

9. Neste sentido entendemos ser necessário disponibilizar ao sistema de atenção a pacientes críticos/potencialmente críticos unidades de tratamento intensivo redimensionadas e revitalizadas, introduzir unidades de cuidados intermediários/semi-intensivas e de cuidados progressivos, bem como qualificar as enfermarias hospitalares;

10. Tais estruturas/equipamentos de atenção ao paciente crítico deverão ser utilizados dentro do princípio de eqüidade, base da regulação assistencial. No ambiente

intra-hospitalar as instituições serão responsáveis pela introdução de estruturas de regulação, controle e avaliação que se responsabilizarão pela implementação de medidas organizacionais que garantam a implantação e implementação e linhas de cuidado integral ao paciente crítico/potencialmente crítico, bem como interfaces assistenciais qualificadas entre as estruturas/ equipamentos disponíveis, avaliando sistematicamente os resultados institucionais no atendimento aos usuários;

11. Tais estruturas regulatórias servirão de elo de ligação entre a área de atenção hospitalar ao paciente crítico/potencialmente crítico e as estruturas regulatórias extra-hospitalares, bem como com as áreas de gestão do SUS;

12. As estruturas/equipamentos relacionadas no item 8 deverão estruturar sua equipe de atenção à saúde dentro dos princípios da linha de cuidado integral, da interdisciplinaridade e da humanização, com enfoque nas necessidades do usuário, na integralidade assistencial e no respeito à participação efetiva dos diferentes profissionais envolvidos na atenção ao paciente crítico/potencialmente crítico;

13. A política de formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao paciente crítico/potencialmente crítico deverá ultrapassar a tradicional preocupação técnica/tecnológica, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais aqui abordados;

14. Da mesma forma, deverá esta formação e qualificação se vincular à política global de recursos humanos para a saúde incorporando, se necessário, vertentes específicas para a atenção ao paciente crítico/potencialmente crítico junto aos já previstos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, espaços operacionais da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, inserindo processos qualificadores sistemáticos em Terapia Intensiva dentro das perspectivas e referenciais do SUS;

15. A atenção interdisciplinar e transdisciplinar necessária ao atendimento integral das necessidades do paciente crítico/potencialmente crítico deve compreender minimamente a participação efetiva e partilhada de profissionais da área médica, de enfermagem, psicologia, nutrição, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia e assistência social;

16. A estrutura física destas estruturas/equipamentos deverá contemplar os princípios de humanização assistencial e a necessária interface com os elementos de atenção à saúde disponíveis nas instituições;

17. Os recursos tecnológicos deverão ser proporcionais à complexidade/ necessidade dos usuários albergados nas áreas assistenciais disponíveis;

18. O financiamento deverá privilegiar estruturas hospitalares com processos assistenciais integrados e pactuados no ambiente intra-hospitalar (regulação interna, interfaces qualificadas, indicadores, equipe interdisciplinar, horizontalidade assistencial) e extra-hospitalar (disponibilização efetiva para centrais de regulação, domiciliamento, relação qualificada com o gestor do SUS);

19. A contratualização das estruturas de atenção ao paciente crítico/ potencialmente crítico em conformidade com os referenciais aqui estabelecidos deverá, sempre que possível, realizar-se através do princípio do contrato global, estabelecidas as responsabilidades assistenciais e a área de abrangência geográfica e populacional da instituição contratada, bem como a complexidade assistencial da estrutura disponibilizada;

20. A contratualização de estruturas assistenciais de atenção a pacientes críticos deverá estar vinculada à determinação da responsabilidade assistencial destas estruturas junto ao sistema de atenção à saúde, estabelecida do ponto de vista geográfico, demanda populacional e áreas assistenciais. Tal responsabilidade estará explicitada no Plano Diretor de Regionalização e Plano Estadual de Atenção ao Paciente Crítico e deverá possuir clara interface com o Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências de que trata a Portaria nº 2048/GM de 5 de novembro de 2002;

21. A definição das responsabilidades assistenciais hospitalares no atendimento sistêmico ao paciente crítico subsidiará de forma direta o processo regulador assistencial, em especial na atuação das centrais de regulação/médicos reguladores na busca sistemática da melhor alternativa assistencial existente de acordo com as necessidades do usuário do sistema de saúde;

22. A existência de estruturas regulatórias internas, de processos organizacionais e administrativos integradores, bem como a forma de incorporação operacional dos elementos assistenciais participantes da inter e transdisciplinaridade e da linha de cuidados deverá estar formalizada em rotinas, protocolos técnico-operacionais, normas e/ou regimentos pactuados entre os diferentes setores participantes da assistência ao paciente crítico, os quais deverão ser sistematicamente revisados e aperfeiçoados em busca da qualificação progressiva dos resultados assistenciais, sob responsabilidade da estrutura reguladora da instituição;

23. Em nível das instituições hospitalares o credenciamento e recredenciamento, a inserção no processo assistencial e a disponibilização de recursos de investimentos pelo poder público a estruturas assistenciais hospitalares de atendimento a pacientes críticos deverá estar teórica, operacional e sistemicamente consubstanciado e justificado pela implantação e implementação da Comissão Intra-hospitalar de Organização e Qualificação da Atenção ao Paciente Crítico;

24. Tal Comissão deve funcionar como elo de ligação organizacional e operacional da estrutura hospitalar de atendimento ao paciente crítico e as estruturas de controle, regulação e avaliação implementadas pelos gestores do SUS em seus diferentes níveis;

25. Tal Comissão será responsável pela elaboração, implementação e reavaliação periódica do Plano Hospitalar de Atenção ao Paciente Crítico, estabelecendo critérios para seu acompanhamento, definindo metas a serem alcançadas e reorganizando o processo assistencial na busca de sua qualificação;

26. O processo assistencial estadual/regional/municipal em terapia intensiva deverá estar definido e pactuado em um Plano Estadual de Atenção ao Paciente Crítico, este último em conformidade ao Plano Diretor de Regionalização (PDR);

27. O estabelecimento de um sistema municipal/regional/estadual de atenção ao paciente crítico pactuado claramente entre os diferentes níveis de gestão do SUS e os estabelecimentos prestadores da assistência, com interfaces harmonicamente definidas junto ao processo assistencial de urgência/emergência e estruturado a partir da leitura ordenada das necessidades e disponibilidades assistenciais é peça fundamental na avaliação e qualificação progressiva da estrutura assistencial existente, bem como no estabelecimento de alternativas de incorporação organizacional e funcional que permitam caminhar na direção das reais necessidades da região em avaliação.

DA COMISSÃO HOSPITALAR DE ORGANIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO

1. A implantação e implementação da Comissão Hospitalar de Organização e Qualificação da Atenção ao Paciente Crítico (COHPAC) é obrigatória junto a Estabelecimentos de Saúde detentores de Unidades Assistenciais em Terapia Intensiva;

2. A efetiva atuação das COHPAC determinará, em nível de instituições hospitalares, o credenciamento e recredenciamento, a inserção no processo assistencial e a disponibilização de recursos de investimentos pelo poder público a estruturas hospitalares de atendimento a pacientes críticos;

3. As COHPAC funcionarão como elo de ligação organizacional e operacional da estrutura hospitalar de atendimento ao paciente crítico e as estruturas de controle, regulação e avaliação implementadas pelos gestores do SUS em seus diferentes níveis;

4. No ambiente intra-hospitalar o objetivo principal das COHPAC está vinculado à implementação de processos que permitam o acompanhamento sistemático do paciente crítico ou potencialmente crítico junto aos diversos equipamentos hospitalares de atenção ao paciente de acordo com suas necessidades. Desta forma, deverão tais comissões implantar e implementar a linha de cuidados integral em terapia intensiva;

5. Composição mínima:

5.1. Diretoria Técnica do Estabelecimento de Saúde (ou representante) - Coordenador;

5.2. Diretoria Administrativa do Estabelecimento de Saúde (ou representante);

5.3. Representantes das Unidades Assistenciais em Terapia Intensiva, Unidade de Atendimento em Urgência/Emergência, Unidades de Internação (Enfermarias), Salas de Recuperação Pós-anestésico, Centros Obstétricos;

6. A Comissão deverá definir um Núcleo Operacional responsável pela execução das deliberações e pela interlocução com o sistema de saúde/gestores;

7. A Instituição Hospitalar, a seu critério poderá abordar o atendimento ao paciente crítico pediátrico/neonatal/adulto em Comissões funcionalmente separadas;

8. Atribuições mínimas:

8.1. Elaborar e implementar o Plano Hospitalar de Atenção ao Paciente Crítico;

8.2. Avaliar periodicamente a implementação do Plano estabelecendo critérios de acompanhamento, definindo metas a serem alcançadas e reorganizando o processo assistencial na busca de sua qualificação;

8.3. Apresentar relatório periódico de resultados aos gestores do SUS;

8.4. Alimentar sistematicamente as bases de dados assistenciais instituídas pelo gestor de saúde;

8.5. Garantir a qualidade assistencial no atendimento ao paciente crítico;

8.6. Interagir harmonicamente com as instâncias de regulação, avaliação, controle e pactuação do SUS;

8.7. Participar da elaboração do Plano Estadual de Atenção ao Paciente Crítico, de acordo com a abrangência de suas Unidades Assistenciais em Terapia Intensiva;

8.8. Participar do Grupo de Trabalho de Humanização da Instituição Hospitalar, implementando suas deliberações.

DO PLANO HOSPITALAR DE ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO

1. A elaboração e implementação do Plano Hospitalar de Atenção a o Paciente Crítico é obrigatória junto aos Estabelecimentos de Saúde detentores de Unidades Assistenciais em Terapia Intensiva;

2. Tal elaboração e implementação são atribuições da COHPA C;

3. O Plano deverá, minimamente:

3.1. Conter os princípios gerais de atenção ao paciente crítico em conformidade com os referenciais conceituais estabelecidos pela Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico;

3.2. Descrever pormenorizadamente as estruturas hospitalares de atendimento ao paciente crítico disponíveis no hospital (unidades de tratamento intensivo, unidades de cuidados intermediários, unidades de cuidados progressivos, COHPAC) relacionando a estrutura física, tecnológica e humana disponível;

3.3. Explicitar claramente a atuação da equipe interdisciplinar no atendimento aos pacientes, relatando o trabalho dos profissionais de forma individualizada e em equipe (atribuições gerais e específicas, momentos de interlocução técnica, discussão de casos, round, prontuário único, incorporação de conhecimento, iniciativas de aprimoramento, etc...);

3.4. Descrever as rotinas/normas/regulamentos/protocolos de funcionamento das unidades assistenciais em terapia intensiva, suas interfaces com outras unidades assistenciais do hospital, estabelecendo de forma clara os fluxos assistenciais, os critérios de alta e internação e, por conseqüência, de transferência de pacientes de uma unidade para outra;

3.5. Detalhar as formas definidas pela instituição para acompanhamento dos resultados operacionais de sua estrutura de atenção ao paciente crítico (indicadores de resultado, médias de permanência, índices prognósticos, taxas de ocupação, custos/ despesas, taxa de mortalidade, satisfação dos usuários, entre outros);

3.6. Descrever o plano hospitalar de capacitação e qualificação de recursos humanos para atendimento de pacientes críticos/ potencialmente críticos que contenha, minimamente:

3.6.1. Conhecimento básico e atualizado de Sistema de Saúde e de rede hierarquizada de assistência, incorporando a estes conceitos as características do sistema de saúde loco-regional e a inserção dos serviços da instituição junto a este sistema;

3.6.2. Capacitação técnica para atendimento às urgências/ emergências cardiorespiratórias, neurológicas, gastrintestinais, renais, endocrinológicas, hematológicas, vasculares, obstétricas e traumatológicas; 3.6.3. Instrumentalização e atualização no manejo da tecnologia utilizada no atendimento de pacientes críticos/ potencialmente críticos;

3.6.4. Conhecimento das rotinas operacionais da unidade assistencial bem como da instituição de saúde como um todo, entendendo a importância deste conhecimento para a qualificação e agilização do processo assistencial intra-hospitalar ao paciente crítico/ potencialmente crítico;

3.7. Detalhar a interface assistencial pactuada com estruturas extra-institucionais, em especial conformidade com o processo regulador e o Plano Estadual de atenção ao paciente crítico;

3.8. Explicitar as iniciativas setoriais implantadas na área de humanização assistencial a partir de plano de trabalho definido com o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) da instituição hospitalar.

DO PLANO ESTADUAL DE ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO

1. A elaboração e implementação do Plano Estadual de Atenção ao Paciente Crítico são de responsabilidade das Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde e é obrigatório para o credenciamento e recredenciamento de Unidades Assistenciais em Terapia Intensiva;

2. O Plano deverá conter, minimamente:

2.1. A descrição das estruturas assistenciais disponíveis para atenção ao paciente crítico (unidades de tratamento intensivo, unidades de cuidados intermediários, unidades de cuidados progressivos, COHPAC) incluindo número de leitos, localização e, se existente, sua caracterização técnica especializada;

2.2. A definição da responsabilidade assistencial de cada uma das estruturas existentes incluindo área geográfica de abrangência, demanda populacional e área (s) assistencial (is);

2.3. A forma de incorporação da disponibilidade assistencial existente junto ao complexo regulador;

2.4. Através do complexo regulador, o estabelecimento da interface com o Sistema/Plano de Atenção às Urgências;

2.5. O estabelecimento das deficiências do sistema de atenção ao paciente crítico (confronto entre a disponibilidade e a necessidade) e das alternativas/iniciativas planejadas para superação destas deficiências;

2.6. A definição das referências e contra-referências que envolvem a atenção ao paciente crítico;

2.7. A descrição da política de formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao paciente crítico/potencialmente crítico vinculada à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde estabelecida pelo Ato Portaria número 198/GM de 13 de fevereiro de 2004, em especial a forma de inserção das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde de terapia intensiva junto aos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS.

DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS EM NEONATOLOGIA

1. Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal

1.1. Recursos Humanos

1.1.1. Composição mínima da equipe:

Um responsável técnico com título de especialista em terapia intensiva com área de atuação em terapia intensiva neonatal ou pediátrica;

Um médico diarista (rotineiro) para o turno da manhã e à tarde com título de especialista em terapia intensiva com área de atuação em terapia intensiva neonatal ou pediátrica ou especialista em pediatria com experiência mínima comprovada de 4 (quatro) anos em neonatologia para cada 10 leitos ou fração;

Um médico plantonista por turno exclusivo da unidade para cada 10 leitos ou fração;

Um enfermeiro coordenador responsável pela área de enfermagem;

Um enfermeiro assistencial por turno, exclusivo da unidade, para cada 10 leitos/fração;

Um fisioterapeuta para cada 10 leitos/fração no turno da manhã, da tarde e noite;

Um fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional disponível para a unidade;

Um psicólogo disponível para a unidade;

Um técnico de enfermagem para cada 2 leitos/fração por turno;

Um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza.

1.1.2. Avaliações médicas especializadas no hospital minimamente disponíveis nas áreas de:

Nefrologia/nefropediatria;

Neurologia/neuropediatria;

Cirurgia pediátrica;

Oftalmologia;

Cardiologia/cardiologia pediátrica.

1.1.3. Avaliação e Capacitação de Recursos Humanos;

As Instituições Hospitalares serão responsáveis pela incorporação de atividades de avaliação e capacitação de recursos humanos próprias, as quais deverão versar sobre a totalidade da equipe assistencial, estando descritas detalhadamente no Plano Hospitalar de Atenção ao Paciente Crítico e em seus relatórios periódicos, conforme estabelecido junto ao item 3.6 do anexo 3 desta portaria.

A equipe multiprofissional deverá participar das atividades definidas pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde da região de abrangência do estabelecimento de saúde, tanto como capacitadores quanto capacitandos, seguindo o estabelecido pelo Ato Portaria número 198/GM de 13 de fevereiro de 2004.

1.2. Recursos Físicos

Deverá seguir a Resolução RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002 da ANVISA.

1.3. Recursos Materiais (equipamentos)

Carro ressuscitador com material completo para intubação endotraqueal, 01 para cada 10 leitos/fração;

Conjunto completo para intubação endotraqueal, 01 para cada 05 leitos/ fração;

Monitor de beira de leito com visoscópio, um para cada leito;

Ventilador pulmonar com misturador tipo blender, 01 para cada 02 leitos, do tipo microprocessado;

Oxímetro de pulso, 01 para cada leito;

Monitor de pressão não invasiva, 01 para cada 06 leitos/ fração;

Monitor de pressão invasiva, 01 para cada 10 leitos/fração;

Bomba de infusão, 02 bombas por leito;

Conjunto de nebulização, em máscara, 01 para cada leito;

Conjunto padronizado de beira de leito contendo: termômetro, estetoscópio, ambu com máscara (ressuscitador manual), 01 para cada leito;

Bandejas para procedimentos de: diálise peritoneal, drenagem torácica, punção pericárdica, curativos, flebotomia, acesso venoso profundo, punção lombar, sondagem vesical e traqueotomia, cateterismo umbilical e exsanguíneotransfusão;

Eletrocardiógrafo portátil;

Incubadora de transporte;

Aspirador portátil;

Negatoscópio;

Oftalmoscópio;

Otoscópio;

Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;

Cilindro de Oxigênio e ar comprimido, disponíveis no hospital;

Conjunto CPAP nasal mais umidificador aquecido, 01 para cada 02 leitos;

Capacete para oxigenioterapia;

Fototerapia, 01 para cada 2 leitos;

Incubadoras com parede dupla, dimensionadas para 60% dos leitos; berços de terapia intensiva para 20% dos leitos e incubadoras de parede simples para 20 % dos leitos;

Balança eletrônica, 01 para cada 10 leitos/fração;

Cadeira removível e confortável para a realização do Método Canguru.

1.4. Recursos Assistenciais disponíveis na estrutura hospitalar

Agência Transfusional 24 horas/dia;

Laboratório de Análises Clínicas com hemogasometria 24 horas/dia;

Laboratório de Microbiologia;

Ultra-sonografia (inclusive a beira do leito);

Ecodopplercardiografia;

Terapia Renal Substitutiva;

Serviço Social;

Serviço de Suporte Nutricional;

Exames radiológicos convencionais a beira do leito (RX móvel);

Tomografia Computadorizada.

1.5. Recursos Assistenciais disponíveis por acesso formalizado

Serviço de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica;

Fibrobroncoscopia;

Eletroencefalografia;

Anatomia Patológica.

1.6. Humanização

Controle de ruído;

Controle de iluminação;

Climatização;

Iluminação natural;

Relógios visíveis para todos os leitos;

Acompanhamento sistemático da equipe de psicologia;

Garantia de acesso livre aos pais;

Garantia de visitas diárias programadas dos familiares;

Garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares

Equipe médica: 1 momento (mínimo)

Utilização da metodologia Canguru.

2. Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal

2.1. Conceito

Entende-se como Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal aquela destinada ao atendimento de pacientes neonatais, em especial, nas seguintes situações:

Que, mesmo após a alta da UTI, necessitem de observação mais rigorosa do que a alcançável em unidades de internação/enfermarias regulares;

Pacientes clínicos ou cirúrgicos com risco de apresentar complicações necessitando de observação mais sistemática de suas funções vitais (ex.: pós-operatório de cirurgias de médio/grande porte);

Pacientes que necessitem de procedimentos de baixa/média complexidade em terapia intensiva para sua sobrevivência (ex.: manejo de secreções das vias aéreas, infusão controlada de inotrópicos em baixa dose);

Pacientes que requeiram o uso de suporte ventilatório artificial em baixos parâmetros (ex.: pós-operatório de pacientes com função pulmonar normal, processo de desmame da prótese ventilatória, pacientes sem injúria pulmonar, intoxicação medicamentosa com repercussão moderada)

Parágrafo Único: os critérios de internação e alta na Unidade devem estar explicitados nos seus protocolos assistenciais/organizacionais, os quais integram o Plano Hospitalar de Atenção ao PacienteCrítico da instituição hospitalar.

2.2. Recursos Humanos

2.2.1. Composição mínima da equipe:

Um responsável técnico com título de especialista em terapia intensiva com área de atuação em terapia intensiva neonatal ou pediátrica;

Um médico diarista (rotineiro) para o turno da manhã com título de especialista em terapia intensiva ou título de especialista em pediatria com experiência mínima comprovada de dois (2) anos em neonatologia para cada 15 leitos/fração;

Um médico plantonista por turno exclusivo da unidade para cada 15 leitos ou fração;

Um enfermeiro coordenador responsável pela área de enfermagem;

Um enfermeiro assistencial por turno, exclusivo da unidade, para cada 15 leitos/fração;

Um fisioterapeuta para cada 15 leitos/fração no turno da manhã e tarde;

Um fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional disponível para a unidade;

Um psicólogo disponível para a unidade;

Um técnico de enfermagem para cada 4 leitos/fração por turno;

Um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza;

2.2.2. Avaliações médicas especializadas no hospital minimamente disponíveis nas áreas de:

Nefrologia/nefropediatria;

Neurologia/neuropediatria;

Cirurgia geral;

Oftalmologia;

Cardiologia/cardiologia pediátrica.

2.2.3. Avaliação e Capacitação de Recursos Humanos;

As Instituições Hospitalares serão responsáveis pela incorporação de atividades de avaliação e capacitação de recursos humanos próprias, as quais deverão versar sobre a totalidade da equipe assistencial, estando descritas detalhadamente no Plano Hospitalar de Atenção ao Paciente Crítico e em seus relatórios periódicos, conforme estabelecido junto ao item 3.6 do anexo 3 desta portaria.

A equipe multiprofissional deverá participar das atividades definidas pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde da região de abrangência do estabelecimento de saúde, tanto como capacitadores quanto capacitandos, seguindo o estabelecido pelo Ato Portarianúmero 198/GM de 13 de fevereiro de 2004.

2.3. Recursos Físicos

Deverá seguir a Resolução RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002 da ANVISA.

2.4. Recursos Materiais (equipamentos)

Carro ressuscitador com material completo para intubação endotraqueal, 01 para cada 15 leitos/fração;

Monitor de beira de leito com visoscópio, um para cada leito;

Ventilador pulmonar com misturador tipo blender, 01 paracada 08 leitos/fração, do tipo microprocessado;

Oxímetro de pulso, 01 para cada 2 leitos/fração;

Bomba de infusão, 01 bomba para cada 2 leitos;

Conjunto de nebulização, em máscara, 01 para cada leito;

Conjunto padronizado de beira de leito contendo: termômetro, estetoscópio, ambu com máscara (ressuscitador manual), 01 para cada leito;

Bandejas para procedimentos de: diálise peritoneal, drenagem torácica, punção pericárdica, curativos, flebotomia, acesso venoso profundo, punção lombar, sondagem vesical e traqueotomia, cateterismo umbilical e exsanguíneotransfusão;

Eletrocardiógrafo portátil disponível no hospital;

Incubadora de transporte;

Aspirador portátil;

Negatoscópio;

Oftalmoscópio;

Otoscópio;

Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;

Cilindro de Oxigênio e ar comprimido, disponíveis no hospital;

Conjunto CPAP nasal mais umidificador aquecido, 01 para cada 04 leitos/fração;

Capacete para oxigenioterapia;

Fototerapia, 01 para cada 05 leitos/fração;

Incubadoras com parede simples dimensionadas para 50%dos leitos; berços de calor radiante para 20% dos leitos e berços simples para 30 % dos leitos;

Balança eletrônica, 01 para cada 10 leitos/fração;

Cadeira removível e confortável para a realização do Método Canguru.

2.4. Recursos Assistenciais disponíveis na estrutura hospitalar

Agência Transfusional 24 horas/dia;
Laboratório de Análises Clínicas com hemogasometria 24 horas/dia;
Laboratório de Microbiologia;
Ultra-sonografia;
Ecodopplercardiografia;
Terapia Renal Substitutiva;
Serviço Social;
Serviço de Suporte Nutricional;
Exames radiológicos convencionais a beira do leito (RX móvel);
2.5. Recursos Assistenciais disponíveis por acesso formalizado
Serviço de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica;
Fibrobroncoscopia;
Eletroencefalografia;
Tomografia Computadorizada.
2.6. Humanização
Controle de ruído;
Controle de iluminação;
Climatização;
Iluminação natural;
Relógios visíveis para todos os leitos;
Acompanhamento sistemático da equipe de psicologia;
Garantia de acesso livre aos pais;
Garantia de visitas diárias programadas dos familiares;
Garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares
Equipe médica: 1 momento (mínimo)
Utilização da metodologia Canguru.
3. Unidade de Cuidados Progressivos (UCP) Neonatal
3.1. Conceito

Permite a incorporação de leitos de terapia intensiva e leitos de cuidados intermediários em um mesmo ambiente físico/assistencial/ funcional. Os leitos de terapia intensiva deverão representar, no mínimo, 60 % (sessenta por cento) do total de leitos destas unidades.

3.2. Recursos Humanos

3.2.1. Composição Mínima da Equipe

Um responsável técnico com título de especialista em terapia intensiva com área de atuação em terapia intensiva neonatal ou pediátrica;

Um médico diarista (rotineiro) para o turno da manhã e à tarde com título de especialista em terapia intensiva com área de atuação em terapia intensiva neonatal ou pediátrica ou especialista em pediatria com experiência mínima comprovada de 4 (quatro) anos em neonatologia para cada 12 leitos ou fração;

Um médico plantonista por turno exclusivo da unidade para cada 12 leitos ou fração;

Um enfermeiro coordenador responsável pela área de enfermagem;

Um enfermeiro assistencial por turno, exclusivo da unidade, para cada 12 leitos/fração;

Um fisioterapeuta para cada 12 leitos/fração no turno da manhã e tarde;

Um fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional disponível para a unidade;

Um psicólogo disponível para a unidade;

Um técnico de enfermagem para cada 2 leitos de terapia intensiva e 1 para cada 4 leitos de cuidados intermediários ou fração por turno;

Um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza; 3.2.2. Avaliações médicas especializadas no hospital minimamente disponíveis Idêntica à UTI Neonatal.

3.2.3. Avaliação e Capacitação, conforme a Portaria GM 2048 de 5 de novembro de 2002

Idêntica à UTI Neonatal.

3.3. Recursos Físicos

Deverá seguir a Resolução RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002 da ANVISA.

3.4. Recursos Materiais (equipamentos)

Carro ressuscitador com material completo para entubação endotraqueal, 01 para cada 12 leitos/fração;

Monitor de beira de leito com visoscópio, um para cada leito;

Ventilador pulmonar com misturador tipo blender, 01 para cada 02 leitos em terapia intensiva e 01 para cada 8 leitos de cuidados intermediários ou fração, do tipo microprocessado;

Oxímetro de pulso, 01 para cada leito de terapia intensiva e 01 para cada 2 leitos de cuidados intermediários ou fração;

Monitor de pressão não invasiva, 01 para cada 08 leitos/ fração de terapia intensiva;

Monitor de pressão invasiva, 01 para cada 08 leitos/fração de terapia intensiva;

Bomba de infusão, 02 bombas por leito de terapia intensiva e 01 bomba para cada 2 leitos de cuidados intermediários;

Conjunto de nebulização, em máscara, 01 para cada leito;

Conjunto padronizado de beira de leito contendo: termômetro, estetoscópio, ambu com máscara (ressuscitador manual), 01 para cada leito;

Bandejas para procedimentos de: diálise peritoneal, drenagem torácica, punção pericárdica, curativos, flebotomia, acesso venoso profundo, punção lombar, sondagem vesical e traqueotomia, cateterismo umbilical e exsanguíneotransfusão;

Eletrocardiógrafo portátil no hospital;

Incubadora de transporte;

Aspirador portátil;

Negatoscópio;

Oftalmoscópio;

Otoscópio;

Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;

Cilindro de Oxigênio e ar comprimido, disponíveis no hospital;

Conjunto CPAP nasal mais umidificador aquecido, 01 para cada 02 leitos de terapia intensiva e 01 para cada 04 leitos de cuidados intermediários;

Capacete para oxigenioterapia;

Fototerapia, 01 para cada 2 leitos de terapia intensiva e 01 para cada 05 leitos de cuidados intermediários ou fração;

Leitos de terapia intensiva: incubadoras com parede dupla, dimensionadas para 60% dos leitos; berços de terapia intensiva para 20% dos leitos e incubadoras de parede simples para 20 % dos leitos;

Leitos de cuidados intermediários: incubadoras com paredes simples dimensionadas para 50% dos leitos, berços de calor radiante para 20% dos leitos e berços simples para 30% dos leitos;

Balança eletrônica, 01 por unidade;

Cadeira removível e confortável para a realização do Método Canguru.

3.5. Recursos Assistenciais disponíveis na estrutura hospitalar Idêntica à UTI Neonatal.

3.6. Recursos Assistenciais disponíveis por acesso formalizado Idêntica à UTI Neonatal.

3.7. Humanização Idêntica à UTI Neonatal.

DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS EM PEDIATRIA

1. Unidades de Tratamento Intensivo Pediátrica

1.1. Recursos Humanos

1.1.1. Composição mínima da equipe:

Um responsável técnico com título de especialista em terapia intensiva;

Um médico diarista (rotineiro) para o turno da manhã e um à tarde com título de especialista em terapia intensiva ou especialista em pediatria com experiência mínima comprovada de 4 (quatro) anos em terapia intensiva para cada 10 leitos ou fração;

Um médico plantonista por turno exclusivo da unidade para cada 10 leitos ou fração;

Um enfermeiro coordenador responsável pela área de enfermagem;

Um enfermeiro assistencial por turno, exclusivo da unidade, para cada 10 leitos/fração;

Um fisioterapeuta para cada 10 leitos/fração no turno da manhã, da tarde e noite;

Um fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional disponível para a unidade;

Um psicólogo disponível para a unidade;

Um técnico de enfermagem para cada 2 leitos/fração por turno;

Um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza.

1.1.2. Avaliações médicas especializadas no hospital minimamente disponíveis nas áreas de:

Nefrologia/nefropediatria;

Neurologia/neuropediatria;

Cirurgia pediátrica;

Hematologia;

Cardiologia/cardiologia pediátrica;

Traumato-ortopedia.

1.1.3. Avaliação e Capacitação de Recursos Humanos;

As Instituições Hospitalares serã o responsáveis pela incorporação de atividades de avaliação e capacitação de recursos humanos próprias, as quais deverão versar sobre a totalidade da equipe assistencial, estando descritas detalhadamente no Plano Hospitalar de Atenção ao Paciente Crítico e em seus relatórios periódicos, conforme estabelecido junto ao item 3.6 do anexo 3 desta portaria.

A equipe multiprofissional deverá participar das atividades definidas pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde da região de abrangência do estabelecimento de saúde, tanto como capacitadores quanto capacitandos, seguindo o estabelecido pelo Ato Portaria número 198/GM de 13 de fevereiro de 2004.

1.2. Recursos Físicos

Deverá seguir a Resolução RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002 da ANVISA.

1.3. Recursos Materiais (equipamentos)

Carro ressuscitador com material completo para intubação endotraqueal, 01 para cada 10 leitos/fração;

Camas de Fawler com grades laterais e rodízios;

Berços de terapia intensiva e incubadoras de parede simples;

Maca para transporte com cilindro de oxigênio;

Conjunto CPAP nasal mais umidificador aquecido, 01 para cada 5 leitos/ fração;

Capacete para oxigenioterapia;

Conjunto completo para intubação endotraqueal, 01 para cada 05 leitos/ fração;

Monitor de beira de leito com visoscópio, um para cada leito;

Ventilador pulmonar com misturador tipo blender, 01 para cada 02 leitos, do tipo microprocessado;

Oxímetro de pulso, 01 para cada leito;

Monitor de pressão não invasiva, 01 para cada 06 leitos/ fração;

Monitor de pressão invasiva, 01 para cada 10 leitos/fração;

Capnógrafo, 01 para cada 10 leitos/fração;

Bomba de infusão, 02 bombas por leito;

Conjunto de nebulização, em máscara, 01 para cada leito;

Conjunto padronizado de beira de leito contendo: termômetro, estetoscópio, ambu com máscara (ressuscitador manual), 01 para cada leito;

Bandejas para procedimentos de: diálise peritoneal, drenagem torácica, punção pericárdica, curativos, flebotomia, acesso venoso profundo, punção lombar, sondagem vesical e traqueotomia;

Eletrocardiógrafo portátil;

Aspirador portátil;

Negatoscópio;

Oftalmoscópio;

Otoscópio;

Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;

Cilindro de Oxigênio e ar comprimido, disponíveis no hospital;

Balança eletrônica, 01 para cada unidade;

1.4. Recursos Assistenciais disponíveis na estrutura hospitalar
Agência Transfusional 24 horas/dia;
Laboratório de Análises Clínicas com hemogasometria 24 horas/dia;
Laboratório de Microbiologia;
Ultra-sonografia (inclusive a beira do leito);
Ecodopplercardiografia;
Terapia Renal Substitutiva;
Serviço Social;
Serviço de Suporte Nutricional;
Exames radiológicos convencionais a beira do leito (RX móvel);
Tomografia Computadorizada.
1.5. Recursos Assistenciais disponíveis por acesso formalizado
Serviço de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica;
Fibrobroncoscopia;
Eletroencefalografia;
Endoscopia Digestiva;
Anatomia Patológica.
1.6. Humanização
Controle de ruído;
Controle de iluminação;
Climatização;
Iluminação natural;
Divisórias entre os leitos;
Relógios visíveis para todos os leitos;
Acompanhamento sistemático da equipe de psicologia;
Garantia de acesso livre aos pais;
Garantia de visitas diárias programadas dos familiares;
Garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares
Equipe médica: 1 momento (mínimo)
2. Unidade de Cuidados Intermediários Pediátrica
2.1. Conceito

Entende-se como Unidade de Cuidados Intermediários Pediátrica aquela destinada ao atendimento de pacientes pediátricos, em especial, nas seguintes situações:

Que, mesmo após a alta da UTI, necessitem de observação mais rigorosa do que a alcançável em unidades de internação/enfermarias regulares;

Pacientes clínicos ou cirúrgicos com risco de apresentar complicações necessitando de observação mais sistemática de suas funções vitais (ex: pós-operatório de cirurgias de médio/grande porte);

Pacientes que necessitem de procedimentos de baixa/média complexidade em terapia intensiva para sua sobrevivência (ex: manejo de secreções das vias aéreas, infusão controlada de inotrópicos em baixa dose);

Pacientes que requeiram o uso de suporte ventilatório artificial em baixos parâmetros (ex: pós-operatório de pacientes com função pulmonar normal, processo de desmame da prótese ventilatória, pacientes sem injúria pulmonar, intoxicação medicamentosa com repercussão moderada)

Parágrafo Único: os critérios de internação e alta na Unidade devem estar explicitados nos seus protocolos assistenciais/organizacionais, os quais integram o Plano Hospitalar de Atenção ao Paciente Crítico da instituição hospitalar.

2.2. Recursos Humanos

2.2.1. Composição mínima da equipe:

Um responsável técnico com título de especialista em terapia intensiva;

Um médico diarista (rotineiro) para o turno da manhã com título de especialista em terapia intensiva ou com título de especialista em pediatria com experiência mínima comprovada de 2 (dois) anos em terapia intensiva para cada 15 leitos/fração;

Um médico plantonista por turno exclusivo da unidade para cada 15 leitos ou fração;

Um enfermeiro coordenador responsável pela área de enfermagem;

Um enfermeiro assistencial por turno, exclusivo da unidade, para cada 15 leitos/fração;

Um fisioterapeuta para cada 15 leitos/fração no turno da manhã, da tarde e noite;

Um fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional disponível para a unidade;

Um psicólogo disponível para a unidade;

Um técnico de enfermagem para cada 4 leitos/fração por turno;

Um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza;

2.2.2. Avaliações médicas especializadas no hospital minimamente disponíveis nas áreas de:

Nefrologia/nefropediatria;

Neurologia/neuropediatria;

Cirurgia pediátrica;

Hematologia;

Cardiologia/cardiologia pediátrica;

Traumato-ortopedia.

2.2.3. Avaliação e Capacitação de Recursos Humanos;

As Instituições Hospitalares serão responsáveis pela incorporação de atividades de avaliação e capacitação de recursos humanos próprias, as quais deverão versar sobre a totalidade da equipe assistencial, estando descritas detalhadamente no Plano Hospitalar de Atenção ao Paciente Crítico e em seus relatórios periódicos, conforme estabelecido junto ao item 3.6 do anexo 3 desta portaria.

A equipe multiprofissional deverá participar das atividades definidas pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde da região de abrangência do estabelecimento de saúde, tanto como capacitadores quanto capacitandos, seguindo o estabelecido pelo Ato Portaria número 198/GM de 13 de fevereiro de 2004.

2.3. Recursos Físicos

Deverá seguir a Resolução RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002 da ANVISA.

2.4. Recursos Materiais (equipamentos)

Carro ressuscitador com material completo para intubação endotraqueal, 01 para cada 15 leitos/fração;

Monitor de beira de leito com visoscópio, um para cada leito;

Ventilador pulmonar com misturador tipo blender, 01 para cada 08 leitos/fração, do tipo microprocessado;

Oxímetro de pulso, 01 para cada 2 leitos/fração;

Camas de Fawler com grades laterais e rodízios;

Berços de terapia intensiva e incubadoras de parede simples;

Maca para transporte com cilindro de oxigênio;

Conjunto CPAP nasal mais umidificador aquecido, 01 para cada 10 leitos/fração;

Capacete para oxigenioterapia;

Bomba de infusão, 01 bomba para cada 2 leitos;

Conjunto de nebulização, em máscara, 01 para cada leito;

Conjunto padronizado de beira de leito contendo: termômetro, estetoscópio, ambu com máscara (ressuscitador manual), 01 para cada leito;

Bandejas para procedimentos de: diálise peritoneal, drenagem torácica, punção pericárdica, curativos, flebotomia, acesso venoso profundo, punção lombar, sondagem vesical e traqueotomia;

Eletrocardiógrafo portátil disponível no hospital;

Aspirador portátil;

Negatoscópio;

Oftalmoscópio;

Otoscópio;

Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;

Cilindro de Oxigênio e ar comprimido, disponíveis no hospital;

Balança eletrônica, 01 por unidade;

2.4. Recursos Assistenciais disponíveis na estrutura hospitalar

Agência Transfusional 24 horas/dia;

Laboratório de Análises Clínicas com hemogasometria 24 horas/dia;

Laboratório de Microbiologia;

Ultra-sonografia;

Ecodopplercardiografia;

Terapia Renal Substitutiva;

Serviço Social;

Serviço de Suporte Nutricional;

Exames radiológicos convencionais a beira do leito (RX móvel);

2.5. Recursos Assistenciais disponíveis por acesso formalizado

Serviço de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica;

Fibrobroncoscopia;

Eletroencefalografia;

Tomografia Computadorizada.

2.6. Humanização

Controle de ruído;

Controle de iluminação;

Climatização;

Divisórias entre os leitos;

Iluminação natural;

Relógios visíveis para todos os leitos;

Acompanhamento sistemático da equipe de psicologia;

Garantia de acesso livre aos pais;

Garantia de visitas diárias programadas dos familiares;

Garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares

Equipe médica: 1 momento (mínimo)

3. Unidade de Cuidados Progressivos (UCP) Pediátrica

3.1. Conceito

Permite a incorporação de leitos de terapia intensiva e leitos de cuidados intermediários em um mesmo ambiente físico/assistencial/ funcional. Os leitos de terapia intensiva deverão representar, no mínimo, 60 % (sessenta por cento) do total de leitos destas unidades.

3.2. Recursos Humanos

3.2.1. Composição Mínima da Equipe

Um responsável técnico com título de especialista em terapia intensiva;

Um médico diarista (rotineiro) para o turno da manhã e à tarde com título de especialista em terapia intensiva ou especialista em pediatria com experiência mínima comprovada de 4 (quatro) anos em terapia intensiva para cada 12 leitos ou fração;

Um médico plantonista por turno exclusivo da unidade para cada 12 leitos ou fração;

Um enfermeiro coordenador responsável pela área de enfermagem;

Um enfermeiro assistencial por turno, exclusivo da unidade, para cada 12 leitos/fração;

Um fisioterapeuta para cada 12 leitos/fração no turno da manhã e tarde;

Um fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional disponível para a unidade;

Um psicólogo disponível para a unidade;

Um técnico de enfermagem para cada 2 leitos de terapia intensiva e 1 para cada 4 leitos de cuidados intermediários ou fração por turno;

Um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza;

3.2.2. Avaliações médicas especializadas no hospital minimamente disponíveis Idêntica à UTI Pediátrica.

3.2.3. Avaliação e Capacitação, conforme a Portaria GM 2048 de 5 de novembro de 2002Idêntica à UTI Pediátrica.

3.3. Recursos Físicos

Deverá seguir a Resolução RDC nº 307, de 14 de novembrode 2002 da ANVISA.

3.4. Recursos Materiais (equipamentos)

Carro ressuscitador com material completo para intubação endotraqueal, 01 para cada 12 leitos/fração;

Camas de Fawler com grades laterais e rodízios;

Maca para transporte com cilindro de oxigênio;

Conjunto CPAP nasal mais umidificador aquecido, 01 paracada 5 leitos de terapia intensiva e 01 para cada 10 leitos de cuidados intermediários ou fração;

Capacete para oxigenioterapia;

Monitor de beira de leito com visoscópio, um para cada leito;

Ventilador pulmonar com misturador tipo blender, 01 para cada 02 leitos de terapia intensiva e 01 para cada 08 leitos de cuidados intermediários ou fração, do tipo microprocessado;

Oxímetro de pulso, 01 para cada leito de terapia intensiva e 01 para cada 2 leitos de cuidados intermediários ou fração;

Monitor de pressão não invasiva, 01 para cada 08 leitos de terapia intensiva ou fração;

Monitor de pressão invasiva, 01 para cada 08 leitos de terapia intensiva ou fração;

Capnógrafo, 01 para cada 10 leitos de terapia intensiva ou fração;

Bomba de infusão, 02 bombas por leito de terapia intensiva e 01 para cada 2 leitos de cuidados intermediários;

Conjunto de nebulização, em máscara, 01 para cada leito;

Conjunto padronizado de beira de leito contendo: termômetro,estetoscópio, ambu com máscara (ressuscitador manual), 01 para cada leito;

Bandejas para procedimentos de: diálise peritoneal, drenagem torácica, punção pericárdica, curativos, flebotomia, acesso venoso profundo, punção lombar, sondagem vesical e traqueotomia;

Eletrocardiógrafo portátil disponível no hospital;

Aspirador portátil;

Negatoscópio;

Oftalmoscópio;

Otoscópio;

Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;

Cilindro de Oxigênio e ar comprimido, disponíveis no hospital;

Balança eletrônica, 01 para cada unidade;

3.5. Recursos Assistenciais disponíveis na estrutura hospitalar Idêntica à UTI Pediátrica.

3.6. Recursos Assistenciais disponíveis por acesso formalizado Idêntica à UTI Pediátrica.

3.7. Humanização Idêntica à UTI Pediátrica.

MEDICINA ESTÉTICA NÃO É ESPECIALIDADE E NÃO PODE SER ANUNCIADA. NÃO EXISTE RESIDÊNCIA MÉDICA NESTA ÁREA

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke*

EMENTA - Informações quanto à autenticidade e postura ética de cursos denominados medicina estética.

Palavras-chave: medicina estética, publicidade, especialidade não reconhecida, residência não existente

AESTHETIC MEDICINE IS NOT A SPECIALTY AND CAN NOT BE ADVERTISED. THERE IS NOT MEDICAL RESIDENCY IN THIS AREA

Key words: A esthetic medicine, publicity, not recognized specialty, nonexistent residency

CONSULTA

Trata-se de consulta formulada por médica, solicitando um parecer quanto à autenticidade e postura ética de cursos com a denominação Medicina Estética.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Os atuais padrões de beleza aliados a uma divulgação pela imprensa leiga desprovida de análise crítica muito têm contribuído para a banalização de procedimentos cirúrgicos, assim como ao incentivo de práticas não recomendáveis, em detrimento de atitudes saudáveis e preventivas que promoveriam o retardo do envelhecimento, esquecendo-se que as mudanças causadas pelo tempo são necessárias e assim deveriam ser valorizadas. No entanto, quando comprovados por trabalhos bem conduzidos cientificamente, adequadamente indicados e conduzidos pelas mãos de médicos devidamente habilitados, os procedimentos cirúrgicos e cosmiátricos evidentemente contribuem para a melhora da auto-estima do paciente.

A população, que com a promessa de resultados, sem dor, sem cortes, sem complicações, com prazos minimizados de recuperação, custos aquém aos do mercado, entre outros e desconhecedora dos motivos que levam os profissionais a realizar procedimentos para os quais não estão devidamente capacitados ou a utilizar técnicas ou procedimentos não reconhecidos pelos meios científicos ou pelos órgãos

* Conselheira Parecerista CRMPR.

de regulamentação pública, e sujeita a produtos não registrados no Ministério da Saúde ou na ANVISA, submete-se a riscos, pois a confiança depositada na classe médica e nos órgão reguladores gera no leigo a falsa segurança de estar em mãos de profissionais que estariam devidamente habilitados pois estariam regidos por leis e fiscalizados pelos conselhos de classe.

O crescente aumento do número de vagas e de cursos de medicina, a reduzida oferta nas residências médicas e a baixa remuneração do trabalho médico parecem ser fatores determinantes para explicar a procura e a realização de cursos intitulados como medicina estética, independentes ou sob a tutela de sociedades sob a égide de medicina estética.

Nos sites acessados, das diversas associações relativas à medicina estética, a oferta dos cursos é justificada devido ao aumento da procura pelos pacientes por procedimentos de natureza estética e pela falta de profissionais capacitados para atender a esta demanda. As grades curriculares contemplam vários procedimentos e técnicas, de diversas especialidades reconhecidas, assim como aqueles desprovidos até o momento de reconhecimento científico para a finalidade proposta, o que caracteriza pesquisa médica, a qual deve estar de acordo com as disposições da Resolução n° 196/1996 do CNS, e que tem como exemplo a carboxiterapia e a hidrolipoclasia, salvo novas evidências, usam termos que podem confundir a população, como bioplastia e lipo light, os quais se referem à aplicação de técnicas, o que conflita com a Resolução CFM 1701/2003 e o Código de Ética Médica, sendo motivo de manifestação pelo CFM.

Os Conselhos têm como princípio maior a proteção da saúde da população contra a má prática médica, cujo Código de Ética Médica, no art. 2°, explicita que, o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, no art. 4°, preceitua que, ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, e no art. 9°, que não exercerá a medicina como comércio.

Um breve levantamento sobre solicitações de pareceres nesta área demonstra a preocupação com a imagem dos médicos, das sociedades envolvidas e dos conselhos perante a comunidade.

Em reuniões de aconselhamento pela CODAME – Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos, os médicos chamados para prestar esclarecimentos, têm declarado que são orientados, em alguns destes cursos sobre como não confrontar com a Resolução CFM 1701/2003 que regulamenta a publicidade médica e o art. 135 do CEM, ou seja, divulgar especialidade que não possa comprovar e utilizar termos que possam confundir com especialidade, porém, sem sucesso devido ao monitoramento do Conselhos Regionais e das Sociedades de Especialidades reconhecidas.

O MEC normatiza e disciplina os cursos realizados no país, o Parecer CES 908/98 é específico sobre especialização em área profissional e validação do título obtido.

O CFM e a AMB reconhecem como especialista, o profissional que cumpriu um programa de residência médica, após a graduação, na qual recebeu treinamento específico pra especialidade, em instituição de saúde credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica, conforme determina a Lei n° 6932 de 1981, e as resoluções CFM 1634/2002, 1666/2003 e 1763/2005.

Em decisão emitida pelo Desembargador Frederico Guerios, presidente do TRF-2ª Região (Rio de Janeiro e Espírito Santo), relativa à cassação de liminar para o reconhecimento de médico como especialista em medicina estética, ressalvou que um curso de pós-graduação lato sensu não habilita o médico como especialista, e que a autorização de curso de Medicina Estética pelo MEC não desobriga o cumprimento legal referente à residência médica, também fez alusão à qualificação de estética como um termo vago, que por sua imprecisão poderá induzir à falsa idéia de tratar-se de especialidade como cirurgia plástica ou dermatologia, não correspondendo a uma ciência médica, imprescindível para o reconhecimento de especialidade médica.

Existem cursos, sob a denominação de medicina estética, que não estariam em conformidade com as normas do MEC, do CFM, da AMB e do Código do Consumidor.Há que se questionar a validade de cursos realizados em ambientes inadequados, ministrados por profissionais sem capacitação na área de ensino, e sem qualquer tipo de fiscalização ou regulamentação.

O médico pode estar sendo induzido a praticar procedimentos não reconhecidos pela comunidade científica, a utilizar produtos não registrados pelos órgãos competentes e a divulgar a atividade em desacordo com as leis e normas vigentes no país e necessita ser alertado sobre os riscos potenciais em caso de alguma demanda judicial ou ética, pois não pratica medicina de meios mas de resultados.

A conclusão do Curso de Medicina faculta a prática de qualquer área, mas não chancela a divulgação de especialidade que não possa comprovar ou que não esteja devidamente registrada no conselho regional a que pertença.

A ascendente participação de médicos na área da chamada medicina estética pressiona para o disciplinamento da prática pelo Conselho Federal de Medicina e pelo MEC.

As entidades competentes devem com urgência realizar debates sobre a realização de cursos sem a devida qualificação pelos docentes, promover esclarecimentos e alertamentos à população, no caso, sobre procedimentos estéticos não devidamente chancelados pela comunidade científica, assim como alertar aos médicos sobre os riscos da má prática médica.

É o parecer.

Curitiba, 13 de julho de 2006.

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke
Consª. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 100/2005
Parecer CRMPR Nº. 1757/2006
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 21/08/2006

TEMPO DE VALIDADE DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO E A REPETIÇÃO DA MESMA RECEITA

Marília Cristina Milano Campos*

EMENTA - Prescrição de medicamentos de uso contínuo- Somente a avaliação periódica permitirá o reconhecimento dos possíveis efeitos colaterais, interações medicamentosas e mesmo do efeito terapêutico – Parecer CFM Nº 12/2006.

Palavras-chave: repetição de receita, prescrição de medicamento, tempo de validade, nova receita, uso contínuo

EXPIRATION DATE OF PRESCRIPTION MEDICINES WHICH ARE USED CONTINUOUSLY AND THE REPETITION OF A NEW APPOINTMENT

Key words: repetition of prescription, prescription of medicine, expiration date, new prescription, continuous use

CONSULTA

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

"Prezado Conselheiro, gostaria de saber se há documentação sobre tempo de validade de prescrição de medicamentos de uso contínuo. Por exemplo: um médico prescreve um anti-hipertensivo e indica na receita, uso contínuo. Existe regulamentação ou recomendação que defina o tempo máximo que essa prescrição possa ser repetida sem a emissão da nova receita?"

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A prescrição medicamentosa faz parte do ato médico da consulta. Deve ser precedida por história clínica, antecedentes pessoais e familiares, condições e hábitos de vida, exame físico completo e, quando necessário, exames complementares. Somente o conhecimento da patologia que acomete o paciente permite a escolha do medicamento indicado, sua dose e o tempo de uso, assim como o aconselhamento dos possíveis efeitos e cuidados a serem tomados durante sua utilização.

As doenças crônicas necessitam de medicação de uso prolongado, quiçá contínuo. No entanto, somente a avaliação periódica permitirá o reconhecimento dos possíveis efeitos colaterais, interações medicamentosas e mesmo, do efeito

* Conselheira Parecerista CRMPR.

terapêutico desejado e das doses mais adequadas a cada paciente. É impossível aceitar que o paciente portador de patologias como HAS, diabete melito, que sabidamente apresentam sérias intercorrências ao longo se sua evolução, não tenha seu controle pontualmente estabelecido, por estar sendo avaliado anualmente e não em consultas periódicas adequadas a cada internação.

Existe legislação pertinente ao assunto e pareceres do CFM, porém geralmente destinados à prescrição de medicação especial, com receituário controlado. No entanto, manda o bom senso e a boa prática da profissão, que receitas de outros medicamentos que requerem uso prolongado, mesmo quando bem adaptados, sejam revistas e conferidas à cada, no mínimo, três meses, ou até menos, se o quadro clínico assim o indicar. Excepcionalmente, não ultrapassar 6 meses.

Anexamos o parecer CFM Nº 12/06 para conhecimento do consulente.

É o parecer.

Curitiba, 14 de novembro de 2006.

Marília Cristina Milano Campos
Consª. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 86/2006
Parecer CRMPR Nº. 1799/2006
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 20/11/2006

ANEXO

PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 2.145/06
PARECER CFM Nº 12/06
INTERESSADO: CRM-RN
ASSUNTO: Orientação aos médicos quanto à prescrição de medicamentos de uso contínuo
RELATOR: Cons. Genário Alves Barbosa

EMENTA:

Pacientes crônicos em uso de medicamentos de uso contínuo devem ser avaliados por seus médicos, no máximo, a cada 90 (noventa) dias, em vista da boa prática médica e das adequações necessárias.

DA SOLICITAÇÃO

O corregedor do CRM-RN encaminha correspondência ao CFM nos seguintes termos:

"Senhor vice-presidente,

Esta Corregedoria, por diversas vezes, foi contatada por juízes de Direito

que nos solicitaram fosse dada orientação aos médicos deste estado quanto à prescrição de medicamentos de uso contínuo.

Segundo observação feita pelos magistrados, tem-se verificado que, por se tratar de pacientes crônicos, os profissionais médicos têm realizado prescrições (ansiolíticos, antidepressivos, anticonvulsivantes, etc.) sem o exame clínico periódico dos pacientes e, em alguns casos, constata-se que o paciente realizou a última consulta há oito, dez ou doze meses com o profissional, ocorrendo isto principalmente nas especialidades de Neurologia e Psiquiatria.

Ainda, segundo informações feitas pelos magistrados, em algumas demandas judiciais tem sido alegada a ocorrência de "negligência" em face do lapso temporal entre a consulta realizada e as reiteradas prescrições efetuadas sem o exame do paciente, cujos comprovantes são acostados aos autos, o que não tem restado em algumas ocasiões senão o reconhecimento judicial da necessidade de imposição do "jus puniendi" por parte do Estado ante as provas apresentadas.

Por se tratar de um fato que, sem sombra de dúvida, deve interessar a todos os médicos, solicitamos a Vossa Senhoria que encaminhe ao plenário do CFM esta informação e seja elaborado um "aconselhamento ou sugestão aos médicos" que realizam acompanhamento de pacientes que fazem uso de medicamentos de uso contínuo, principalmente os submetidos a controle especial, que sejam efetuadas consultas e avaliações clínicas a esses pacientes em intervalos regulares (pelo menos a cada quatro meses, p.ex.) de modo a evitar possíveis condenações judiciais."

PARTE EXPOSITIVA

A solicitação emanada da Corregedoria do CRM-RN é meritória, pois tem sido prática corriqueira a permanência da manutenção da terapêutica em pacientes com doenças crônicas, notadamente nos campos da psiquiatria e neurologia.

Em 1998, este CFM foi consultado a se manifestar sobre o mesmo tema. Assim, consta no Processo-Consulta nº 26.517/98: "*Versa a presente consulta de solicitação de parecer por parte médica coordenadora da Comissão Municipal de Farmácia e Terapêutica de cidade do interior de nosso estado, em relação à prescrição de medicamento para pacientes crônicos em terapêutica contínua*".

Em resposta, utilizando o citado parecer, destaco um parágrafo que julgo importante, também, para a decisão da presente consulta: "*O ideal, do ponto de vista teórico, seria que toda receita médica resultasse de consulta e avaliação clínica do paciente em tratamento com uso contínuo de medicamentos, devido à possibilidade de reações adversas, interações medicamentosas, controle de doses, etc. Porém, na prática, esta noção teórica se transforma em utopia em nosso meio e a simples observação diária da prática médica facilmente demonstra esta afirmação*".

Por outro lado a Portaria nº 6, de 29.10.99, da Anvisa, que regulamenta substâncias e medicamentos, determina em seu art. 85, alínea c, parágrafo 1º, que: "*a validade da receita é de 30 (trinta) dias, a partir da data do preenchimento*".

A Portaria nº 344, de 12.5.98, também da Anvisa, regulamenta medicamentos sujeitos a controle especial e define receita como a "*prescrição escrita de medicamento, contendo orientação de uso para o paciente, efetuada por profissional legalmente habilitado, quer seja de formulação magistral ou de produto industrializado*".

Seu art. 42 determina a validade da receita (notificação de receita A) e a quantidade prescrita por 30 (trinta) dias a contar da data de sua emissão. No tocante à receita tipo C1 (outras substâncias sujeitas a controle especial), sua regulamentação consta nos artigos 58 e 60. Contudo, o art. 60 estabelece que a quantidade de medicamentos prescritos pode ser para até 60 (sessenta dias).

A Resolução CFM nº 1.408/94, que discorre sobre a assistência psiquiátrica, estabelece em seu art. 5º, parágrafo I, que "*o tratamento e os cuidados a cada pessoa serão baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com ela, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por pessoal profissional qualificado*".

Alerta, ainda, em seu art. 10, que "*o médico assistente deve gozar da mais ampla liberdade durante todo o processo terapêutico, estando, no entanto, sujeito aos mecanismos de revisão, supervisão e auditoria previstos no Código de Ética Médica e na legislação vigente*".

PARECER

A prescrição é um ato médico. Partindo deste princípio, compete ao médico fazê-la. Para tanto, utilizará seus conhecimentos, experiência e o avanço científico médico obtido em sua área de atuação.

A prescrição médica deve ser entendida como um binômio favorável a ambas as partes. Não funcionará de forma unilateral.

Obviamente, ante algumas doenças crônicas ou até mesmo agudas, notadamente nos casos da psiquiatria e neurologia, que exigem tratamentos mais prolongados, deve o médico preocupar-se em manter o paciente sob avaliação clínica, para que seja favorecido com a terapêutica instituída.

Um paciente portador de uma esquizofrenia, v.g., tomará neurolépticos por alguns anos. Neste caso, lhe será dada uma receita e um retorno para reavaliação 12 meses depois? Claro que não! Mesmo sabendo-se que utilizará medicamentos por tempo mais prolongado, deve o psiquiatra, pelo menos a cada dois meses, ver o paciente e avaliar a severidade de seus sintomas – se há reemissão de alguns, agravamento de outros e, inclusive, surgimento de novos.

Logo, uma revisão bimensal se faz necessária para a análise psicopatológica e agente da terapêutica prescrita. Lembro, ainda, que a própria Anvisa determina que a receita utilizada para neurolépticos deve conter prescrição para até sessenta dias.

Vou mais além: nem precisa ser doença crônica. Um paciente portador de uma depressão transitória tomará antidepressivos por pelo menos seis meses. Obviamente não ficará esse período sem ser visto por seu médico. A dose de manutenção não implica a ausência de encontro com o médico.

Finalmente, temos o caso das epilepsias, onde a medicação será usada por dois, três anos. Caberá ao médico, quer seja neurologista ou não, avaliar mensal ou bimensalmente este paciente para verificar/saber a evolução das crises convulsivas, haja vista que as convulsões nortearão a terapêutica a ser instituída. Sua ausência, implicando manutenção, obriga também o médico a sempre reavaliar o paciente, bem como determinar período para a realização de eletroencefalograma, monitoração

de medicamentos, etc. Logo, não pode o paciente ficar três, quatro, cinco, seis ou dez meses sem ser visto, à guisa de dose de manutenção. Isto não é medicina.

A boa relação médico-paciente exige permanentemente a presença do médico, sua dedicação, zelo e cuidado. O fato de se constituir uma terapêutica e dizer ao paciente "venha daqui a 6, 10 meses" não faz parte da díade do *rapport* médico e nem tampouco terapêutico.

Não posso deixar de analisar as dificuldades encontradas pelos pacientes, principalmente os do interior, que vêm à capital em busca de serviços de psiquiatria e neurologia. Muitas vezes, conseguem com dificuldade a consulta mas naquele mesmo serviço o prazo para retorno é cruel: 90, 120, 150 dias, sendo eu otimista. O psiquiatra, por outro lado, avaliza este problema e muitas vezes é levado a fazer prescrições longas, por conta das causas socioeconômicas e má qualidade de nosso sistema de saúde, onde os desfavorecidos são os que mais sofrem. É um dilema médico x social. Esta é a realidade que conheço.

A especialidade de psiquiatria está "encolhendo" em nosso país, apesar do aumento da prevalência das doenças mentais em nossa população.

CONCLUSÃO

Realmente, esta consulta merece reflexões. Porém, pelo aqui demonstrado, quer no que determina a Anvisa, quer nos aspectos semióticos e psicopatológicos, a prescrição médica deve ser sempre precedida de uma avaliação clínica. Ela integra a consulta, portanto, faz parte do ato médico. O ato médico só pode ser completo. Não pode haver meio ato médico.

Assim, considerando os problemas socioeconômicos e a má qualidade dos serviços de saúde em termos do reduzido número de médicos, não vejo outra saída a não ser a de que os pacientes que necessitam medicamentos de uso prolongado devam comparecer às consultas médicas em intervalos de, no máximo, noventa dias, e que as prescrições sejam feitas quando do momento das consultas, em consonância com a boa prática médica e a legislação emanada da Anvisa no tocante à prescrição médica.

Este é o parecer.

Brasília-DF, 11 de agosto de 2006

Genário Alves Barbosa
Cons. Parecerista

DIFICULDADE DE INTEGRAÇÃO ENTRE ESPECIALISTAS EM HOSPITAL

Antonio Celso C. de Albuquerque*

EMENTA - Empresa terceirizada – contrato – objeto lícito – integração dos médicos ao corpo clínico – direito de atender e internar pacientes enquanto perdurar o ajuste entre as partes.

Palavras-chave: especialistas, integração intra-hospitalar, terceirização, empresa arrendatária, contrato, questão administrativa, regimento interno

DIFFICULTY IN THE INTEGRATION OF SPECIALISTS IN A HOSPITAL

Key words: specialists, intra-hospital integration, outsourcing, lease holder company, contract, administrative issue, internal rules

CONSULTA

Médico formula consulta a este Conselho, indagando em síntese o seguinte:

"Que a Sociedade Beneficente arrendatária e gestora de Hospital, estabeleceu em novembro de 2005, Termo contratual com outras instituições clinicas, para implantação dentro do Hospital de uma Unidade de Litotriprisia por ondas de choque, bem como de um ambulatório de Urologia Geral; Que segundo o Termo, o serviço deverá atender preferencialmente pacientes do SUS e que o contrato apresenta diversas vantagens, como pagamento mensal estipulado em contrato, aumento do fluxo de pacientes e cirurgias especializadas, sem contar as benfeitorias de construção civil e aporte de equipamentos de ponta e que através de parcerias científicas internacionais elevará o nível técnico da instituição; Que todos os passos para a implantação física de equipamentos já foram cumpridos, bem como as atividades ambulatoriais foram iniciadas; Que todavia apesar do oferecimento aos urologistas do Hospital, da utilização dos equipamentos, sem ônus, eles recusam-se a se integrarem ao grupo de profissionais do serviço contratado e não aceitam nenhuma espécie de relacionamento e se utilizam da prerrogativa de pertencerem ao Corpo Clinico do Hospital, para não admitirem como tal, os contratados da empresa, segundo possibilita o estatuto do Corpo Clinico; Que em reuniões do Corpo Clinico, os urologistas do Hospital tem levantado ofensas pessoais e calunias contra representantes do Serviço contratado; Que dessa forma o Hospital e o Serviço contratado, encontram-

* Assessor Jurídico CRMPR.

se reféns das mazelas pessoais impostas pelos urologistas do Corpo Clinico que querem preservar um "feudo" e o Hospital não pode cumprir o contrato firmado e com isso atingir os benefícios almejados para a população local.

Isso posto e após o relato, transcrito de forma resumida, o consulente indaga deste Conselho, com referência explicita ao artigo 25 do Código de Ética Médica e ao Estatuto do Corpo Clinico do Hospital se:

Os membros contratados pela empresa terceirizada podem ser absorvidos pelo corpo clinico e se existe algum impedimento legal para que internem e assistam clínica e cirurgicamente seus próprios pacientes atendidos em serviço ambulatorial ?

Ora, primeiramente há que se afastar, eis que não aplicável ao caso em epígrafe, o artigo 25 do Código de Ética Médica, que trata de assunto diverso da consulta formulada. Aquele dispositivo regulamenta o direito do médico de internar em qualquer Hospital, mesmo não fazendo parte de seu Corpo Clínico e isso, em casos especiais, como em emergências, por exemplo. Portanto, o artigo 25 do Código se refere ao médico, como autônomo e não integrante de uma pessoa jurídica contratada pelo Hospital, como no caso.

Daí logo se conclui que a questão não é ética, mas sim comercial e como tal deve ser encarada no deslinde da indagação, tendo como fundo decisivo o Regimento Interno do Hospital contratante e as relações advindas do contrato estabelecido.

Quer dizer, se o Regimento Interno do Hospital prever a possibilidade de terceirização de Serviços e o contrato firmado com a empresa interessada não ferir princípios éticos da medicina, realmente, a questão é apenas comercial e como tal deve ser resolvida.

E no caso, como se verifica, o Regimento Interno do Corpo Clinico do Hospital Vicentino de Ponta Grossa, prevê a categoria de membros contratados, ou sejam, como definido no inciso VII do artigo 1º: " *profissionais que desenvolvem suas atividades na instituição, apesar de contratados por outra, com remuneração e regime especifico de trabalho*".

E a seguir, nos incisos desse artigo, Regimento Interno estabelece:

1) As equipes contratadas, são entidades juridicamente constituídas, contratadas pelo hospital para atender em um dos serviços, que tenham ou não participação financeira na compra ou locação de equipamentos;

2) As equipes deverão indicar um médico que será o responsável pela equipe perante a administração do hospital, denominado de chefe de serviço. Este membro deverá estar disponível e, de fácil acesso à administração, para eventuais contatos;

3) Os encargos trabalhistas que decorrerem de contrato de profissionais, são de inteira responsabilidade da entidade jurídica contratada.

Ora, dessume-se portanto, que a contratação de Serviços terceirizados é perfeitamente admissível, eis que previsto pelo próprio Regimento do Corpo Clínico.

Resta então, apenas analisar se o TERMO DE AJUSTE E PARCERIA firmado entre as partes, é lícito.

Destarte, nas CONDIÇÕES do citado Termo, está implícito no que consiste o objeto do acordo, eis que assim redigida:

"A BENEFICÊNCIA CAMILIANA DO SUL – CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE SÃO CAMILO, CEDE AOS CONTRATADOS A POSSE EM CARÁTER EXCLUSIVO ENQUANTO PERDURAR O PRESENTE AJUSTE, ALGUMAS SALAS, PERFAZENDO 178,77M2, QUE SERÃO PREPARADAS PARA AS INSTALAÇÕES DOS EQUIPAMENTOS MÉDICOS DE ALTA PERFOMANCE PARA O PROCESSAMENTO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS DE UROLOGIA AMBULATORIAL, ULTRASSONOGRAFIA URINÁRIA E LITOTRIPISIA EXTRACORPÓREA, AS EXPENSAS DA EMPRESA UROLITO ASSESSORIA MÉDICA LTDA., ACIMA QUALIFICADA E DA CESSIONÁRIA DO EQUIPAMENTO E CLINICA MÉDICA BASS – SAINT LOUIS – GRIFFON".

Como se depreende da simples leitura do objeto do contrato, não persiste qualquer ilicitude na sua finalidade precípua, igualmente nas demais cláusulas complementares do Termo de Ajuste.

Por outro lado, quanto as duas perguntas formuladas na consulta, quais sejam, se os membros contratados, então pertencentes à empresa terceirizada podem ser absorvidos pelo Corpo Clínico e se existe algum impedimento de internarem e assistirem seus pacientes em serviço ambulatorial, concluo:

1) Que os médicos pertencentes à empresa contratada integram o Corpo Clinico do Hospital;

2) Que não existe qualquer óbice que os impeça de internar e assistir seus pacientes em serviço ambulatorial.

Ressalto todavia, finalizando, que os médicos que prestam serviços à empresa terceirizada, integram o Corpo Clínico, nos termos do Regimento Interno da instituição, enquanto perdurar o Termo de Ajuste. Quer dizer, rescindido o acordo, cessa o vínculo.

É o parecer.

Curitiba, 5 de dezembro 2006.

Antonio Celso. C. De Albuquerque
Assessor Jurídico

Processo-Consulta CRMPR Nº. 132/2006
Parecer CRMPR Nº. 1791/2006
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/12/2006

MÉDICO ATENDENDO SERVIÇO DE RADIOLOGIA E MAMOGRAFIA EM DIFERENTES CIDADES

Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho*

EMENTA - Médico ser responsável por serviços de radiologia em cidades diferentes.

Palavras-chave: radiologista, limite de responsabilidade, acumular funções, certificado de qualificação, limite do técnico

PHYSICIAN WORKING IN THE RADIOLOGY AND MAMMOGRAPHY SERVICES IN DIFFERENT CITIES

Key words: radiologist, limit of responsibility, accumulation of functions, qualification certificate, technician's limit

CONSULTA

O Conselho Técnico da Unimed solicita parecer acerca da seguinte situação: um médico radiologista que reside em cidade do interior e possui serviço de radiologia nessa cidade, é também responsável por serviço de mamografia em cidade próxima (em torno de 69 kilometros de distância). Essa situação pode ser aceita? E também, o mesmo pode apenas assinar os laudos das mamografias feitas por um técnico, ou o médico deve estar presente durante a realização do exame?

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Inicialmente, não existe dispositivo normativo no âmbito Conselhal proibindo o acúmulo das funções citadas. Até porque, a Resolução CFM nº. 1352/92, sem especificar cargos, prevê que "ao profissional médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como Diretor Técnico, seja como Diretor Clínico, em no máximo 2 (duas) instituições prestadoras de serviços médicos, aí incluídas as instituições públicas e privadas, mesmo quando se tratar de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição".

Resta, portanto, a observação arguta relativa ao desempenho de cada uma das funções em separado, tanto por parte do responsável técnico acumulador das funções, quanto por parte de seus comandados integrantes do corpo clínico. E neste campo de discussão, fica óbvio que os interesses eventualmente podem ser conflitantes. A questão pode mais ser discutida pelo seu potencial fragilidade moral, do que legal.

Secretário da Sociedade de Radiologia do Paraná esclarece que qualquer profissional que possua certificação de qualificação que inclua os aspectos de proteção

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

radiológica, estão aptos a realizar exposição de radiação ionizante, médicas e odontológicas na função de supervisor. (Diretrizes de Proteção Radiológica em Radiodiagnóstico Médico e Odontológico – Vigilância sanitária 453, de 1 de junho de 1998). Enaltece, ainda que o profissional possa exercer a responsabilidade técnica em dois serviços desde que haja compatibilidade de horários.

Na verdade, cada uma das funções citadas, tem seu formato de atribuições e deveres previsto em normas vigentes e ambos não se excluem. E estes cumprem exclusivamente seu papel de balizadores do exercício do cargo. À medida que as obrigações previstas em leis, normas, resoluções ou Código de Ética Médica não estejam sendo obedecidas, merecerão análise por parte do CRM.

É o parecer.

Curitiba, 08 de julho de 2006.

Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 27/2006
Parecer CRMPR Nº. 1765/2006
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 02/10/2006

ESPANHA
ANESTESISTA QUE CONTAMINOU 275 PACIENTES 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 "rastro 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.

PACIENTE COM DISTROFIA MUSCULAR PROGRESSIVA EM TRATAMENTO DOMICILIAR COM VENTILAÇÃO MECÂNICA E OS CUIDADOS CONTÍNUOS

Roseni Teresinha Florêncio*

EMENTA - Ventilação mecânica em domicílio, para pacientes estáveis, com distrofia muscular.

Palavras-chave: distrofia muscular, ventilação mecânica, tratamento domiciliar, cuidados permanentes

PATIENT WITH MUSCULAR DYSTROPHY IN HOME CARE WITH MECHANICAL VENTILATION AND CONTINUED CARE

Key words: muscular dystrophy, mechanical ventilation, home treatment, permanent care

CONSULTA

A consulente solicita informações sobre a necessidade de acompanhamento médico contínuo para pacientes estáveis, em ventilação mecânica, em tratamento domiciliar, por Distrofia muscular.

Pergunta se poderia ficar sob a responsabilidade de uma Unidade de Saúde tipo Programa de Saúde da Família, só com visitas diárias da equipe médica ou necessita de um profissional da área de saúde 24 horas ao dia?

Esse profissional da saúde poderia ser de nível técnico, como uma auxiliar ou técnica de enfermagem?

Há alguma Resolução sobre esse assunto?

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Considerando o Segundo Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica (volume 26, suplemento 2, maio/2000) que diz:

1 - O Suporte Ventilatório Mecânico (SVM) pode ser definido como sistema de suporte de vida, necessário à manutenção da função ventilatória. O que torna o paciente dependente do ventilador é o desequilíbrio entre a capacidade ventilatória e a demanda necessária para a sua sustentação. O paciente escolhido para o SVM domiciliar (SVMD) requer cuidados para a manutenção de longos períodos de suporte ventilatório contínuo, sob o regime de ventilação pulmonar com pressão positiva.

2 - Os principais objetivos do SVMD são: melhorar a qualidade de vida do paciente, reduzir a morbidade e promover melhor relação custo-efetividade, no manuseio de pacientes crônicos, dependentes de ventilação mecânica.

* Conselheira Parecerista CRMPR.

3 - As principais indicações para o SVMD são as doenças neuromusculares (onde se encontra a Distrofia muscular), síndrome de hipoventilação alveolar crônica, doenças ventilatórias primárias, doenças obstrutivas e cardíacas; essas doenças cursam com incapacidade para sustentar ou manter completamente o desmame do suporte ventilatório, ou progressão da patologia de base, necessitando de suporte ventilatório contínuo.

4 - As contra-indicações são instabilidade fisiológica (FiO_2 maior do que 0,4 ou PEEP maior do que 10 cmH_2O), necessidade de monitorização contínua invasiva, condições domiciliares inadequadas (ambiente insalubre, fonte elétrica inadequada ou instável, entre outros), aspectos sócio-econômicos desfavoráveis.

5 - Podem ocorrer complicações clínicas, como instabilidade respiratória ou hemodinâmica, agravamento da doença de base, infecções, entre outras situações; complicações com o equipamento, como falha no respirador, desconexão paciente-aparelho; ainda, complicações psicológicas, como depressão, crise de ansiedade, desestruturação familiar ou mesmo com a equipe de cuidados ventilatórios.

6 - A utilização do respirador também envolve a escolha do ventilador mais adequado às necessidades do paciente, modelo portátil, para o uso em domicílio, com sistema de umidificação, monitorização (alarmes) e acessórios para a ventilação de urgência e equipamentos para aspiração de secreções.

7 - É necessário que, rotineiramente, sejam monitorizados os dados vitais do paciente, anamnese e exame físico, dados do respirador e circuitos necessários ao seu bom funcionamento.

8 - Todos os profissionais envolvidos no atendimento do paciente terão que tomar todos os cuidados de higienização, a fim de evitar infecções.

Considerando que, em 15/04/2002, o Senado Federal aprovou a Lei n° 10.424, que acrescenta capítulo e artigo à Lei n° 8.080, de 19/09/1990, nos seguintes termos: Capítulo VI, artigo 19-1 São estabelecidos, no âmbito do SUS, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§1° - Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros, necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

§2° - O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§3° - O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.

Considerando a Resolução do CFM n•‹ 1668/03, que dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional nesse tipo de assistência.

Considerando ainda, a Resolução do CFM n•‹ 1671/03, que dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar. Esse é um serviço médico, sendo que a sua coordenação, regulação e supervisão direta e à distância deve ser efetuada por médico.

Considerando também, que o paciente indicado para o atendimento domiciliar deva receber a alta hospitalar em condições estáveis da doença crônica

que o acomete, sendo o médico assistente o responsável pela decisão da alta e tendo a concordância do paciente e/ou sua família (responsável legal); mister ainda se faz que as condições de domicílio e sócio-econômicas sejam analisadas por profissional da psicologia e assistência social, com parecer favorável.

Concluímos esse parecer, dizendo que o paciente estando sob o uso de ventilação mecânica em domicílio, por tempo prolongado, necessita de:

1 - Visita médica diária, com avaliação dos parâmetros clínicos e do respirador. É necessário que o paciente tenha um médico assistente, com conhecimento e treino adequados para atender esse tipo de doença e familiarizado com o manejo do ventilador. Esse profissional pode pertencer a uma equipe tipo "Programa de saúde da família".

2 - Técnico de enfermagem, 24 horas por dia, treinado para a assistência integral do paciente, incluindo cuidados com sondas, aspiração de secreções, percepção adequada do funcionamento do ventilador e seus alarmes.

3 - Atendimento multidisciplinar, incluindo fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social, fonoaudiologia, terapia ocupacional, conforme a indicação médica, ao avaliar a necessidade de cada paciente.

4 - Consentimento informado e apoio incondicional da família.

5 - Prontuário médico, com anotação diária da prescrição dos medicamentos e outras orientações; evolução clínica de todos os profissionais envolvidos no atendimento do paciente.

6 - Hospital de retaguarda, que garanta a internação , em caso de qualquer intercorrência que torne a continuidade da assistência domiciliar inviável, por colocar o paciente em risco de vida iminente, por definição da avaliação médica. O serviço de atendimento domiciliar tem que manter médico e ambulância adequadamente equipada para as condições clínicas do paciente, disponíveis 24 horas ao dia, para o atendimento das emergências.

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

O profissional médico, em conjunto com o Diretor Técnico Médico da instituição prestadora da assistência deverá tomar todas as medidas referentes à preservação da ética médica, especialmente em relação ao artigo 30 do Código de Ética Médica, que veda ao médico delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Quanto ao último questionamento feito pela consulente, as Resoluções acima citadas, de números 1668/03 e 1671/03, além da Lei nº 10424 e do II Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica, dão extensa orientação sobre o assunto.

É o parecer.

Curitiba, 26 de março de 2006.

Roseni Teresinha Florênio
Consª. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 15/2006
Parecer CRMPR Nº. 1735/2006
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 17/04/2006

TRATAMENTO DOMICILIAR COM POUCOS RESULTADOS PODE MOTIVAR SUSPEITA DE DISTANÁSIA

Luiz Ernesto Pujol*

EMENTA - Tratamento domiciliar; Hipoxia cerebral.

Palavras-chave: tratamento futil, resultados insatisfatórios, distanásia, hipoxia cerebral neonatal

HOME CARE WITH FEW RESULTS CAN BE A MOTIVE FOR SUSPICION OF DYSTHANASIA

Key words: futile treatment, unsatisfactory results, dysthanasia, neonatal cerebral hypoxia

CONSULTA

Em Novembro/2004 a Delegacia do CRMPR do interior recebeu e protocolizou carta enviada pela Direção Clínica de prestadora de assistência médica complementar solicitando interferência a respeito de criança, à época com 6 meses de idade, que desde o nascimento prematuro na trigésima semana de gestação, por apresentar anoxia neonatal e lesões cerebrais em decorrência de hipoxia cerebral, encontrava-se sob ventilação mecânica, traqueotomizada e gastrostomizada. Em decorrência de alegados comentários emitidos por médicos da UTI do hospital da cidade onde a criança permanecia desde que nasceu e de familiares da mesma, principalmente quanto ao fato da operadora de saúde questionar a beneficiência dos procedimentos que não melhoravam o reservado prognóstico, a Direção da prestadora solicitava ao CRM interferência no caso, questionando eventual prática de distanásia.

Em contatos telefônicos com a chefia da UTI Pediátrica do hospital, fomos colocados a par do estado em que se encontrava a criança e, em Setembro/2005 recebemos da mesma, relatório em que explicita as atuais condições clínicas da criança, que se mantêm estáveis e não mais na UTI e sim em quarto hospitalar, com boa evolução embora dependente de ventilação mecânica, com entusiástico apoio familiar, havendo concordância da prestadora em permanecer custeando o tratamento em domicílio.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Os critérios médico-científicos para definir uma eventual transferência da criança ao seu lar, visando a manutenção do tratamento em domicílio já estão

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

estabelecidos no Brasil pelos protocolos a tal direcionados e constantes na literatura (.....). Perante o exposto, é possível, a este parecista, considerando a disposição das partes em assumirem seus papéis técnicos, éticos e humanitários requeridos aos atendimentos domiciliares e obedecidos os critérios constantes nos protocolos, entender a possibilidade da criança ser transferida ao seu domicílio e neste receber a assistência de que necessita, desde que:

1. O PAM disponibilize a continuidade de todos os meios tecnológicos até então utilizados na UTI (respirador, oxigênio, aspirador, oxímetro, sonda de gastrostomia, eventual material de venoclise, material de curativos, medicamentos e exames complementares que venham a ser necessários);

2. O PAM remunere os profissionais médicos e demais membros da equipe de saúde envolvidos;

3. Que seja determinado um médico que assuma a responsabilidade sobre o doente e sobre a equipe que estará vinculada a este atendimento domiciliar, cabendo a este a elaboração de um plano de trabalho contínuo com o doente e ações emergenciais que ocasionalmente venham a requerer atendimento de urgência e até mesmo retorno a UTI;

4. Adaptação da moradia onde será instalado o doente e a aparelhagem utilizada, com ênfase à higiene e aeração ambiental;

5. Treinamento dos familiares para as ações de cuidados com o doente que lhes caberão como partícipes do atendimento, assim como apoio psicológico frente ao caso;

6. Que se proceda à necessária confecção do Consentimento Livre e Esclarecido dos representantes legais pelo doente, aceitando conscientemente a continuidade da terapêutica em domicílio.

É o parecer.

Curitiba, 20 de abril de 2006.

Luiz Ernesto Pujol
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 26/2006
Parecer CRMPR Nº. 1738/2006
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 22/05/2006

REQUISIÇÃO DE EXAME POR MÉDICO PARTICULAR OU DE CONVÊNIO E A REALIZAÇÃO PELO SUS

Romeu Bertol*

EMENTA - Atendimento particular ou por convênio. Exames solicitados podem ser encaminhados ao SUS. Gestor do SUS não a pode negar acesso do usuário a exames ou procedimentos

Palavras-chave: direito, assistência, requisição, exame, solicitação ao SUS

REQUIREMENT OF AN EXAM DONE BY A PRIVATE PHYSICIAN, OR ONE WHO WORKS WITH A MEDICAL HEALTH PLAN AND BY SUS (UNIVERSAL MEDICARE)

Key words: care, exam, request to the SUS (Medicare), right

CONSULTA

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

"Prezados Senhores: Há três meses venho tentando obter um parecer jurídico sobre uma questão de importância vital para o bom atendimento médico em nosso consórcio de especialidades. Há muito, temos recebido solicitações de exames laboratoriais, radiológicos e de alto custo, oriundo de clínicas particulares e ou convênios, cujos pacientes solicitam que sejam trocados pelo SUS. Como muitos desses exames são adquiridos com recursos do próprio consórcio, pergunta-se se é lícito e legal que essas requisições sejam trocadas pelo SUS".

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A Constituição do Brasil em seu Art. 196 dispõe que "a saúde é direito de todos e dever do estado e o acesso é universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O art. 8º do CEM diz que "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".

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

No Processo Consulta do CFM Nº 2.468/2002 consta: "ementa - o médico em clínica privada deve exercer sua atividade com liberdade de solicitar os exames que julgar necessários para seu juízo clínico. O paciente tem a liberdade de realizar os exames onde lhe prouver".

Cabe ao gestor na esfera municipal, estadual ou federal deliberar sobre o fluxo de atendimento respeitando sempre o direito de acesso do usuário aos serviços e o dever ético do médico de exercer sua arte com liberdade e autonomia para solicitar os exames que julgar necessários para firmar diagnóstico, e do paciente de realizar estes exames onde lhe convier.

CONCLUSÃO

As entidades de representação dos médicos têm lutado pela livre escolha do médico pelo paciente, o que favorece o estabelecimento de vínculo, compromisso de cuidado longitudinal, e adesão ao tratamento. Medidas burocráticas que visem apenas o aspecto econômico não podem ser implementadas em prejuízo da boa prática médica e também porque contrariam direito constitucional do cidadão de acesso universal e igualitário aos serviços. Às dificuldades de financiamento e acesso aos serviços do SUS não podem ser atribuídas aos usuários e nem seus direitos serem limitados por esta razão. Cabe ao gestor dispor sobre a regulamentação, fiscalização e controle do sistema, logo o gestor pode normatizar o acesso, porém não negá-lo.

É o parecer.

Curitiba, 02 de outubro de 2006.

Romeu Bertol
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 94/2006
Parecer CRMPR Nº. 1783/2006
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 27/11/2006

EXAME MÉDICO-PERICIAL PSIQUIÁTRICO

Carlos Ehlke Braga Filho*

EMENTA - Exame médico-pericial, exigência de formação especializada, Artigo 158 Código Processo Penal.

Palavras-chave: indicação judicial, psiquiatria forense, perícia e especialidade, Código do Processo Penal, honorários

PSYCHIATRICAL MEDICAL EXPERT EXAM

Key words: judicial indication, forensic psychiatry, expertise and specialty, code of penal procedure, fees

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, Hospital especializado em atendimento psiquiátrico, através do seu diretor administrativo, consulta esse Conselho através de 4 perguntas, a respeito de perícia na área de psiquiatria.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O Código de Processo Penal (artigo 158), exige a realização do exame de corpo delito quando a infração deixa vestígios, as perícias de natureza criminal serão realizadas, de preferência por peritos oficiais, conforme disciplina o artigo 159 do CPP.

O exame médico pericial exige um formação especializada na área, objeto de perícia e ao mesmo tempo uma formação em perícias, tanto teórica, quanto prática.

A perícia é uma forma de provar o fato controverso e portanto, espera-se que seja conduzido por profissional que ofereça elementos suficientes para a convicção do julgador.

Resposta aos quesitos propostos:

1 - Os médicos estão obrigados a realizar tais perícias, uma vez que não são especializados em psiquiatria forense?

Resposta: O ideal seria a realização da perícia por parte de um psiquiatra, porém na sua inexistência, um médico especialista em psiquiatria pode realizar o

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

exame pericial, pois tem formação na área objeto de perícia e em último caso qualquer médico poderá aceitar a nomeação.

2 - Podem solicitar ao Juiz que encaminhe as perícias para os peritos concursados e com especialidade em psiquiatria forense nomeados pelo Estado?

Resposta: Face à complexidade do exame, e não sentindo-se em condições de auxiliar o esclarecimento de fato, o médico deve declinar da nomeação. Quanto à indicação de especialista caberá ao juiz solicitar ao órgão de classe ou sociedade da especialidade a relação dos especialistas e a partir disso cabe ao juiz a decisão de nomear o especialista para realizar a perícia.

3 - Em caso de positivo da pergunta do item 1 (um), podem cobrar pela tal perícia?

Resposta: Em se tratando de perícia civil é lícito à proposta de honorários, da mesma forma quando a perícia for de natureza penal é lícito ao indicado a solicitação de ressarcimento das despesas e definição dos honorários a serem pagos com a .sucumbência. A exceção é quando o perito nomeado é perito oficial, pois esse já recebe salário, não podendo requerer honorários em perícia de natureza penal .

4 - Estas solicitações são de várias comarcas do Estado, em caso de positivo do item 1 (um), mesmo assim somos obrigados a realizar perícias de outras comarcas?

Resposta: A nomeação de perito não está restrito, ou subordinada a comarca ou região. Caso o nomeado não resida no local da comarca poderá definir o local de exame e se for o caso de necessidade de deslocamento incluirá esse valor na proposta de ressarcimento de despesas em caráter urgente ou mesmo previamente ao exame.

É o parecer.

Curitiba, 19 de outubro de 2006.

Carlos Ehlke Braga Filho
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 107/2006
Parecer CRMPR Nº. 1786/2006
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 28/11/2006

PLANTÃO DE DISPONIBILIDADE: ONDE INICIA E TERMINA A RESPONSABILIDADE MÉDICA, A GRATUIDADE, O HONORÁRIO MÉDICO E O REGIMENTO INTERNO HOSPITALAR

Luiz Ernesto Pujol*

EMENTA - A responsabilidade médica encontra-se atrelada à sua anuência em exercer plantões de disponibilidade e, assim sendo, examinar a todos aqueles que o procuram para atendimento no hospital dentro de seus horários de plantão, cabendo-lhe o direito de receber honorários por estes atendimentos. O término de sua responsabilidade cessará quando após exame físico, laboratoriais se necessários, orientações gerais e terapêutica o paciente esteja com a sua saúde recuperada.

Palavras-chave: honorário médico, regimento interno hospitalar, exclusividade de atendimento hospitalar

WHERE MEDICAL RESPONSIBILITY STARTS AND ENDS, AVAILABILITY DUTY, GRATUITOUSNESS, MEDICAL FEES, AND HOSPITAL INTERNAL RULES

Key words: medical fees, hospital internal rules, exclusivity in hospital care

CONSULTA

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

"Através desta gostaria de relatar algumas dúvidas e dificuldades de trabalho para as quais gostaria de um parecer. Sou médico Ginecologista e Obstetra em Hospital de cidade, onde atualmente existem dois Hospitais, um em que sou o único obstetra e o outro que dispõe de dois colegas, que atendem no Posto de Saúde e fazem o plantão obstétrico, o médico que é proprietário de um dos Hospitais, só atende particular e convênios.

Até início de 2006 quando precisava, contava com o auxílio de um colega que me dava cobertura no Hospital onde sozinho era responsável pela especialidade e em troca eu fazia plantão quando el precisava no outro hospital.

A partir de Março de 2006, após um desentendimento, entre os proprietários dos Hospitais, o proprietário do hospital A, proibiu o colega e o anestesista de dar cobertura no hospital B.

Em nossa cidade existe o hábito das gestantes do Posto, procurarem o obstetra no Hospital fora do horário com o qual fazem o pré-natal no Posto, e acabo

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

atendendo de graça pois o Hospital que trabalho (A), não tem convênio com a Prefeitura para atendimento de emergência, eu só recebo AIH se a paciente internar. Já o Hospital B recebe um valor da Prefeitura para fazer o atendimento de emergência.

Eu gostaria de saber: se eu tenho obrigação de atender de graça essas pacientes, do Posto de Saúde, sendo que o Hospital no qual trabalho (A), não tem convênio para pronto atendimento da Prefeitura, já o Hospital (B) possui este convênio pois recebo para atender apenas no Posto de Saúde e não no Hospital. Além do mais essas pacientes são orientadas no Posto de Saúde que não necessitam pagar consulta fora de hora, sendo que muitas vezes nem estão em trabalho de parto.

Em caso de ausência minha ou do anestesista o Hospital (A) não teria a obrigação de atender as pacientes que fazem pré-natal comigo no Posto de Saúde, pois os mesmos se recusam o atendimento alegando que as pacientes são minhas, pois considero as pacientes do Posto de Saúde, como paciente do Sistema SUS e não minhas. Gostaria então de saber onde começa e termina minha responsabilidade, dos Hospitais e do Posto de Saúde.

Se a caso necessitarem de maior esclarecimento sobre minhas dúvidas, estou à disposição em meu consultório.

Desde já agradeço pela atenção e conto com sua colaboração para esclarecimento de minhas dúvidas."

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Neste caso em particular, cabe inicialmente ao consulente a verificação do que normatiza o Regimento Interno do Hospital A de Palmas com relação ao trabalho de seu Corpo Clínico, em especial às obrigações dos médicos plantonistas. Pelo que se entende em sua consulta, existe apenas um médico obstetra para os atendimentos às gestantes e, portanto, sua escala de plantão deve ser entendida como plantão de disponibilidade, também conhecido como plantão à distância. Consistem eles de trabalho médico a ser remunerado, mesmo quando o atendimento não gere internação hospitalar. Ressalte-se que a prática de plantões de disponibilidade colocam em risco o Hospital, o plantonista e a clientela tendo em vista as possibilidades de, em certas situações de urgência ou emergência, pacientes possam ser expostos a riscos de agravamento de seu estado e até de morte, com responsabilidades éticas e legais à Instituição e ao médico.

Considerando que o Hospital onde o consulente trabalha não recebe repasse de verbas públicas para atendimentos ambulatoriais e que, o outro Hospital recebe verbas específicas, a este último cabe a responsabilidade e obrigação de atender as parturientes do Sistema Público que o remunera, independentemente do profissional que as acompanha no pré-natal.

CONCLUSÃO

A pergunta específica do consulente com relação onde começa e termina sua responsabilidade deve ter como resposta o seguinte: sua responsabilidade encontra-se atrelada à sua anuência em exercer plantões de disponibilidade e, assim sendo, examinar a todos aqueles que o procuram para atendimento no Hospital dentro de seus horários de plantão, cabendo-lhe o direito de receber honorários por

estes atendimentos. O término de sua responsabilidade cessará quando após exame físico, laboratoriais se necessários, orientações gerais e terapêutica o paciente esteja com a sua saúde recuperada.

Com relação às Instituições de Saúde, sejam elas Postos de Saúde ou Hospitais, cabe a responsabilidade de ofertar à população meios técnicos e humanos que possibilitem-na manter ou recuperar sua saúde disponibilizando-lhes, principalmente, médicos dignamente remunerados, preparados e atualizados a tal mister.

É o parecer.

Curitiba, 18 de novembro de 2006.

Luiz Ernesto Pujol
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 114/2006
Parecer CRMPR Nº. 1779/2006
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 27/11/2006

BRITÂNICA LUTA PARA TER DIREIRO DE MORRER

DIREITOS HUMANNOS

LONDRES - *Uma britânica de 30 anos, vítima de uma doença incurável, começou uma batalha na Justiça para forçar seus médicos a deixarem que ela morra.*

Kelly Taylor, moradora da cidade de Bristol, sofre da síndrome de Eisenmenger, que afeta seu coração e seus pulmões. Médicos estimam que a expectativa de vida dela é de menos de um ano. Os advogados de Kelly vão argumentar no tribunal que seus médicos estão ferindo leis de direitos humanos ao se recusarem a oferecer um tratamento digno.

Kelly quer que seus médicos aumentem a dose de morfina até que ela perca a consciência e entre em coma. A morfina pode até matar a britânica, que enfrenta dores constantes. Num segundo estágio do plano de Kelly, os médicos seriam impelidos a não prover alimentação artificial ou hidratação.

A equipe médica se recusou a realizar o tratamento, dizendo que seria o mesmo que submeter Kelly à eutanásia.

"Eu tomei a decisão porque já basta. Não quero mais sofrer. Não estou deprimida - nunca estive deprimida. Eu sou uma pessoa feliz. Mas minha doença chegou agora a um ponto em que não quero mais lidar com ela", disse Kelly.

"Disseram-se que provavelmente não vou viver por mais um ano. Neste tempo eu vou deteriorar e a deterioração vai se tornar bastante indigna. Eu quero evitar isso", acrescentou ela.

A frágil saúde de Kelly impossibilita que ela seja submetida a um transplante. No site "Dignity in Dying" (Dignidade em Morrer), ela conta que já tentou fazer uma greve de fome para morrer, mas que teve de desistir após 19 dias porque "era doloroso demais".

Transcrito da Gazeta do Povo, Maio/2007.

EXCLUSIVIDADE DE ATUAÇÃO MÉDICA EM APENAS UM HOSPITAL

Carlos Ehlke Braga Filho*

EMENTA - Médico atuar em mais de um hospital – Médico não concordar com exclusividade de atuar somente em um hospital – Res. CFM Nº 1481/1997 – regimento interno hospitalar.

Palavras-chave: atendimento médico, exclusividade em atendimento hospitalar, regimento interno hospitalar

EXCLUSIVENESS OF MEDICAL PRACTICE IN ONLY ONE HOSPITAL

Key words: medical care, exclusiveness in hospital care, hospital internal rules

CONSULTA

Trata-se de consulta formulada por médico a este Conselho Regional de Medicina a respeito de dúvidas sobre exclusividade de médico em atuar apenas em um hospital e apresenta perguntas sobre o tema.

FUNDAMENTAÇÃO

As relações entre médicos e Instituições de Saúde, onde se presta atendimento assistencial são regulados pelo regimento interno, o qual necessita de aprovação por parte dos membros do corpo médico.

Essas normas visam a harmonia e o respeito mútuo e necessário para a atuação profissional e devem, por princípio, serem as mais democráticas possíveis e fundamentalmente terem como alvo á saúde do paciente. Não parece ser aceitável, que nesse regimento existam cláusulas que limitem a liberdade e autonomia do médico, nem tampouco normas que tenham algum cunho corporativista.

O Conselho Federal de Medicina em Resolução Nº 1481/97 disciplinou os critérios éticos mínimos que devem nortear esses regimentos, respeitando sempre as condições específicas da Instituição e seus regulamentos.

Em seguida passo a transcrever as perguntas formuladas e as respostas deste Conselho.

PARECER

1 - O médico que compor e/ou acionista de outro hospital, pode ser proibido de trabalhar (internar, fazer cirurgia) no que está atuando, ou poderá atuar como médico nos dois hospitais?

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

A Medicina é profissão liberal e prima pela liberdade de atuação do médico, onde seu compromisso é dar o melhor de si em benefício do doente.

A condição contratual ou de acionista não pode criar cláusulas de barreira para a assistência médica, que deve manter-se livre, onde a interferências na relação médico-paciente só são aceitáveis quando buscam a melhor assistência e nunca exclusividade. Além disso o Artigo 25 do CEM disciplina que é direito do médico: " Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição".

2 - O médico que não concordar com a decisão da diretoria de dar exclusividade a determinado hospital, pode ser motivo de exclusão do corpo clínico?

A diretoria de uma Instituição que presta assistência médica não tem a prerrogativa de exigir a seus integrantes do corpo médico qualquer cláusula de exclusividade na assistência, muito menos excluir um médico por não cumprir uma ordem ilegal. A exclusão de médicos é um processo administrativo interno, onde imperam os princípios constitucionais. No caso de exclusão de médicos ela só fará após esgotados os recursos e dentro dos critérios estabelecidos no regimento interno.

3 - É permitido ao diretor clínico impor ao médico, que nesse caso trabalhe em outro hospital, ficar impossibilitado de trabalhar no hospital em que é integrante do corpo clínico a longo tempo, ou ainda, pode ser ameaçado e eliminado deste corpo clínico, mesmo sem ter cometido falta alguma, e proibindo-lhe inclusive de atender certos convênios que o outro hospital dispõe a todo corpo clínico?

Não, conforme as argumentações contidas nas respostas anteriores.

4 - Poderá haver exceção, privilégio para um ou outro médico, para trabalhar em qualquer outra instituição? Ou deverá ser igual para todos?

Não, pois as regras de uma instituição que presta assistência médica são iguais para todos os integrantes. A concessão de alguma exceção significa discriminação e deve ser denunciada ao CRM para as medidas cabíveis.

É o parecer.

Curitiba, 6 de outubro de 2006.

Carlos Ehlke Braga Filho
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 102/2006
Parecer CRMPR Nº. 1768/2006
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 09/10/2006

QUEM PODE ESTAR PRESENTE NO CONSULTÓRIO EM EXAME MÉDICO-PERICIAL?

Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque*

EMENTA - PERÍCIA-IMPOSSIBILIDADE DE PRESENÇA DE PESSOAS ESTRANHAS PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME-PERMANÊNCIA DE ASSISTENTE TÉCNICO SE HOUVER.

Palavras-chave: consulta médico-pericial, presença de terceiros, médico assistente, assistente técnico, interferência no ato, segurança

WHO CAN BE PRESENT IN THE CONSULTING ROOM DURING A MEDICAL EXPERT EXAM?

Key words: appointment, medical expert, presence of third parties, assistant physician, technical assistant, interference in the practice, safety

CONSULTA

Supervisor Médico Pericial, Chefe do Serviço de Gerenciamento de Benefícios por incapacidade, formula consulta a este Conselho nos seguintes termos:

"...a quem é permitido acompanhar dentro do consultório, segurado do INSS em exame pericial, uma vez que nossos peritos médicos recebem diariamente pressão com tumulto - de familiares, sindicalistas, advogados e até procuradores do segurado, para estarem presentes ao exame, sempre com a finalidade de causar insegurança física e psicológica para interferir no resultado final da perícia.

Lembramos, também, que em sentenças judiciais para a realização de perícia nesta Autarquia, tem vindo determinação para que segurado se faça acompanhar de seu advogado quando na realização da perícia.

Esta prática interfere no exercício do trabalho não só do perito como também do ânimo dos segurados presentes na sala, servidores administrativos e demais médicos. Nossa orientação é para os peritos médicos permitirem apenas a presença de médico assistente quando este se propõe a comparecer ao exame.

Pelo acima exposto, encarecemos urgência no atendimento de nossa solicitação".

* Assessor Jurídico CRMPR.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Preliminarmente esclarecer, que quando da perícia judicial, as partes envolvidas têm o direito de indicar assistente técnico, os quais também responderão aos quesitos formulados e assim sendo, podem acompanhar o exame a ser realizado no periciando pelo expert indicado pelo juiz, não podendo, todavia interferir na realização do ato.

Portanto, por óbvio, familiares, sindicalistas e advogados das partes não podem acompanhar a perícia, ainda que não tenham indicado perito assistente técnico.

Por outro lado, embora conste na consulta, não é crível que nas sentenças judiciais haja determinação para que o segurado se faça acompanhar de seu advogado quando da realização da perícia. E isso não é crível, porque quando o juiz profere a sentença, põe fim ao trâmite do processo na primeira instância, o que só pode acontecer após a realização da perícia se ela tiver sido realizada.

O que se pode depreender dos termos da consulta, é que o juiz determinou através de despacho que o advogado se faça presente na perícia, embora este parecerista jamais tenha tomado conhecimento de que isto tenha acontecido. Se for o caso, o advogado da outra parte deverá questionar em Juízo ou no Tribunal respectivo, por intermédio de recurso próprio, despacho proferido neste sentido.

Destarte, está correta a orientação do consulente, no sentido de que os peritos médicos do INSS apenas permitam a presença de médico assistente, no caso o assistente técnico, quando este se propuser a comparecer ao exame.

Por fim, para melhor orientação do consulente, segue anexo parecer da lavra do Conselheiro Gerson Zafalon Martins, na qual questões similares já foram analisadas por este Conselho.

É o parecer.

Curitiba, 17 de fevereiro de 2006.

Antônio Celso Cavalcanti de Albuquerque
Asses. Jurídico

Processo-Consulta CRMPR Nº. 012/2006
Parecer CRMPR Nº. 1740/2006
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/06/2006

CONDUTA ÉTICA EM CASO OBJETIVO DE LAUDO RADIOLÓGICO DIVERGENTE, TALVEZ INADEQUADO

Alexandre Gustavo Bley*

EMENTA - Laudo Radiológico – Artigo 57 do CEM – Artigo 21 do CEM - O médico especialista poderá sugerir, no laudo, a realização de outros exames, cabendo ao médico assistente a decisão de solicitá-los

Palavras-chave: radiologia, laudo divergente, complementação diagnóstica, sugerir complementação de exame, omissão, indicação responsável

ETHICAL BEHAVIOR IN AN OBJECTIVE CASE OF OF A POSSIBLY INAPPROPRIATE RADIOLOGICAL REPORT

Key words: Radiology, disagreeing report, diagnostic complementation, suggesting exam complementation, omission, responsible indication

CONSULTA

Trata-se de consulta realizada por médico, através de e-mail ao Departamento Jurídico deste Conselho.

O consulente atendeu uma criança com torção no pé, avaliou o Rx e verificou fratura do metatarso. Fez imobilização gessada. A família pegou o laudo do Rx e neste foi verificada a fratura e também uma possível linha de fratura em calcâneo, sugerindo realizar exame específico. Houve quebra do relacionamento médico-familiar, devido a este laudo e o consulente encaminhou o paciente para que outro colega atendesse. Pergunta:

1) O radiologista está certo em tal conduta ao emitir laudo deste tipo, que obviamente questiona o diagnóstico do paciente junto ao médico assistente ?

2) Caso ocorra alguma implicação, terei que questionar a conduta do radiologista dentro dos princípios da ética ?

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Afim de melhor atingir o objetivo em vista, enumero parecer do Conselho Federal de Medicina para fundamentação do parecer, bem como o Código de Ética Médica (CEM).

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

"PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 6.596/2002 PC/CFM/Nº 20/2003
ASSUNTO: Sugestões nos laudos de exames radiológicos e anatomopatológicos
RELATORA: Consª Eliane de Souza
EMENTA: O médico especialista poderá sugerir, no laudo, a realização de outros exames, cabendo ao médico assistente a decisão de solicitá-los.
Parecer aprovado em Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina dia 10/4/2003"

O Código de Ética Médica, normatiza:

É direito do médico:

Art. 21 - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.

É vedado ao médico:

Art. 57 - Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.

Diante desta breve consideração, passo a resposta dos quesitos,
1) O médico radiologista pode referir no seu laudo a necessidade de complementação diagnóstica, se assim entender, visando o bem estar e a saúde do paciente. Se este tiver dúvida em seu laudo e esta não for explicitada, bem como possa produzir dano ao paciente, poderá incorrer em omissão ou negligência e conseqüente infração ética.

2) Resposta prejudicada.

É o parecer.

Curitiba, 19 de junho de 2006.

Alexandre Gustavo Bley
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 048/2006
Parecer CRMPR Nº. 1748/2006
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 10/07/2006

Ehrenfried O. Wittig *

FACULDADE DE MEDICINA DO PARANÁ

Curso de Medicina

Anno lectivo de 1926

O Snr. Arthur Otto Schwab é alumno matriculado sob n. 462 no 1º anno do Curso de Medicina

O Alumno Arthur O. Schwab

O Secretario Octavio Silveira

O alumno deve sempre trazer comsigo este cartão de identidade que lhe será exigido dentro da Faculdade, á entrada das aulas, laboratorios, bibliotheca, etc.

CARTEIRA DE IDENTIDADE ACADÊMICA

A existência e a necessidade do uso de um documento ou carteira de identificação para alunos dos cursos universitários é bastante antiga.

O mesmo aconteceu no curso de Medicina da Universidade do Paraná e esta é a carteira mais antiga que conseguimos obter e preservar.

Pertenceu ao aluno Arthur Otto Schwab, quando freqüentou o 1º ano do curso de Medicina em 1926, inaugurado em 1914, ainda como instituição privada.

A Universidade foi fundada em 1912, sendo a mais antiga do Brasil.

O Dr. Schwab não foi só aluno de Medicina mas, o foi de Farmácia, onde formou-se em 1927 e em Medicina em 1931.

Foi também Professor Catedrático de Química Analítica e Docente Livre em Química Fisiológica (Farmácia) e Catedrático de Física Biológica (Medicina) com uma tese de repercussão internacional sobre "Tensão Superficial e Elasticidade Pulmonar".

Foi também o responsável pelo Laboratório de Análises Clínica de Liquor, no Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz, da Irmandade da Santa Casa, onde localizava-se a disciplina de Neurologia (Prof. Octávio da Silveira).

O Prof. Schwab aposentou-se em 1966.

Doação: Família de Arthur O. Schwab

Dimensão: 8,5 cm x 4,7 cm

Palavras-chave: acadêmico, carteira de identidade, curso de Medicina, história da medicina, Museu de Medicina

Key-words: academic, identity card, medicine history, 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 site-www.amp.com.org/Museu de História da Medicina.