

ISSN 0104 - 7620

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 25	n. 98	p. 61-120	Abr./Jun.	2008
---------------------------	----------	-------	-------	-----------	-----------	------

EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

CONSELHO EDITORIAL

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

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

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

ENDEREÇOS

CRM

Secretaria Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre
80810-340 Curitiba - Paraná - Brasil
e-mail Protocolo/Geral : protocolo@crmpr.org.br
Secretaria: secretaria@crmpr.org.br
Setor Financeiro: financeiro@crmpr.org.br
Diretoria: diretoria@crmpr.org.br
Departamento Jurídico: dejur@crmpr.org.br
Departamento de Fiscalização: defep@crmpr.org.br
Departamento de Recursos Humanos: rh@crmpr.org.br
Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos e
Comissão de Qualificação Profissional: cqp@crmpr.org.br
Comissão de Atualização Cadastral de E-mails: correio@crmpr.org.br
Assessoria de Imprensa: imprensa@crmpr.org.br
Biblioteca: biblioteca@crmpr.org.br
Home-Page www.crmpr.org.br
Postal Caixa Postal 2208
Telefone 0 xx 41 3240-4000
Fax 0 xx 41 3240-4001

CFM

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

TIRAGEM

20.000 exemplares

CAPA

Criação: José Oliva, Eduardo Martins e Cesar Marchesini

Fotografia: Bica

DIGITAÇÃO

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

FOTOLITOS E IMPRESSÃO

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

EDIÇÃO

Revista publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro. Índice geral anual editado no mês de dezembro. Um único suplemento (I) foi editado em dezembro de 1997 e contém um índice remissivo por assuntos e autores de todos os 56 números anteriores, e está disponível na Home-Page www.crmpr.org.br

REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

O texto publicado assinado nos "Arquivos", só poderá ser reproduzido ou transcrito, em parte ou no todo, com a permissão escrita da revista e autor e citação da fonte original.

RESPONSABILIDADE

Os conceitos expressos nos artigos publicados e assinados, são de responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente o pensamento do Conselho Regional de Medicina do Paraná. Os "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", são encaminhados gratuitamente à todos os Médicos registrados no Conselho Regional de Medicina do Paraná, às bibliotecas dos Cursos de Medicina e dos Cursos de Direito do Brasil, ao Conselho Federal de Medicina, aos Conselhos Regionais de Medicina, aos Conselhos Regionais da Área de Saúde do Paraná e outros solicitantes.

NORMAS PARA OS AUTORES

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

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

Título - sintético e preciso, em português.

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

Procedência - O nome da instituição deve ser registrado no rodapé da primeira página, seguindo-se o título ou grau e a posição ou cargo de cada autor e, embaixo, o endereço para correspondência sobre o artigo.

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

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

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

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

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

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

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

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

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

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

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

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

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

ÍNDICE REMISSIVO

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos dos primeiros 50 números, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após, no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page www.crmpr.org.br Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em biblioteca@crmpr.org.br ou por telefone 0xx41 240-4000.

ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

FICHA CATALOGRÁFICA

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, v. 25, n.98, 2008

Trimestral

1. Ética 2. Bioética 3. Moral 4. Dever Médico 5. Direito Médico

I. Conselho Regional de Medicina do Paraná

Arq Cons Region Med do PR

ISSN 0104-7620

ABNT

Sumário

RESOLUÇÕES

Condenada a Mercantilização da Medicina CFM	61
Normas Técnicas Para Procedimento de Relação e Obrigações do Laboratório de Patologia e Seu Diretor Técnico Médico CFM	64
Atividade de Brasileiro e Estrangeiro Formado em Medicina no Exterior Terão Registro no Brasil regulamentado por esta Resolução. Retificações e Revogações. Revalidação CFM	70
Normas Para Médico em Plantão de Sobreaviso, de Disponibilidade ou à Distância CFM	75
Tribunal de Ética do CRMPR - Composição e Normas CRMPR	77
Revogação da Resolução CFM Nº 1498/98 CFM	79

PARECERES

Plantão Médico de Disponibilidade ou Sobreaviso, Remuneração, Prestação de Serviço. Direito de Internação Hospitalar Antônio Celso Cavalcanti de Albuquerque e Maurício Marcondes Ribas	80
Quando é Permitido Colocar o CID Como Indicação de Diagnóstico? Joachim Graf	84
Medicina Ortomolecular: Sua Posição Atual Alexandre Gustavo Bley	86
Tempo de Guarda de Documentos Médicos do Paciente São Integrantes do Prontuário Roseni Teresinha Florêncio	100
Termometria Cutânea: Indicações, Uso e Efeitos Colaterais, Responsabilidade Alexandre Gustavo Bley	103
Vasectomia Raquela Rotta Burkiewicz	106
Sala de Recuperação Pós Anestésica e Normas Mínimas Para a Segurança do Paciente Maurício Marcondes Ribas	108
Risco de Transmissão do HIV Por Policial Militar Soro-Positivo, no Exercício Efetivo da Função Edson de Oliveira Andrade e José Wesley Benício Soares	116

RETIFICAÇÕES/CORREÇÕES

Resolução CFM nº 1832/2008 D.O.U.	74
Resolução CRMPR nº 154/2008 CRMPR	102
Resolução CRMPR nº 155/2008 CRMPR	102
Resolução CRMPR nº 1860/2007 CRMPR	102

NOTAS DA IMPRENSA

País Autoriza Operação de Troca de Sexo Folha de São Paulo	105
--	-----

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Estimulador Neuromuscular Elétrico Ehrenfried Othmar Wittig	120
---	-----

CONDENADA A MERCANTILIZAÇÃO DA MEDICINA

CFM*

EMENTA - É vedado ao médico o atendimento de pacientes encaminhados por empresas que anunciem e/ou comercializem planos de financiamento ou consórcios para procedimentos médicos.

Palavras-chave: Resolução CFM nº 1835/08, mercantilização, atendimento, empresas de financiamento, consórcios, planos de saúde, procedimentos médicos

COMMERCIALISM (OR MERCANTILISM) IN MEDICINE IS CONDEMNED

Key words: Resolution no. 1835/08 (CFM-Brazilian Medical Federal Council), commercialism, medical care, financing companies, partnerships, health plans, medical procedures

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

Considerando que cabe ao Conselho Federal de Medicina e aos Conselhos Regionais de Medicina supervisionarem a ética e o exercício da medicina e zelarem pelo prestígio e pelo bom conceito da profissão em toda a República;

Considerando que o artigo 9º do Código de Ética Médica determina que a medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio;

Considerando o Parecer CFM nº 34/01 do Conselho Federal de Medicina, o qual conclui que “estão passíveis de procedimentos apuratórios os médicos que beneficiam-se de encaminhamento de pacientes por empresas que praticam financiamentos e parcelamentos de honorários”;

Considerando que por todo o país anunciam-se empresas de intermediação e financiamento de atos médicos, inclusive com teores antiéticos, expondo imagens de paciente em diversos meios de comunicação, com infração prevista à Resolução CFM nº 1.701/03;

Considerando que esta publicidade de venda de procedimentos financiados pressupõe a finalização de compromisso generalizando resultados e prometendo o total sucesso do tratamento;

Considerando o contido na Resolução CFM nº 1.716/04, anexo, capítulo I, artigo 3, parágrafo único, letra E, que prevê a obrigatoriedade de inscrição para empresas que atuem na intermediação de serviços de assistência a saúde;

Considerando que aos médicos cabem responsabilidades intransferíveis, inclusive na observação da legalidade da instituição com a qual mantêm

* Conselho Federal de Medicina.

relacionamento profissional;
CONSIDERANDO a fundamentação anexa a esta resolução;
CONSIDERANDO o decidido em sessão plenária de 22 de fevereiro de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º É vedado ao médico vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciem e/ou comercializem planos de financiamento ou consórcios para procedimentos médicos.

Art. 2º Quando do atendimento de pacientes é responsabilidade integral, única e intransferível do médico o diagnóstico das doenças ou deformidades, a indicação dos tratamentos e a execução das técnicas.

Art. 3º Cabe ao médico, após os procedimentos de diagnóstico e indicação terapêutica, estabelecer o valor e modo de cobrança de seus honorários, observando o contido no Código de Ética Médica, referente à remuneração profissional.

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

Brasília-DF, 22 de fevereiro de 2008

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Livia Barros Garção
Secretária-Geral

FUNDAMENTAÇÃO

É indiscutível que a relação médico-paciente é a pedra fundamental da nossa atividade profissional.

Desde os mais remotos tempos, mesmo quando o caráter místico da doença ou deformidade significava castigo ao homem, a confiança depositada em quem trazia conforto já era o centro e a maior possibilidade para a mitigação do sofrimento.

Meirelles Gomes, em As bases éticas da relação médico-paciente, cita que dentre os pontos críticos nesse aspecto vê-se:

“(…) a autonomia do paciente” é seu direito de ser ouvido, sem imposição de conveniência leiga ou emocional, mas uma vontade cotejada com o conhecimento técnico e o discernimento intelectual do médico”.

Aqui se fazem presentes os seguintes pressupostos:

- a) grau de intencionalidade;
- b) a compreensão que o agente tem do ato;
- c) ausência de coerções/limitações sobre o agente/ato.

Assim sendo, não há como pressupor que tão grande e intrincada relação possa ter origem indireta com influências outras que não médico e paciente, começo e fim do objetivo maior – a saúde.

Ventura de Matos considera que a medicina cirúrgica e seu agente, o cirurgião, devam seguir cânones:

- pela co-responsabilidade
- pela identificação técnica e humana com o caso
- pela prudência
- pelo espírito de equipe
- pela assiduidade
- pelo equilíbrio emocional

- pela noção de limites
- pela habilidade pessoal

A cirurgia plástica no atual estágio de desenvolvimento social trouxe, por um lado, a possibilidade do bem-estar conjugado à melhora do aspecto físico, mas, por outro, alargou desmesuradamente conceitos e generalizou o alcance de resultados. Assim, frente a essa invasão mercadológica que trabalha o maior sentido da vaidade humana, abriu-se um campo fértil para o lucro e a mercantilização. Empresas instalam-se por todo o país oferecendo através de panfletos, outdoors, jornais e mídia eletrônica planos de financiamento para cirurgias plásticas, com vendas de procedimentos fechados:

“Mama aumento importada
24 vezes de R\$ 285,41
ou à vista por R\$ 4.800,00”

“Promoção: abdômen em 24 vezes de R\$ 184,33”

No mesmo endereço eletrônico há depoimentos e fotos de pacientes: “Nome completo da paciente FHM, 35 anos e feliz com suas novas formas”.

A paciente afirma que entrou na S.O. pesando 70,40kg e após o médico retirar gordura da barriga, costas, estômago e cintura, pesou 58kg na semana seguinte.

Em recente ofício da Secretaria de Defesa e Cidadania, Fundação Procon-SP, a sra. Miriam Trevisan Nassif, diretora de Atendimento e Orientação ao Consumidor, solicitou manifestação da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) sobre a empresa TWN – Assessoria e Assistência em Saúde, afirmando:

“Os consumidores são abordados em shopping center’s e após informarem seus dados um “consultor” comparece em suas residências, faz indicação da cirurgia a ser realizada e no mesmo momento apresenta proposta para os serviços da cirurgia plástica recomendados. Ressalte-se que a avaliação médica é feita somente após a adesão ao contrato para realização de cirurgia plástica. Não há indicação prévia por profissional médico e quando há impedimento médico os consumidores enfrentam dificuldades em reaver os valores pagos”.

Anexa, cópia do “Contrato para realização de cirurgia plástica”.

Esse ofício motivou solicitação de audiência da SBCP com a Comissão de Assuntos Parlamentares AMB-CFM, onde o assunto foi exposto em vista de outro projeto de lei em tramitação no Congresso Nacional para “consórcio de procedimentos médicos”.

Chegamos então, após análise perfunctória sobre os fatos citados, que necessária se faz uma norma que mesmo vindo reforçar conceitos éticos já detalhados no Código de Ética Médica possa trazer uma resposta para a sociedade e uma base de conduta pontual para médicos, frente a essa avassaladora vulgarização mercadológica de seu trabalho.

Brasília-DF, 22 de fevereiro de 2008

ANTONIO GONÇALVES PINHEIRO

Coordenador da Câmara Técnica de Cirurgia Plástica do CFM

Resolução CFM Nº. 1836/2008
Resolução Aprovada
Sessão Plenária de 22/02/2008
D.O.U. Seção I p.195, de 14/03/2008

NORMAS TÉCNICAS PARA PROCEDIMENTO DE RELAÇÃO E OBRIGAÇÕES DO LABORATÓRIO DE PATOLOGIA E SEU DIRETOR TÉCNICO MÉDICO

CFM*

Palavras-chave: laboratório de patologia, publicidade, diretor técnico médico, normas técnicas, relação, obrigações, procedimentos laboratoriais, material, requisição, acondicionamento, transporte

TECHNICAL NORMS FOR RELATION PROCEDURE AND LABORATORY AND TECHNICAL MEDICAL DIRECTOR OBLIGATIONS

Key words: pathology laboratory, advertisement, technical medical director, technical norms, relation, obligations, laboratory procedures, material, requisition, packing, transportation

Disciplina responsabilidades dos médicos em relação aos procedimentos diagnósticos de Anatomia Patológica e Citopatologia e cria normas técnicas para a conservação e transporte de material biológico em relação a esses procedimentos.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os procedimentos diagnósticos em Patologia são atos médicos complexos e devem ser executados com o conhecimento do contexto clínico que o gerou, não raro fazendo-se necessária a busca de informações complementares junto ao médico que assiste ao paciente;

CONSIDERANDO que a Patologia é especialidade médica com formação específica e regulamentada, reconhecida pelo convênio CFM/AMB/CNRM e legitimada pela Resolução CFM nº 1.666/2003;

CONSIDERANDO que a execução de procedimentos diagnósticos em anatomia patológica e citopatologia em cidades distantes do local da coleta das amostras possibilita dificuldade de correlações clínico-morfológicas;

CONSIDERANDO a regulamentação de transporte de material humano coletado para procedimentos diagnósticos a serem enviados por empresas transportadoras - Portaria Anvisa nº 407, de 2 de maio de 2002;

CONSIDERANDO que é direito do paciente ser informado sobre a possibilidade de envio do seu material para procedimentos diagnósticos em outro centro;

CONSIDERANDO que o laudo médico é de exclusiva competência do médico que executou o ato correspondente;

* Conselho Federal de Medicina .

CONSIDERANDO que os laudos citoistopatológicos e anatomopatológicos são parte integrante do prontuário médico e que as lâminas dos mencionados procedimentos diagnósticos são propriedade do paciente, obrigadas a arquivamento por 5 (cinco) anos no serviço, em conformidade com a Resolução CFM nº 1.472, de 10 de março de 1997, e Parecer-Consulta nº 3.547/92 PC/CFM nº 13/94;

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

CONSIDERANDO o decidido na sessão plenária do dia 8 de agosto de 2007, resolve:

Art. 1º Os diretores técnicos médicos dos laboratórios que anunciam/executam serviços de Patologia devem garantir estrutura operacional técnica suficiente para a realização dos procedimentos diagnósticos na jurisdição em que suas instituições estejam registradas, responsabilizando-se, mesmo que de maneira, solidária pelos resultados emitidos.

Art. 2º Os diretores técnicos médicos de laboratórios que ofereçam serviços na especialidade Patologia também devem observar o estrito cumprimento do disposto nas Resoluções CFM nº 1.642, de 7 de agosto de 2002, e nº 1.722, de 17 de agosto de 2004, para a garantia da preservação do exercício ético e autonomia profissional.

Art. 3º Nos procedimentos que necessitem transporte para outra localidade que não a da sede da coleta, deve ser elaborado Termo de Consentimento Informado ao paciente, ou a seu representante legal, com dados sobre o destino do material recebido para exame e indicação do laboratório que efetivamente realizará o procedimento, com endereço e nome do diretor técnico médico.

Parágrafo Único A elaboração do Termo de Consentimento Informado deverá ser executada no laboratório de origem, sendo por ele responsável o diretor técnico médico, ao qual solidariamente se associa o diretor técnico médico do laboratório de destino.

Art. 4º Os diretores técnicos médicos das instituições que disponibilizam serviços na área de Patologia são responsáveis diretos por danos conseqüentes a extravios, bem como por problemas referentes a descuido na guarda, conservação, preservação e transporte das amostras recebidas para exame.

Parágrafo único É imperiosa a observação das normas técnicas para a conservação e transporte de material biológico, conforme normatização disposta no anexo desta resolução.

Art 5º O preenchimento das requisições de procedimentos diagnósticos deve expressar de forma completa e clara todos os procedimentos solicitados.

Parágrafo único O médico requisitante é co-responsável pelas condições de acondicionamento e adequada fixação das amostras, devendo orientar o paciente ou seu responsável para a entrega das biópsias ou peças cirúrgicas, dentro da maior brevidade, em laboratório de Patologia (Anatomia Patológica).

Art. 6º As cópias de laudos, os blocos histológicos e as lâminas deverão ser mantidos em arquivo na instituição onde o material foi primariamente recebido, respeitando-se para tanto os prazos e normas estabelecidos na legislação pertinente.

Parágrafo único Deve ser garantido ao paciente ou a seu representante legal a retirada de blocos e lâminas de seus exames quando assim o desejarem, cabendo à instituição responsável pela guarda elaborar documento dessa entrega, a ser assinado pelo requisitante, o qual deve ser arquivado junto ao respectivo laudo.

Art. 7º É obrigatória nos laudos anatomopatológicos e citopatológicos a assinatura e identificação clara do médico que realizou o exame da(s) amostra(s).

Parágrafo único Nos procedimentos diagnósticos executados por outro serviço que não o que recebeu a(s) amostra(s), fica também obrigatória a assinatura e identificação inteiramente solidária do diretor técnico médico do laboratório que recebeu o laudo, observando-se o contido nos artigos 3º e 4º desta resolução.

Art. 8º O médico assistente deverá orientar os seus pacientes a encaminharem o material a ser examinado para médico patologista inscrito no CRM de seu estado.

Art. 9º Os médicos solicitantes dos procedimentos diagnósticos devem observar a identificação prevista no artigo 7º desta resolução, recusando-se a aceitar laudos assinados por não-médicos, sob pena de assumirem responsabilidade total pelo resultado emitido.

Art. 10º Ficam revogadas as disposições em contrário.

Art. 11º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente do Conselho

Lívia Barros Garção
Secretária-Geral

Resolução CFM Nº. 1823, de 08/08/2007
Resolução Aprovada
Sessão Plenária de 08/09/2007
D.O.U. Seção I p.119-120, de 31/08/2007

ANEXO

Normatiza o acondicionamento de material humano coletado para procedimentos diagnósticos e a ser enviado por empresas transportadoras.

Dos Procedimentos de Transporte de Material Humano Coletado

1 - Dos Recipientes para Acondicionamento do Material Coletado

1.1 - Os recipientes para acondicionamento de material coletado deverão ser tecnicamente apropriados segundo a natureza de cada material a ser transportado, dotados de mecanismos ou dispositivos tais que impeçam o extravasamento das amostras e confirmam total segurança a seu transporte, evitando, portanto, que os profissionais de saúde, bem como os trabalhadores de frotas de veículos automotores e empresas que transportam objetos e coisas, entrem em contato com o material humano coletado.

1.2 - As amostras deverão ser acondicionadas em recipientes rígidos, constituídos por vidro ou materiais resistentes e impermeáveis tecnicamente apropriados para tal finalidade, dotados de dispositivos pouco flexíveis e impermeáveis para fechamento sob pressão.

1.2.1 - No caso das amostras de material que devem ser fixadas em lâminas, deverão ser utilizadas lâminas tecnicamente apropriadas.

1.2.2 - No caso das amostras de demais materiais humanos deverão ser utilizados recipientes rígidos tecnicamente apropriados, dotados de dispositivos de fechamento que impeçam o extravasamento do material.

1.2.3 - Todo e qualquer recipiente atualmente utilizado, ou que venha a ser utilizado, para acondicionamento de material coletado com a finalidade de transporte deverá ser de tal forma seguro que impeça a exposição dos profissionais de saúde, bem como a dos trabalhadores de frotas de veículos automotores e de empresas que transportam objetos e coisas, ao contato direto com as amostras.

2 - Dos Recipientes de Suporte (para Fixação de Recipientes para Acondicionamento do Material Coletado)

2.1 - Para os efeitos desta norma técnica, os recipientes de suporte serão também denominados recipientes secundários.

2.1.1 - Os recipientes de suporte deverão apresentar as seguintes características, em função da natureza do material humano a ser transportado:

- Os recipientes para acondicionamento de amostras de sangue, líquidos corpóreos ou secreções, necessariamente, deverão ser transportados em recipientes de suporte rígidos e resistentes, não quebráveis, que permitam a fixação em posição vertical, com a extremidade de fechamento voltada para cima e, ainda, impeçam o tombamento dos mesmos nos sentidos lateral, anterior e posterior.

- Os recipientes de suporte deverão ser dotados de tampas, constituídas por materiais rígidos e resistentes, que constituam dispositivos de fechamento seguros.

2.1.2 - As lâminas deverão ser transportadas em recipientes de suporte rígidos e resistentes, internamente dotados de dispositivos de separação de lâminas e, externamente, de dispositivos de fechamento.

2.1.3 - Os recipientes para acondicionamento de amostras de demais materiais humanos deverão ser transportados em recipientes de suporte tecnicamente apropriados e seguros.

2.1.4 - Na superfície externa dos recipientes de suporte, destinados ao transporte de múltiplos recipientes para acondicionamento de amostras coletadas, deverá ser indicada a natureza do material humano que está sendo transportado (sangue, líquidos, secreções, tecido humano, dentre outros) ou o tipo de recipiente que condiciona, no caso de lâminas.

3 - Dos Recipientes de Segurança para Transporte

3.1 - Para os efeitos desta norma técnica, os recipientes de segurança para transporte serão também denominados recipientes externos.

3.1.1 - Os recipientes de segurança para transporte deverão conferir total segurança ao transporte, evitando, portanto, que os profissionais de saúde, bem como os trabalhadores de frotas de veículos automotores e empresas que transportam objetos e coisas, entrem em contato com o material humano coletado.

3.1.2 - Os recipientes de segurança para transporte, destinados à acomodação dos recipientes de suporte, obrigatoriamente serão rígidos, resistentes e impermeáveis, revestidos internamente com material liso, durável, impermeável, lavável e resistente às soluções desinfetantes e, ainda, dotados externamente de dispositivos de fechamento.

3.1.3 - Os recipientes de segurança para transporte deverão ser constituídos por materiais tecnicamente apropriados, que garantam a conservação e estabilidade das amostras durante o transporte, segundo a natureza do material humano coletado.

3.1.4 - Na parte externa dos recipientes de segurança para transporte deverá ser aposto o símbolo de material infectante e inscrito, com destaque, o título de identificação MATERIAL INFECTANTE, abaixo do qual a seguinte frase de alerta: EM CASO DE DANO OU VAZAMENTO, INFORME IMEDIATAMENTE AS AUTORIDADES DE SAÚDE PÚBLICA.

3.1.5 - O modelo a ser adotado está ilustrado abaixo, na Figura I, parte integrante desta norma técnica.

3.1.6 - Nas inscrições do símbolo de material infectante, do título de identificação e da frase de alerta deverão ser empregadas tecnologias ou recursos que possibilitem a higienização da parte externa desses recipientes e garantam a legibilidade permanente das inscrições.

3.1.7 - Na parte externa dos recipientes de segurança para transporte deverá ser inscrito o desenho de seta indicativa vertical apontada para cima, de maneira a caracterizar a disposição em posição vertical, com as extremidades de fechamento voltadas para cima, dos recipientes para acondicionamento do material humano que contenham amostras de sangue, urina, fezes e outros materiais.

3.1.8 - Na inscrição do desenho de que trata o item anterior, deverá ser empregada tecnologia ou recurso que possibilite a higienização da parte externa dos recipientes de segurança para transporte e garanta a legibilidade permanente dos desenhos de seta indicativa vertical.

3.1.9 - Para os efeitos desta norma técnica, obrigatoriamente todos os recipientes para acondicionamento do material humano serão transportados no interior dos recipientes de segurança para transporte.

3.1.10 - É vedado, em quaisquer hipóteses, transportar amostras de material humano, bem como recipientes contendo resíduos infectantes, no compartimento dianteiro dos veículos automotores para transporte.

3.1.10.1 - Os recipientes de segurança para transporte que contenham em seu interior os recipientes para acondicionamento do material humano deverão ser transportados no compartimento traseiro ou em compartimento especial dos veículos automotores para transporte.

3.1.10.2 - No caso de transporte de amostra única, o acondicionamento do material humano deverá ser feito em conformidade com o modelo ilustrado na Figura II, parte integrante desta norma técnica.

3.1.10.3 - No recipiente de segurança para transporte ou recipiente externo do conjunto para acondicionamento de amostra única de material humano, ilustrado na Figura II, deverá ser aposto rótulo contendo os endereços do remetente e do destinatário.

4 - Da Remessa de Material Humano por Meio de Empresas Transportadoras

4.1 - Os responsáveis técnicos pelos estabelecimentos que realizam coleta de material humano para realização de testes e exames deverão adotar, para as situações em que se façam necessárias a remessa de material humano por meio de empresas que transportam objetos e coisas, as medidas estabelecidas nesta norma

técnica, visando garantir o transporte seguro do material e a chegada do mesmo ao destinatário em tempo hábil e condições de ser analisado.

5 - Das Responsabilidades do Remetente

5.1 - O remetente deverá entrar em contato, previamente à remessa do material, com a empresa de transporte e com o destinatário, a fim de garantir que as amostras sejam recebidas e imediatamente examinadas e providenciará o preenchimento do Relatório de Segurança para Transporte de Material Humano, em três vias, sendo que uma deverá ser entregue à empresa transportadora e a outra, aposta à superfície da embalagem, se possível.

5.1.1. - O Relatório de Segurança para Transporte de Material Humano conterá, obrigatoriamente, informações sobre os perigos decorrentes do contato com o material transportado e orientações, claras e precisas, sobre os procedimentos que deverão ser adotados em caso de acidente, quebra ou vazamento pela embalagem.

Informará ao destinatário, em tempo hábil, todos os procedimentos adotados em relação ao transporte do material humano.

PROPOSTA DE RESOLUÇÃO SOBRE PROCEDIMENTOS EM ANATOMIA PATOLÓGICA

JUSTIFICATIVA

Quando da aprovação do **Parecer CFM nº 16/2004**, em que o médico R.S.M., de Belo Horizonte-MG, solicitava que esta autarquia se pronunciasse sobre questão referente ao exercício e prestação de serviços profissionais ligados a “exames de laboratório de análise/patologia clínica” e questionava se havia norma ou parecer sobre laudos por meio eletrônico, responsabilidade técnica no local de recebimento do material e co-responsabilidade de solicitantes, evidenciou-se situação muito assemelhada com referência a exame de peças cirúrgicas colhidas/recebidas em local distante e com laudos emitidos, na maioria das vezes, sem identificação do patologista. Além do mais, constatou-se que por um tipo de acordo comercial as peças eram recebidas sem acondicionamento apropriado para a manutenção de segurança e preservação e, também, sem relação de responsabilidade entre os profissionais envolvidos. Por fim, havia a evidência de que poderiam ocorrer problemas, com prejuízo final dos pacientes, sem que se pudesse estabelecer clara disciplina sobre essa possibilidade apresentada com objetivos mercantis e pouco cuidado técnico e ético.

Com a contribuição efetiva da Sociedade Brasileira de Patologia (SBP), foi constituído um grupo para estudo da situação, inclusive com o relatório de problemas já ocorridos e de conhecimento daquela Sociedade. A esses conhecimentos foram agregadas as normas previstas na Portaria nº 407, da Anvisa, de 2/5/2002 - sobre acondicionamento de material humano coletado - tornando esta parte menor da portaria um anexo para reforço e conhecimento da presente proposta de resolução.

ANTÔNIO GONÇALVES PINHEIRO
Coordenador da Comissão

ATIVIDADE DE BRASILEIRO E ESTRANGEIRO FORMADO EM MEDICINA NO EXTERIOR TERÃO REGISTRO NO BRASIL REGULAMENTADO POR ESTA RESOLUÇÃO. RETIFICAÇÕES E REVOGAÇÕES. REVALIDAÇÃO

CFM*

EMENTA - Dispõe sobre as atividades, no Brasil, do cidadão estrangeiro e do cidadão brasileiro formados em Medicina por faculdade estrangeira e revoga as Resoluções CFM nº 1.615, de 9 de março de 2001, nº 1.630, de 24 de janeiro de 2002, nº 1.669, de 14 de julho de 2003, nº 1.712, de 22 de dezembro de 2003, e nº 1.793, de 16 de junho de 2006. (VIDE RETIFICAÇÃO PÁG. 74 ARQ 98)

Palavras-chave: Resolução CFM, Nº 1832/2008, médicos formados no exterior, revogação da portaria nº 1615, nº 1630, nº 1669, nº 1772, nº 1793, médicos brasileiros e estrangeiros, normas, registro no Brasil, comprovação, presença irregular, exercício ilegal, revogação de Resoluções

BRAZILIAN AND FOREIGN MEDICAL DOCTORS GRADUATED OVERSEAS WILL HAVE REGISTRY IN BRAZIL REGULATED BY THIS RESOLUTION. RETIFICATIONS AND REVOCATIONS. REVALIDATION

Key words: Resolution no. 1832/2008 (CFM-Brazilian Medical Federal Council), medical doctors graduated overseas, revocation of directives no. 1615, no. 1630, no. 1669, no. 1772, no. 1793, Brazilian and Foreign doctors, norms, registry in Brazil, confirmation, irregular presence, illegal exercise, resolutions revocations

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o disposto nos artigos 98 e 99 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, que restringe ao estrangeiro com visto temporário o exercício de atividade remunerada, bem como a inscrição em conselhos de fiscalização profissional;

CONSIDERANDO o disposto no parágrafo único do artigo 99 do diploma legal supracitado, que prevê a inscrição temporária, em entidade fiscalizadora do exercício de profissão regulamentada, dos estrangeiros que venham ao país tão-somente na condição prevista no inciso V do artigo 13 da mesma lei;

CONSIDERANDO o disposto no item f do parágrafo 1º do artigo 2º do regulamento a que se refere a Lei nº 3.268/57, aprovado pelo Decreto nº 44.045/58, que exige prova de revalidação do diploma quando o médico tiver sido formado por faculdade estrangeira;

* Conselho Federal de Medicina .

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 16-AJ, aprovado em 12 de junho de 1997, que analisa, à luz da legislação brasileira vigente, a revalidação e reconhecimento de diplomas, certificados, títulos e graus expedidos do exterior;

CONSIDERANDO o que determina a Resolução CFM nº 1.831, de 9 de janeiro de 2008, que exige o Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros, expedido por instituição oficial de ensino;

CONSIDERANDO a definição legal de Residência em Medicina como modalidade de ensino de pós-graduação caracterizada por treinamento em serviço, conforme determina o artigo 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981;

CONSIDERANDO que esse treinamento em serviço, que caracteriza a Residência Médica, implica no exercício de prática profissional (atos médicos), além de ocupar de 80% a 90% da carga horária total do curso, consoante o parágrafo 2º do artigo 5º da Lei nº 6.932/81;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 26, do conselheiro Mauro Brandão Carneiro, aprovado na sessão plenária de 3 de outubro de 2000, que analisa as condições necessárias para o exercício profissional do médico estrangeiro com visto temporário no Brasil, bem como a impossibilidade de o mesmo cursar a Residência Médica em instituições nacionais;

CONSIDERANDO a exposição de motivos anexa a esta resolução;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 11 de janeiro de 2008, resolve:

Art. 1º O cidadão estrangeiro e o brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior terão o registro para o exercício profissional no Brasil regulamentado por esta resolução.

Art. 2º Os diplomas de graduação em Medicina expedidos por faculdades estrangeiras somente serão aceitos para registro nos Conselhos Regionais de Medicina quando revalidados por universidades públicas, na forma da lei.

Parágrafo único. O cidadão estrangeiro, para obter o registro nos Conselhos Regionais de Medicina, deve comprovar a proficiência em língua portuguesa, nos termos da Resolução CFM nº 1.831/08.

Art. 3º O cidadão estrangeiro com visto permanente no Brasil pode registrar-se nos Conselhos Regionais de Medicina e usufruir dos mesmos direitos do cidadão brasileiro quanto ao exercício profissional, exceto nos casos de cargo privativo de cidadãos brasileiros, sobretudo ser eleito ou eleger membros nos respectivos conselhos, observado o disposto no artigo 2º desta resolução e o pleno acordo com a Constituição Federal de 1988.

Art. 4º O cidadão estrangeiro detentor de visto temporário no país não pode se inscrever nos Conselhos Regionais de Medicina e está impedido de exercer a profissão, salvo a exceção prevista no inciso V do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro.

§ 1º O médico estrangeiro, portador de visto temporário, que venha ao Brasil na condição de cientista, professor, técnico ou simplesmente médico, sob regime de contrato ou a serviço do governo brasileiro (inciso V do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro), está obrigado a inscrever-se nos Conselhos Regionais de Medicina para o exercício de suas atividades profissionais enquanto perdurar o visto, observado o disposto no artigo 2º desta resolução.

§ 2º Na hipótese prevista no parágrafo anterior faz-se necessária a apresentação do contrato de trabalho ou documento específico que comprove estar o

médico estrangeiro a serviço do governo brasileiro, bem como os demais documentos exigidos para inscrição no respectivo conselho.

§ 3º Deverá constar na carteira profissional expedida pelo Conselho Regional de Medicina o período de validade da inscrição, coincidente com o tempo de duração do respectivo contrato de trabalho.

Art. 5º Os programas de ensino de pós-graduação, vedada a Residência Médica, oferecidos a cidadãos estrangeiros detentores de visto temporário, que venham ao Brasil na condição de estudante (inciso IV do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro), e aos brasileiros com diploma de Medicina obtido em faculdades no exterior, porém não revalidado, deverão obedecer as seguintes exigências:

I - Os programas deverão ser preferencialmente desenvolvidos em unidades hospitalares diretamente ligadas a instituições de ensino superior que mantenham programas de Residência Médica nas mesmas áreas, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM);

II - Os cursos não enquadrados no inciso anterior deverão ter avaliação, autorização e registro no CFM;

a) Para o cumprimento desse inciso será criada comissão especial, sob direção da 2ª vice-presidência do CFM.

III - O número de vagas reservadas para o ensino em pós-graduação previsto no caput deste artigo poderá variar de uma vaga até o máximo de 30% (trinta por cento) do total de vagas disponibilizadas para médicos legalmente inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina;

IV - O programa de curso deverá ter duração e conteúdo idênticos ao previsto para programas autorizados pela CNRM para cada especialidade;

V - Não poderá haver qualquer tipo de extensão do programa, mesmo que exigida pelo país expedidor do diploma;

VI - Os atos médicos decorrentes do aprendizado somente poderão ser realizados nos locais previamente designados pelo programa e sob supervisão direta de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, que assumirão a responsabilidade solidária pelos mesmos;

VII - É vedada a realização de atos médicos pelo estagiário fora da instituição do programa, ou mesmo em atividades médicas de outra natureza e em locais não previstos pelo programa na mesma instituição, sob pena de incorrer em exercício ilegal da Medicina, tendo seu programa imediatamente interrompido, sem prejuízo de outras sanções legais;

VIII - No certificado de conclusão do curso deverá constar o nome da área do programa, período de realização e, explicitamente, que o mesmo não é válido para atuação profissional em território brasileiro;

IX - A revalidação do diploma de médico em data posterior ao início do curso não possibilita registro de especialidade com esse certificado - caso em que é possível a habilitação para prova com o objetivo de obtenção de título de especialista, conforme legislação em vigor.

Art. 6º O médico estrangeiro e o brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior, porém não revalidado, no que couber, participarão do programa de ensino de pós-graduação desejado, nos termos do artigo anterior, somente quando cumprirem as seguintes exigências:

I - Possuir o Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros, nos termos da Resolução CFM nº 1.831/08;

II - Submeter-se a exame de seleção de acordo com as normas estabelecidas e divulgadas pela instituição de destino;

III - Comprovar a conclusão de graduação em Medicina no país onde foi expedido o diploma, para todos os programas;

IV - Comprovar a realização de programa equivalente à Residência Médica brasileira, em país estrangeiro, para os programas que exigem pré-requisitos (áreas de atuação), de acordo com a Resolução CFM nº 1.634/02 e a Resolução CNRM nº 5/02; (VIDE RETIFICAÇÃO PÁG. 74 ARQ 98)

V - Comprovar a posse de recursos suficientes para manter-se em território brasileiro durante o período de treinamento.

Parágrafo único. Caberá à instituição receptora decidir pela equivalência à Residência Médica brasileira dos estágios realizados no país estrangeiro de origem do candidato, bem como o estabelecimento de outros critérios que julgar necessários à realização do programa.

Art. 7º Os Conselhos Regionais de Medicina devem tomar ciência da presença de cidadão estrangeiro e de brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior, porém não revalidado, participantes de programa de ensino de pós-graduação em sua jurisdição, mediante comunicação formal e obrigatória do diretor técnico, preceptor ou médico investido em função semelhante, da instituição que pretenda realizar os referidos cursos.

§ 1º Os cidadãos referidos no caput deste artigo terão autorização para freqüentar o respectivo programa após verificação do cumprimento das exigências desta resolução e da homologação pelo plenário do Conselho Regional de Medicina, posteriormente encaminhada à instituição solicitante.

§ 2º O registro da autorização prevista no parágrafo anterior será feito no prontuário do médico responsável pelo programa e no prontuário da instituição onde o mesmo será realizado.

§ 3º Haverá, nos Conselhos Regionais de Medicina, registros dos cidadãos estrangeiros e de brasileiros com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior, porém não revalidado, participantes de programa de ensino de pós-graduação, cujo controle será feito em livro próprio, contendo a seguinte sigla e numeração seqüencial: Estudante médico estrangeiro nº ___ - UF, data de início e término do curso, sem emissão de qualquer tipo de carteira ou identificação do registrado e sem pagamento de anuidade, devendo ser comunicado ao professor responsável pelo curso o número previsto no livro, para confecção de carimbo com esses dados.

§ 4º Os Conselhos Regionais de Medicina devem comunicar ao Conselho Federal de Medicina a presença de médico estrangeiro e de brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior, porém não revalidado, participantes de programa de ensino de pós-graduação.

§ 5º Os estudantes médicos estrangeiros participantes de programa de ensino de pós-graduação poderão executar, sob supervisão, os atos médicos necessários ao seu treinamento e somente em unidade de ensino a que estiver vinculado, ficando o preceptor responsável pelo mesmo perante o Conselho Regional de Medicina.

Art. 8º O estrangeiro, detentor de visto temporário na condição de estudante (inciso IV do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro), que tiver concluído o curso de

Medicina em faculdade brasileira somente poderá inscrever-se nos Conselhos Regionais de Medicina e exercer legalmente a profissão se obtiver o visto permanente.

Parágrafo único. Os candidatos, caracterizados no caput deste artigo, aos cursos de ensino em pós-graduação previsto nesta resolução deverão submeter-se às exigências contidas nos artigos 5º e 7º desta resolução.

Art. 9º O médico estrangeiro, detentor de visto temporário de qualquer modalidade, não pode cursar Residência Médica no Brasil.

Parágrafo único. O brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade estrangeira só poderá cursar a Residência Médica no Brasil após cumprir o disposto no caput do artigo 2º desta resolução.

Art. 10. Os editais para a seleção de candidatos, promulgados pelas instituições mantenedoras de programas de Residência Médica, devem observar o disposto nesta resolução.

Art. 11. Ficam revogados o Parecer CFM nº 3/86, as Resoluções CFM nos 1.615/01, 1.630/01, 1.669/03 e 1.793/06 e demais disposições em contrário.

Art. 12. Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente do Conselho

Livia Barros Garção
Secretária-Geral

Resolução CFM Nº. 1832, de 11/01/2008
Resolução Aprovada
Sessão Plenária de 11/01/2008
D.O.U. Seção I p.99-100, de 25/02/2008

RETIFICAÇÕES

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mar. 2008.

Seção I, p. 107

Na Resolução CFM nº 1.832, de 11 de janeiro de 2008, publicada no DOU de 25 de fevereiro de 2008, Seção 1, página 99:

ONDE SE LÊ:

Dispõe sobre as atividades, no Brasil, do cidadão estrangeiro e do cidadão brasileiro formados em Medicina por faculdade estrangeira e revoga as Resoluções CFM nº 1.615, de 9 de março de 2001, nº 1.630, de 24 de janeiro de 2002, nº 1.669, de 14 de julho de 2003, nº 1.712, de 22 de dezembro de 2003, e nº 1.793, de 16 de junho de 2006.

LEIA-SE:

Dispõe sobre as atividades, no Brasil, do cidadão estrangeiro e do cidadão brasileiro formados em Medicina por faculdade estrangeira e revoga as Resoluções CFM nº 1.615, de 9 de março de 2001, nº 1.630, de 24 de janeiro de 2002, nº 1.669, de 14 de julho de 2003, e nº 1.793, de 16 de junho de 2006.

ONDE SE LÊ:

Art. 6º inciso IV - Comprovar a realização de programa equivalente à Residência Médica brasileira, em país estrangeiro, para os programas que exigem pré-requisitos (áreas de atuação), de acordo com a Resolução CFM nº 1.634/02 e a Resolução CNRM nº 5/02.

LEIA-SE:

Art. 6º inciso IV - Comprovar a realização de programa equivalente à Residência Médica brasileira, em país estrangeiro, para os programas que exigem pré-requisitos (áreas de atuação), de acordo com a Resolução CFM nº 1.634/2002 e a Resolução CNRM nº 5/2003.

NORMAS PARA MÉDICO EM PLANTÃO DE SOBREVISO, DE DISPONIBILIDADE OU À DISTÂNCIA

CFM*

Palavras-chave: plantão de sobreaviso, plantão de disponibilidade, plantão à distância, conceito, normas, responsabilidade do Diretor Técnico, Resolução CFM

CRMPR (MEDICAL ASSOCIATION OF PARANÁ) ETHICS COURT – COMPOSITION AND NORMS

Key words: alert duty, availability duty, distance (on call) duty, concept, norms, Technical Director responsibility, Resolution CFM-Brazilian Medical Federal Council

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que a disponibilidade em sobreaviso é prática utilizada em muitos serviços médicos, objetivando otimizar o atendimento das variadas especialidades;

CONSIDERANDO a necessidade de se regulamentar a prática da disponibilidade em sobreaviso;

CONSIDERANDO que é direito do médico receber remuneração pela disponibilidade dos seus serviços profissionais;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 19/03, base da fundamentação desta resolução;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.451/95;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária realizada no dia 21 de fevereiro de 2008, resolve:

Art. 1º Definir como disponibilidade médica em sobreaviso a atividade do médico que permanece à disposição da instituição de saúde, de forma não-presencial, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial quando solicitado em tempo hábil.

Parágrafo único. A obrigatoriedade da presença de médico no local nas vinte e quatro horas, com o objetivo de atendimento continuado dos pacientes, independe da disponibilidade médica em sobreaviso nas instituições de saúde que funcionam em sistema de internação ou observação.

* Conselho Federal de Medicina.

Art. 2º A disponibilidade médica em sobreaviso, conforme definido no art. 1º, deve ser remunerada de forma justa, sem prejuízo do recebimento dos honorários devidos ao médico pelos procedimentos praticados.

Parágrafo único. A remuneração prevista no caput deste artigo deve ser estipulada previamente em valor acordado entre os médicos da escala de sobreaviso e a direção técnica da instituição de saúde pública ou privada.

Art. 3º O médico de sobreaviso deverá ser acionado pelo médico plantonista ou por membro da equipe médica da instituição, que informará a gravidade do caso, bem como a urgência e/ou emergência do atendimento, e anotará a data e hora desse comunicado no prontuário do paciente.

Parágrafo único. Compete ao diretor técnico providenciar para que seja afixada, para uso interno da instituição, a escala dos médicos em disponibilidade de sobreaviso e suas respectivas especialidades e áreas de atuação.

Art. 4º Em caso de urgência e/ou emergência, o médico que acionar o plantonista de sobreaviso deverá, obrigatoriamente, permanecer como responsável pelo atendimento do paciente que ensejou a chamada até a chegada do médico de sobreaviso, quando ambos decidirem a quem competirá a responsabilidade pela continuidade da assistência.

Art. 5º Será facultado aos médicos do Corpo Clínico das instituições de saúde decidir livremente pela participação na escala de disponibilidade em sobreaviso, nas suas respectivas especialidades e áreas de atuação.

Parágrafo único. Os regimentos internos das instituições de saúde não poderão vincular a condição de membro do Corpo Clínico à obrigatoriedade de cumprir disponibilidades em sobreaviso.

Art. 6º Compete ao diretor técnico e ao Corpo Clínico decidir as especialidades necessárias para disponibilidade em sobreaviso, de acordo com a legislação vigente.

Art. 7º Cabe aos diretores técnicos das instituições o cumprimento desta resolução.

Art. 8º Fica estipulado o prazo de 6 (seis) meses, a partir da publicação desta resolução, para a adequação dos serviços nela referidos, revogando-se as disposições em contrário.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente do Conselho

Lívia Barros Garção
Secretária-Geral

Resolução CFM N°. 1834, de 21/02/2008
Resolução Aprovada
Sessão Plenária de 14/03/2008
D.O.U. Seção I p.195, de 14/03/2008

TRIBUNAL DE ÉTICA DO CRMPR - COMPOSIÇÃO E NORMAS

CRMPR*

EMENTA - Dispõe sobre o Tribunal de Ética do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná.

Palavras-chave: Tribunal de Ética, composição, normas, regimento interno, Câmara e Pleno, resolução CRMPR

NORMS FOR DOCTORS ON AVAILABILITY, ALERT OR DISTANCE DUTY

Key words: Ethics Court, composition, internal regulation, camera and full, resolution Medical Association of Paraná

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, no uso das atribuições conferidas pela Lei no 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto no 44.045, de 19 de julho de 1958 e o disposto pelo Código de Processo Ético Profissional,

CONSIDERANDO o número de processos disciplinares, pareceres, sindicâncias e consultas a serem julgados e avaliados por este Conselho;

CONSIDERANDO a necessidade de dinamização dos julgamentos dos processos disciplinares e sindicâncias e avaliação dos pareceres e consultas;

CONSIDERANDO o disposto no § 2º do Art. 36 do Código de Processo Ético-Profissional, que estabelece que o Conselheiro presente ao julgamento, respeitando o quorum máximo previsto em lei, não poderá abster-se de votar;

CONSIDERANDO o deliberado em Sessão Plenária realizada em 7 de janeiro de 2008.

RESOLVE:

Artigo 1º O Tribunal de Ética do Conselho Regional de Medicina do Paraná terá a seguinte composição:

Pleno

1º Primeira Câmara

2º Segunda Câmara

3º Terceira Câmara

4º Quarta Câmara

Parágrafo único: Duas Câmaras serão compostas por 10 (dez) e duas por 11 (onze) Conselheiros, nomeados pelo Presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná por meio de Portaria.

* Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Artigo 2º O Pleno, composto pelos Conselheiros, julgará, em grau de recurso, as decisões tomadas nas Câmaras sobre processos éticos profissionais, na forma prevista pelo Código de Processo Ético Profissional.

Parágrafo Único: O Pleno será presidido pelo Presidente do Conselho Regional de Medicina, ou seu substituto, que exercerá somente o voto de desempate.

Artigo 3º Compete às Câmaras o julgamento de processos ético-disciplinares e sindicâncias e apreciar pareceres e consultas que lhes forem distribuídos.

Parágrafo Primeiro: O Presidente e o Secretário da sessão da Câmara serão escolhidos no seu início, pelos seus membros, sob sistema de rodízio.

Parágrafo Segundo: O Presidente da Sessão da Câmara terá direito a voz e voto e, se necessário, também proferirá voto de desempate.

Parágrafo Terceiro: Considera-se quorum mínimo para funcionamento das Câmaras a presença de sete (7) de seus integrantes.

Parágrafo Quarto: Se necessário, para complementação do quorum mínimo, os Conselheiros poderão, por designação do Presidente do Conselho, substituir seus pares em outra Câmara.

Parágrafo Quinto: O quorum do Pleno é de 11 conselheiros, no mínimo, e 21 no máximo. Pleno.

Artigo 4º Quando a decisão da Câmara sobre sindicância for pelo arquivamento, caberá recurso ao Conselho Federal de Medicina.

Artigo 5º Quando a decisão das Câmaras sobre processo ético profissional for por maioria, caberá recurso ao Pleno do Conselho Regional de Medicina do Paraná e quando for por unanimidade ao Conselho Federal de Medicina.

Artigo 6º Quando a decisão da Câmara sobre processo ético profissional for de cassação, seja por unanimidade ou por maioria, caberá recurso "ex officio" ao Pleno do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Artigo 7º Quando a decisão do Pleno sobre processo ético profissional for por maioria ou unanimidade, caberá recurso ao Conselho Federal de Medicina.

Artigo 8º Quando a decisão do Pleno sobre processo ético profissional for de cassação, caberá recurso "ex officio" ao Pleno do Conselho Federal de Medicina.

Artigo 9º O Conselheiro que votar pela absolvição do denunciado deverá, se vencido, votar quando da aplicação da pena.

Artigo 10 Na instalação e funcionamento das Câmaras e do Pleno serão observadas as disposições do Regimento Interno do Conselho Regional de Medicina do Paraná e, no tocante ao julgamento, observar-se-á a disciplina contida na Lei no 3.268, de 30 de setembro de 1957, Decreto no 44.045, de 19 de julho de 1958 e o dispositivo pelo Código de Processo Ético Profissional.

Artigo 11 Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogada as disposições anteriores, especialmente a Resolução CRM-PR no 127/2004. Curitiba, 7 de janeiro de 2008.

Gerson Zafalon Martins
Cons. Presidente

Hélcio Bertolozzi Soares
Cons. Secretário-Geral

Resolução CRMPR Nº. 157/2007
Resolução Aprovada
Sessão Plenária de 14/03/2008
D.O.U. Seção I p.195, de 14/03/2008

REVOGAÇÃO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1498/98

CFM*

Palavras-chave: Resolução CFM 1498/98, revogação, educação continuada

REVOCATION OF RESOLUTION NO. 1498/98 OF BRAZILIAN MEDICAL ASSOCIATION

Key words: revocation, Resolution CFM-Brazilian Medical Federal Council nº 1498/98, continuing education

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, alterado pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO que o Programa de Educação Médica Continuada “Excelência Médica” foi interrompido quando da notificação extrajudicial enviada à Tecsat no dia 11 de maio de 2000, publicada na edição de abril, nº 116, daquele mesmo ano, do jornal Medicina;

CONSIDERANDO que o contido na resolução citada não produz efeitos desde então;

CONSIDERANDO o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina de 9 de agosto de 2007, resolve:

Art. 1º Revogar a Resolução CFM nº 1.498/98.

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

Edson de Oliveira Andrade
Presidente do Conselho

Lívia Barros Garção
Secretária-Geral

Resolução CFM Nº. 1824, de 09/08/2007**Resolução Aprovada****Sessão Plenária de 09/08/2007****D.O.U. Seção I p.98, de 03/07/2007**

* Conselho Federal de Medicina .

PLANTÃO MÉDICO DE DISPONIBILIDADE OU SOBREVISO, REMUNERAÇÃO, PRESTAÇÃO DE SERVIÇO, DIREITO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Antônio Celso Cavalcanti de Albuquerque*
Maurício Marcondes Ribas**

EMENTA - Versa sobre questões referentes à: Plantões médicos, remuneração, plantão de disponibilidade ou sobreaviso); direito do médico internar pacientes mesmo não fazendo parte do corpo clínico; equipe médica permanente em Pronto-Socorro, em UTI e UTI Infantil.

Palavras-chave: plantão de disponibilidade, plantão de sobreaviso, plantão à distância, remuneração, direito de internar, obrigação da instituição, Justiça do Trabalho

MEDICAL DISPONIBILITY OR ALERT DUTY, MEDICAL CARE. RIGHT TO HOSPITAL PLACEMENT

Key words: availability duty, alert duty, distance duty, fees, right to placement, institution obligation, Labor Law

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, os médicos consultentes Drs J. B. S., F. O. B. S., O. S., J. H. L. B., N. G. L., L. F. D. , e G. P. V., todos residentes e domiciliados na cidade de A., indagam deste Conselho diversas questões, as quais por serem muitas, serão respondidas na medida que vão sendo transcritas.

Isto posto vejamos:

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A) EXIGÊNCIA DE REALIZAÇÃO DE PLANTÕES SEM REMUNERAÇÃO, COMO CONDIÇÃO PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES NO HOSPITAL:

A1) É possível que uma instituição pública ou privada, prestadora de serviços de saúde, exija do médico a realização de plantões, sem qualquer contraprestação pecuniária?

- Não, eis que o artigo 3º do Código de Ética Médica, prescreve: " A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa".

* Advogado. Consultor Jurídico do CRM/PR. ** Conselheiro Parecerista CRM/PR.

A2) É legal que a instituição pública ou privada, prestadora de serviços de saúde, condicione a possibilidade do médico efetuar o atendimento aos seus pacientes no hospital, tendo como contraprestação a realização de plantões gratuitos por esses mesmo profissionais?

- Não, eis que isso condicionaria uma permuta indevida e que afrontaria não apenas o citado artigo 3º, como também o artigo 97, ambos do Código de Ética Médica, pois tal proceder equivaleria a retenção de honorários profissionais.

A3) É direito do médico poder internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não façam parte do corpo clínico do mesmo, de acordo com o artigo 25, capítulo II do Código de Ética Médica, sem que haja a condição de realização de plantões gratuitos por esses mesmos médicos?

- A propósito dessa questão, remeta-se aos consulentes a Resolução Nº 18/86 CRM/PR. Vale ressaltar ainda, que essa condição de realização de plantões gratuitos, se caracterizaria também como uma forma de permuta indevida.

A4) A exigência de que o médico realize plantões, sem qualquer pagamento dos mesmos, encontra-se em dissonância ao disposto no artigo 3º, Capítulo I do Código de Ética Médica, que determina uma remuneração justa ao trabalho desenvolvido pelo profissional da Medicina?

- Já respondido na questão 3.

A5) Ainda com referência à questão anterior, a exigência de que o médico realize plantões sem remuneração cai na contramão ao disposto pelo artigo 15, Capítulo I do Código de Ética Médica, que dispõe que o médico deve zelar pela dignidade profissional, inclusive por uma remuneração condigna?

- Já respondido na questão 3.

A6) O Plantão Médico, como qualquer outra forma de trabalho ou prestação de serviços, na forma autônoma ou empregada, deve estar revestido na ONEROSIDADE inerente à qualquer outra forma de trabalho, ou seja, deve ser remunerado?

- Já respondido na questão 3.

A7) Pode o médico, na forma do artigo 24, capítulo II, do Código de Ética Médica, suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não o remunerar condignamente?

- A suspensão das atividades do médico, se for em caráter definitivo deve ser precedida de aviso prévio à Instituição, de pelo menos 30 dias. Se for em caráter provisório, os atendimentos de urgência e emergência, não devem ser suspensos sob pena de caracterizar-se a omissão de socorro.

B) PLANTÃO DE DISPONIBILIDADE

B1) É direito do médico receber inclusive pelo Plantão de Disponibilidade, também reconhecido como "plantão à distância", ou seja, modalidade de atendimento

em que o médico se coloca à disposição e é localizável, em horários pré-determinados, propiciando retargua aos colegas plantonistas?

- Sim, ainda porque o plantão à distância ou sobreaviso é modalidade de trabalho, inclusive reconhecido pela Justiça do Trabalho.

B2) Utilizando-se por analogia o parágrafo 4º, do Parecer do CREMESP Nº 74/96, o plantão de disponibilidade deve ser remunerado?

- Pergunta já respondida, não sendo demais repetir que o plantão de sobreaviso deve ser remunerado.

AS DEMAIS PERGUNTAS FORAM RESPONDIDAS PELO CONSELHEIRO DR. MAURÍCIO MARCONDES RIBAS, VISTO TRATAR DE QUESTÕES TÉCNICAS.

C) EXIGÊNCIA DE EQUIPE MÉDICA PERMANENTE EM PRONTO SOCORRO:

C1) A Instituição de Saúde que atende na forma de PRONTO SOCORRO, deve manter em REGIME DE PLANTÃO PERMANENTE, no mínimo, os profissionais de Anestesiologia, Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, e Ortopedia, conforme dispõe a Resolução do CFM Nº 1451/1995?

- Sim, a Resolução 1451/95 é bem clara sobre a obrigatoriedade da presença desses profissionais em plantão permanente no local.

C2) Além dos profissionais acima descritos, seria prudente e necessário que a Instituição de Saúde mantivesse também um Radiologista e um Obstetra?

- A Resolução 1451/95 não versa sobre a presença de radiologista e obstetra em plantão permanente no PS, entretanto, estas especialidades deveriam ter plantões de sobreaviso previamente definidos para atender as necessidades técnicas de demandas não eletivas.

C3) Utilizando-se por analogia, a Resolução do CREMESP 7496, em toda unidade de saúde na qual existirem pacientes em sistema de internação e observação, é obrigatória a presença de um médico 24 horas por dia, capacitado a executar manobras de reanimação e suporte vital?

- Sim, em toda unidade que existir paciente internado e em observação é obrigatório a presença de um médico de plantão 24 horas.

D) EXIGÊNCIA DE EQUIPE MÉDICA PERMANENTE EM UTI E UTI INFANTIL:

D1) A Instituição de Saúde que atende na forma de UTI e UTI INFANTIL, deve manter, em regime de PLANTÃO PERMANENTE, médicos intensivistas e médicos pediatras intensivistas, inclusive profissional especializado em cirurgia pediátrica?

- Devido a complexidade dos pacientes atendidos nestas unidades é obrigatório a presença de médicos com conhecimento e treinamento específicos nesta área de atuação, sendo obrigatório que o médico chefe do setor seja titulado.

Com relação ao especialista em cirurgia pediátrica é obrigatório a existência de um plantonista de sobreaviso previamente definido que possa ser acionado em caso de necessidade

D2) O médico especializado em CIRURGIA pode se recusar à realizar uma cirurgia pediátrica, por não considerar-se apto para tal ato?

- É fundamental que os serviços de especialidades médicas dentro de um estabelecimento hospitalar estabeleçam os limites de atuação de forma harmoniosa. desta maneira o cirurgião geral pode se negar a realizar cirurgia pediátrica, uma vez que as patologias pediátricas não correspondem a sua especialidade (art. 7, 23 e 28 C.E.M), ressalvadas , é claro, as situações em que haja risco de vida.

É o parecer.

Curitiba, 22 de junho 2007.

Antônio Celso Cavalcanti de Albuquerque
Adv. Consultor Jurídico

Maurício Marcondes Ribas
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 008/2007
Parecer CRMPR N°. 1857/2007
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 25/06/2007 - Câmara I

QUANDO É PERMITIDO COLOCAR O CID COMO INDICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO?

Joachim Graf*

EMENTA - A indicação do diagnóstico, seja codificado ou não, em atestados médicos, boletins de atendimento, relatórios e outros atendimentos médicos, só poderá ser realizada quando da solicitação do paciente ou de seu responsável legal, por justa causa ou exercício do dever legal.

Palavras-chave: Código Internacional de Doença, atestado médico, diagnóstico, justa causa, dever legal, solicitação do paciente, responsável legal, concordância expressa, prescrição de veracidade, documento de fé pública, acatamento, divergência de entendimento

WHEN IS ALLOWED TO USE CID (INTERNATIONAL CODE OF DISEASE AS AN INDICATION OF DIAGNOSIS?)

Key words: International Code of Disease, medical certificate, diagnose, just cause, legal obligation, request of patient, legal liability, formal consent, truthfulness prescription, notarized document, regard, comprehension disagreement

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Dr. F. P. S., Gerente Clínico do Ambulatório do Hospital de C. do Hospital U. R. N. P., L., formula pergunta sobre se é lícito exigir que os médicos coloquem o CID em atendimentos realizados pelos mesmos, sob pena de encaminhá-los ao Conselho de Ética do hospital.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A aposição do CID em documento médico, seja atestado médico, prontuário médico, ambulatorial ou hospitalar segue normativas articuladas do próprio Código de Ética Médica, e de Resoluções e Pareceres do CFM e das Regionais. Trata-se, pois, de matéria contemplada em várias instancias.

É de amplo conhecimento o trâmite envolvido em atestados médicos, relativamente a colocação do CID. De parecer aprovado neste CRM-PR - PARECER Nº 1828/2007 CRM-PR, depreende-se que os médicos somente podem fornecer

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

atestados com o diagnóstico codificado ou não quando por justa causa, exercício do dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal. No caso de solicitação de colocação do diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado. O atestado médico goza da presunção da veracidade devendo ser acatado por quem de direito, salvo se houver divergência de entendimento por médico da instituição ou perito.

No caso de registro do CID em serviços de arquivos médicos, relação de produção diária ou mapas de atendimento ambulatorial, existe um entendimento aprovado pelo CRM-PB apontando a ilegalidade desta prática, sugerindo-se como alternativa que os CIDs sejam colocados em mapas específicos, sem a identificação dos pacientes, contemplando assim as necessidades epidemiológicas do registro de patologias, sem expor o sigilo médico

Do Código de ética Médica, em seu artigo 108, extrai-se que é vedado ao médico facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas que não são obrigadas ao mesmo compromisso.

CONCLUSÃO

Considerando que atestados médicos, boletins de atendimento, relatórios de produção e outros atendimentos médicos fazem parte do ato médico, considerando os pareceres pertinentes a matéria referidos se faz necessária, sob pena de delito de violação do segredo profissional, a preservação do direito ao sigilo médico. Tais documentos, portanto, não deverão conter o CID de forma a identificar o paciente, exceção feita quando se caracteriza justa causa, exercício de dever legal, ou com a expressa autorização do paciente ou de seu representante legal.

É o parecer.

Curitiba, 12 de dezembro de 2007.

Joachim Graf
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 095/2007
Parecer CRMPR N°. 1900/2008
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/12/2007 - Câmara I

MEDICINA ORTOMOLECULAR: SUA POSIÇÃO ATUAL

Alexandre Gustavo Bley*

EMENTA - Medicina Ortomolecular - Resolução CFM nº 1.500/98 - Operadora de Saúde

Palavras-chave: medicina ortomolecular, conceito, aceitação, questionamento, Resolução CFM Nº 1500/1998, histórico, aminoácidos, sais minerais, teoria, termos equivalentes, base em evidências

ORTHOMOLECULAR MEDICINE – PRESENT POSITION

Key words: orthomolecular medicine, concept, acceptance, questioning, Resolution nº 1500/1998 (CFM-Brazilian Medical Federal Council), history, amino acids, mineral salts, theory, equivalent terms, based on evidences

CONSULTA

Trata a presente consulta, de solicitação de parecer feito pela U C, no tocante a prática da Medicina Ortomolecular. Os seguintes questionamentos foram levantados:

- 1) No que consiste a prática da Medicina Ortomolecular?
- 2) Qual a situação da mesma perante o Conselho?
- 3) Existe alguma evidência científica da validade deste tratamento?
- 4) Como fica o papel da Operadora de Saúde quanto a cobertura deste tipo de terapia?

FUNDAMENTAÇÃO

A suplementação dietética é largamente utilizada em todo o mundo, chegando a abranger um pouco mais da metade da população adulta dos Estados Unidos da América. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Medicina Ortomolecular (Sobramo), entidade não filiada a Associação Médica Brasileira, analisou dados de 10 anos atrás, onde aproximadamente 10 milhões de brasileiros, eram consumidores de substâncias antioxidantes. Provavelmente o quadro atual é bem mais abrangente e merece uma análise mais aprofundada, visto que este fenômeno apresenta um forte apelo comercial. Procuramos neste parecer uma visão ampla do tema, para melhor entendimento e fundamentação das conclusões deste.

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

DEFINIÇÃO

A Medicina Ortomolecular constitui um ramo da chamada “medicina alternativa” no qual se acredita que as doenças são resultado de desequilíbrios químicos, logo seu objetivo primordial é restabelecer o equilíbrio químico do organismo. Este acerto (orto=certo) das moléculas se dá através do uso de substâncias e elementos naturais, sejam vitaminas, minerais, e/ou aminoácidos. Espera-se que estes elementos, além de proporcionarem um reequilíbrio bioquímico, combatam os radicais livres. Portanto, a atuação da Medicina Ortomolecular é alcançada justamente a nível molecular, através de suplementações, tanto por via oral, quanto parenteral e endovenosa. Dentro de seus conceitos ganha status de Medicina Preventiva. Verificamos que o termo Medicina Biomolecular também se aplica ao caso. Basicamente são quatro os pontos tratados pela Medicina Ortomolecular:

- Repor substâncias em falta no organismo;
- Eliminação de substâncias tóxicas;
- Aumento da concentração de determinadas substâncias;
- Combater o excesso de radicais livres.

Os radicais livres são moléculas, cuja principal fonte de formação é o oxigênio, que apresentam um número ímpar de elétrons em sua órbita externa, ou melhor, um elétron desemparelhado. A instabilidade faz com que as moléculas removam elétrons de outras substâncias a fim de se estabilizarem, mais causando com isso uma reação em cadeia que prejudica diversas estruturas celulares, identificada na Oxidologia como Estresse Oxidativo. Este tipo de estresse é originado de processos orgânicos, e se manifesta no indivíduo na forma de Estresse Químico, Emocional, Físico e Infeccioso, e por conseguinte aumenta o risco de se contraírem doenças. A Medicina Ortomolecular atua nestes casos buscando diminuir o estresse. Em resumo, ao se respirar, parte do oxigênio consumido é transformado em radicais livres - moléculas instáveis que podem lesar, via oxidação, todas as macromoléculas da célula.

HISTÓRICO

Alguns importantes fatos marcaram a história da Medicina Ortomolecular. Em 1900 descobriu-se o primeiro radical livre. Durante os 50 anos subseqüentes, se conheceu toda a sua química e em 1956, Denhan Harman publicou teoria sobre a toxicidade dos radicais livres e sua relação com o envelhecimento. Seus conceitos juntaram-se à descoberta de Joe McCord e Irwing Fridowich, que comprovaram a existência da SOD - Superóxido Dismutase, uma proteína produzida pelo corpo humano que funciona como antioxidante natural, inibindo a oxidação das células. No mesmo ano, Linus Pauling, apresentou à comunidade médica e científica a idéia de Medicina Ortomolecular. Nasceu então um novo conceito, baseado no Paradoxo do Oxigênio. Acredita-se que o estresse oxidativo está envolvido em inúmeras condições patológicas, fato que serviria de embasamento para as terapias antioxidantes.

FUNDAMENTOS DA MEDICINA ORTOMOLECULAR

A prática ortomolecular baseia-se:

- 1) Nos princípios propostos por Linus Pauling;
- 2) Na Nutrologia, especialidade médica que se preocupa com a qualidade

da alimentação, necessidades calóricas diárias, referentes a cada indivíduo e de acordo com a sua atividade física ou sua patologia pré-existente, repondo ou restringindo os nutrientes como proteínas, gorduras, açúcares, minerais, vitaminas, fibras e água, que sejam indispensáveis ao equilíbrio das reações químico-físicas de todo o organismo. O equilíbrio metabólico e energético é básico a todas as especialidades médicas. Das centenas de substâncias que entram nos processos metabólicos, todas são sintetizadas no organismo, com exceção de 47, chamadas nutrientes essenciais que deverão ser introduzidas prontas do meio externo, pela alimentação e ou suplementação. Esses nutrientes além da água e do oxigênio são:

Aminoácidos (9): Histidina, Leucina, Isoleucina, Lisina, Valina, Metionina, Fenilalanina, Treonina, Triptofano.

Ácido Graxo essencial (1): Ácido linoleico

Vitaminas (16): Tiamina(B1), Riboflavina(B2), Niacina(B3), Piridoxina(B6), Ácido fólico(B9), Cobalamina(B12), Ácido pantotênico, Biotina, Ácido para-aminobenzóico (PABA), Inositol, Colina, Ácido ascórbico (C), Retinol (A), Calciferol (D), Alfatocoferol (E), Menadiona(K)

Sais minerais (21): Sódio, Potássio, Cálcio, Fósforo, Magnésio, Manganês, Ferro, Cobre, Zinco, Selênio, Cromo, Iodo, Enxofre, Lítio, Boro, Flúor, Vanádio, Molibdênio, Ácido lipóico, Taurina, Bioflavonóides (rutina, hesperidina, quercetina)

3) No ambiente, detectando e corrigindo as intoxicações provenientes do ar, solo e água, assim como as substâncias ingeridas junto aos alimentos - conservantes, corantes, acidulantes, agrotóxicos, adoçantes e minerais tóxicos. Avaliando a poluição sonora e as fontes de radiações nocivas. Promovendo melhora do saneamento, condições de moradia e ambiente nos diversos tipos de trabalho.

TEORIA ORTOMOLECULAR

Dentro da Teoria Ortomolecular, acredita-se que os radicais livres (RL), com elétron não pareado na camada de valência, sejam os responsáveis, pelo menos em parte, por elevado número de doenças, abrangendo vários órgãos e sistemas. De todo o oxigênio disponível pela célula, 95% se transforma em energia, utilizada para fabricar substâncias vitais e mantê-la funcionando e viva. Os 5% restantes são transformados no metabolismo em radicais livres de oxigênio, ou como melhor chamados, de espécies reativas tóxicas de oxigênio: radical superóxido, peróxido de hidrogênio e radical hidroxila. Esses elementos são gerados no organismo desde o momento da concepção logo nos primeiros segundos de vida intra-uterina e a sua produção é contínua durante toda a nossa existência. Pela teoria, até os 40/45 anos o organismo consegue neutralizar esses 5% excedentes de radicais livres. Chega o dia que a produção de RL excede a sua degradação e sobrepuja os mecanismos de defesa naturais anti-radical, e de reparo celular e tem-se o início das alterações estruturais de proteínas, lipídeos, ácidos nucléicos e carboidratos, as quais culminam na lesão celular. Assim sendo, ocorre gradativamente, lesão de célula a célula, tecido a tecido, órgão a órgão, até chegarmos à instalação de doenças. Um dos mecanismos mais frequentes de lesão celular ocorre em nível de membrana no fenômeno conhecido como peroxidação lipídica. Acredita-se que está ficando cada vez mais difícil administrar os radicais livres e uma das razões é a crescente exposição do

organismo à metais tóxicos como o chumbo, o mercúrio, o cádmio, o alumínio, o níquel, etc, e à metais, considerados não tóxicos dependendo da sua concentração no organismo, como por exemplo, o ferro. Todos esses metais, particularmente o ferro, atuam como catalisadores, aumentando a geração dos radicais livres de oxigênio na reação chamada de Waber-Weiss. Outra dificuldade para a degradação dos radicais está no problema com a nutrição, pois os mecanismos de defesa anti-radical, tanto os enzimáticos quanto os não enzimáticos dependem do aporte adequado de nutrientes. A medicina ortomolecular propõe avaliar esses pacientes, desvendar as carências de nutrientes, por exemplo, com o emprego de tabelas de inquérito de sinais e sintomas ou através de inquérito alimentar e dos mineralogramas (anexo 1). Com isso, calcula-se as doses ótimas para esse indivíduo em particular, com determinada doença, idade, estado nutricional, moléstias associadas, etc. Administra-se o que está faltando ou realiza-se a sua quelação (depuração do agressor através da ligação do mesmo com um outro elemento específico).

FINALIDADES

Oferecer às células os elementos necessários ao seu metabolismo, com isso ela terá condições de produzir energia, fabricar substâncias vitais, degradar os radicais livres, agir nos mecanismos de reparo celular e de vigilância imunológica.

DISPOSITIVOS LEGAIS E SIMILARES

Procuramos nesta sessão expor várias condições que nortearam o juízo deste parecerista.

O Capítulo XII do Código de Ética Médica, em seu artigo 124, veda ao médico:

“Usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica, ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgão competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis conseqüências.”

O Conselho Federal de Medicina, em 1998, editou resolução que procura normatizar a prática Ortomolecular, porém não a valida como especialidade médica, sendo esta prática de inteira responsabilidade do médico que se propõe a este tipo de terapia. Segue o teor da resolução.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.500/98

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e regido pela Lei nº 9.649, de 27.5.1998, e

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

CONSIDERANDO que ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão;

CONSIDERANDO que é dever do médico guardar absoluto respeito pela saúde e vida do ser humano, sendo-lhe vedado realizar atos não consagrados nos meios acadêmicos ou ainda não aceitos pela comunidade científica;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso em nosso país, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis conseqüências;

CONSIDERANDO a crescente divulgação, entre a população, de novos métodos terapêuticos baseados no emprego de substâncias visando ao equilíbrio celular e a insuficiente comprovação científica de algumas dessas propostas;

CONSIDERANDO a existência de extensa literatura científica sobre radicais livres, substâncias antioxidantes e nutrição humana;

CONSIDERANDO a dificuldade da transposição de informações originadas de dados de experimentações realizadas em animais ou em sistemas, órgãos, tecidos e células isoladas para a prática clínica diária;

CONSIDERANDO os riscos potenciais de doses inadequadas de produtos terapêuticos tais como algumas vitaminas e certos sais minerais;

CONSIDERANDO a necessidade de definir limites de emprego, indicações e critérios científicos para a aplicação de procedimentos associados à prática ortomolecular;

CONSIDERANDO as contribuições emanadas do CREMESP e de Câmara Técnica composta por membros deste egrégio Conselho Federal, bem como de pesquisadores de várias especialidades científicas;

CONSIDERANDO, ainda, o que preceitua a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, contendo diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, e a Resolução nº 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com novos fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos;

CONSIDERANDO o teor das Portarias nºs. 32, 33 e 40/98 da Secretaria de Vigilância Sanitária, que estabelecem normas para níveis de dosagens diárias de vitaminas e minerais em medicamento e a utilização diária pelo usuário;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 26.8.98,

RESOLVE:

Art. 1º. Os termos prática ortomolecular, biomolecular e oxidologia, habitualmente empregados, serão considerados equivalentes referindo-se à área médica que visa atingir o equilíbrio das células e das moléculas do corpo humano por meio de intervenções terapêuticas.

Art. 2º. A prática Ortomolecular pressupõe o emprego de técnicas que possam avaliar quais nutrientes (vitaminas, minerais, ácidos graxos ou aminoácidos) possam, eventualmente, estar em falta ou em excesso no organismo humano por alteração de sua produção, absorção ou excreção.

Art. 3º. As técnicas mencionadas para essa avaliação e diagnóstico compreendem anamnese, exame físico e exames laboratoriais complementares, suficientemente sensíveis, reprodutíveis, precisos e de ampla aceitação científica, solicitados dentro de limites usuais razoáveis e estabelecidos.

Art. 4º. A identificação de alguma das deficiências ou excessos mencionadas só poderá ser atribuída a erro nutricional após terem sido investigadas e tratadas as doenças de base concomitantes.

Art. 5º. Medidas higiênicas e dietéticas não podem ser substituídas por nenhum tratamento medicamentoso.

Art. 6º. Os tratamentos da prática Ortomolecular devem obedecer aos seguintes postulados:

I) existência, em literatura médica, de fundamentação bioquímica e fisiológica e/ou de evidências clínico-epidemiológicas que indiquem efeito terapêutico benéfico;

II) existência de dados, em literatura, que sugiram maiores benefícios do que malefícios com os referidos tratamentos, particularmente de eventuais efeitos tóxicos;

III) informações clínico-epidemiológicas sobre eventuais benefícios terapêuticos obtidas de estudos observacionais - tipo caso-controle, coorte ou transversal ou experimentais não-randomizados - poderão ser tomadas como evidência científica apenas e tão somente enquanto não se detenham resultados de ensaios clínicos randomizados sobre a eficácia e a eficiência terapêutica considerada;

IV) o conjunto de ensaios clínicos randomizados de boa qualidade metodológica será tomado como a fonte de evidência científica e os seus resultados nortearão provisoriamente todos os aspectos biomédicos éticos, morais e profissionais relacionados aos referidos tratamentos;

V) nenhum tipo de matéria jornalística sobre estes tratamentos, mesmo que acompanhadas de citações científicas, serve como apoio a tratamentos médicos.

Art. 7º. Os tratamentos propostos pela prática Ortomolecular incluem:

I) correção nutricional e de hábitos de vida;

II) reposição medicamentosa das deficiências de nutrientes, de acordo com o art. 2º;

III) emprego terapêutico de vitaminas, sais minerais, ácidos graxos ou aminoácidos com finalidades de modular o "estresse oxidativo";

IV) remoção de minerais quando em excesso (ex.: ferro, cádmio) ou minerais tóxicos (ex.: chumbo, mercúrio, alumínio).

Art. 8º. A correção de hábitos nutricionais inadequados compreende a reorientação científica do uso de alimentos quanto a qualidade, quantidade, composição, balanceamento, ritmo, fracionamento e outros fatores da mesma natureza, não compreendendo o uso de suplementos vitamínicos, sais minerais, ácidos graxos ou aminoácidos.

Art. 9º. A correção de hábitos de vida inadequados consiste em promover hábitos saudáveis em relação a trabalho, lazer, bem-estar, convívio social e familiar, atividade física, objetivos de vida e a combater hábitos perniciosos tais como o tabagismo, excesso de álcool, a automedicação e uso de drogas que provoquem dependência.

Art. 10. A reposição medicamentosa de comprovadas deficiências de nutrientes se fará de acordo com os seguintes parâmetros:

I) em princípio, a deficiência deve ser considerada isoladamente para cada nutriente e não em conjunto com outros, exceto para os nutrientes interdependentes (ex: cálcio, magnésio);

II) existência denexo causal entre a reposição de nutrientes - considerada especificamente - e a prevenção de manifestações clínicas indicativas de doenças ou associadas com redução da qualidade de vida ou ocorrência de morte mais precoce.

Art. 11. O emprego terapêutico de vitaminas, sais minerais, ácidos graxos ou aminoácidos com a finalidade de modular o “estresse oxidativo” deve obedecer ao seguinte princípio: o valor terapêutico de cada uma das substâncias químicas mencionadas deverá ser avaliado para cada tipo de evento mórbido.

Art. 12. A remoção de minerais quando em excesso ou de minerais tóxicos se fará de acordo com os seguintes princípios:

I) o excesso de cada mineral ou a presença de mineral tóxico deverá ser considerado isoladamente e não em conjunto com o de outros;

II) existência, na literatura médica, de ampla fundamentação bioquímica e fisiológica sobre o efeito deletério do excesso do mineral considerado ou do mineral tóxico no nível detectado, bem como de dados que comprovem a possibilidade de correção efetiva por meio da remoção proposta;

III) além da melhora dos parâmetros laboratoriais, deverá haver comprovação

científica objetiva de utilidade clínica;

IV) o valor terapêutico da remoção de um determinado mineral deverá ser avaliado para cada tipo de distúrbio considerado.

Art. 13. São métodos destituídos de comprovação científica suficiente quanto ao benefício para o ser humano sadio ou doente e, por essa razão, proibidos de divulgação e uso no exercício da Medicina os procedimentos de prática Ortomolecular, diagnósticos ou terapêuticos, que empregam:

I) megadoses de vitaminas;

II) antioxidantes para melhorar o prognóstico de pacientes com doenças agudas ou em estado crítico;

III) quaisquer terapias ditas antienvhecimento, anticâncer, antiarteriosclerose ou voltadas para patologias crônicas degenerativas;

IV) EDTA para remoção de metais pesados fora do contexto das intoxicações agudas;

V) EDTA como terapia antienvhecimento, anticâncer, antiarteriosclerose ou voltadas para patologias crônicas degenerativas;

VI) análise de fios de cabelo para caracterizar desequilíbrios bioquímicos;

VII) vitaminas antioxidantes ou EDTA para genericamente “modular o estresse oxidativo”.

Art. 14. O Conselho Federal de Medicina providenciará, dentro de suas atribuições legais, a reavaliação periódica da metodologia científica envolvida, mediante a nomeação de Câmara técnica a ser instalada no prazo de 30 (trinta) dias.

Parágrafo único - A reavaliação referida no “caput” deste artigo será baseada em pareceres escritos emitidos por Comissões “ad hoc”, constituídas por membros do Conselho Federal de Medicina, por especialistas na área da Pesquisa Clínica, Preventiva, Social, Epidemiológica e por especialistas de outras áreas interessadas no tema.

Art. 15. Qualquer indicação ou prescrição de medida terapêutica da prática Ortomolecular é de exclusiva competência e responsabilidade do médico.

Art. 16 - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
Brasília-DF, 26 de agosto de 1998.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Mato Grosso do Sul, emitiu parecer (**Parecer CRM/MS nº 30/2003**) sobre: "Tratamento médico à base da Medicina Ortomolecular e os Planos de Saúde", após questionamento da Unimed de Campo Grande. Em sua fundamentação o parecerista cita: A normatização sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde está contida na Lei n.º 9656 de 03 de junho de 1998, que em seu artigo 10 enumera as situações que determinam a obrigatoriedade ou não da assistência ao usuário. Em seu inciso IX temos: "Tornam-se desobrigados os planos de saúde em dar cobertura nos tratamentos ilícitos e anti-éticos assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes." Conclui, portanto, que: as instituições prestadoras de planos de saúde, com base na Lei nº 9.656/98, têm o direito de não acolher tratamento médico por falta de amparo na experimentação científica reconhecida pelos órgãos competentes.

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

publicada no DO de 04/06/98

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

Art. 10. É instituído o plano ou seguro-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem ou centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente;

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

Outro dado relevante foi o fato de encontrarmos nos sites institucionais do Governo Brasileiro, contratos de planos de assistência à saúde, com referência a terapia ortomolecular, regulamentados junto a ANS, como o transcrito em trechos, logo abaixo:

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO

Secretaria de Recursos Humanos

Coordenação de Seguridade Social e Benefícios do Servidor

TERMO DE REFERÊNCIA BÁSICO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

4. EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1) Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas

na citada Lei e no item 3.1 deste Termo de Referência Básico, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Termo e os provenientes de:

4.1.1 tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

4.1.12 tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

4.1.16 necropsias, **medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo**; (grifo nosso)

4.1.20 especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Atualmente quando se fala em consensos, protocolos, recorremos as séries de Medicina Baseada em Evidências, devido a sua metodologia e menor contaminação de interesses. Nesta sessão procuramos algumas diretrizes sobre o assunto, inclusive com pesquisa em outros países. Infelizmente não temos uma Diretriz do Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira, porém encontramos este estudo abaixo, publicado nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia, que bem resume o que se encontra na literatura.

Medicina Ortomolecular Baseada em Evidência

Luís Beck da Silva Neto, Jorge Pinto Ribeiro

Porto Alegre, RS

A expectativa em torno dos antioxidantes e seus potenciais benefícios à saúde estende-se há décadas. Inicialmente, havia evidências observacionais de que pessoas que consumiam mais frutas e verduras apresentavam menores riscos de câncer e de doenças cardiovasculares ¹. Na busca de explicações para este fato, observou-se que substâncias contidas nas frutas e verduras poderiam diminuir a oxidação passiva de moléculas de DNA e, com isso, diminuir a probabilidade da transformação inapropriada das células ². Também as lipoproteínas de baixa densidade (LDL), quando submetidas a dano oxidativo, tornar-se-iam mais aterogênicas ³. Posteriormente, o conhecimento evoluiu para o ponto de dispormos de grandes estudos observacionais que avaliaram a associação entre vitaminas antioxidantes e doença coronária ^{4,5}, sugerindo potencial benefício do emprego de altas doses de vitamina E, mas não de vitamina C.

É característica dos estudos observacionais a capacidade de estabelecer associações entre uma exposição e uma doença. Associações estas que, independentemente do grau de significância estatística, não podem estabelecer causalidade ⁶. É preciso ficar clara a necessidade de ensaios clínicos para embasar condutas clínicas preventivas de saúde. O conceito atual de medicina baseada em evidência indica que as recomendações para os pacientes precisam estar provadas sobre o seu real benefício ^{7,8}. No caso dos suplementos vitamínicos, havia, até aqui, uma evidência epidemiológica e uma explicação plausível para o fato. No entanto, faltava qualquer comprovação da relação causa-efeito entre o uso de antioxidantes e doenças cardiovasculares.

Sem perder tempo, a indústria de produtos alimentícios despejou no mercado, inicialmente americano, toneladas de suplementos vitamínicos de todos os tipos com a mensagem de melhorar a saúde e diminuir riscos. Isto se deu com certa permissividade, em vista de serem as vitaminas submetidas à legislação de alimento e não estarem sujeitas ao rígido escrutínio reservado às novas drogas. Nos Estados Unidos da América, dezenas de milhões de dólares foram gastos com esta crença ². Em nosso país, um apreciável número de médicos tem recomendado altas doses de suplementos vitamínicos com objetivos de prevenção primária e secundária, estabelecendo na prática a chamada medicina ortomolecular ^{9,10}. Esta abordagem parecia atrativa, mas não dispunha, até o momento, de qualquer comprovação de eficácia baseada em ensaios clínicos. Entretanto, resultados recentemente publicados permitem um posicionamento contemporâneo para aqueles que optam por praticar a medicina baseada em evidência.

Até o momento, a evidência mais consistente que dispúnhamos sobre efeitos de antioxidantes era do ATBC Cancer Prevention Trial ¹¹. Este foi um ensaio-clínico randomizado, duplo-cego, com seguimento de 29.133 homens fumantes por cinco a oito anos, que demonstrou ausência de efeito protetor de vitamina E e beta-caroteno na incidência de câncer de pulmão e outros cânceres. Os resultados desse ensaio sugerem a hipótese de que estes suplementos poderiam, inclusive, ser deletérios. Outros estudos menores, como o Polyp Prevention ¹², ensaio-clínico que testou as vitaminas C e E na recorrência de adenomas de cólon e reto, reforçam estes resultados. Além disso, o potencial teratogênico da vitamina A foi sugerido por uma grande coorte ¹³.

Entretanto, dois ensaios clínicos e um estudo de coorte recentemente publicados apresentam dados muito interessantes. O primeiro arrolou 22.071 pessoas (todos médicos) saudáveis, entre 40 e 84 anos e randomizou os indivíduos para receberem 50mg de beta-caroteno em dias alternados ou placebo. Após 12 anos de seguimento, foi constatado que a incidência de câncer de pulmão, de câncer em geral, de doenças cardiovasculares e, enfim, a mortalidade, foi idêntica nos dois grupos ¹⁴. O segundo ensaio-clínico envolveu 18.314 fumantes, ex-fumantes e trabalhadores expostos ao asbesto, que foram randomicamente alocados para receber uma combinação de beta-caroteno (30mg por dia) e vitamina A (25.000UI de retinol por dia) ou placebo, tendo como desfechos a incidência de câncer de pulmão e doenças cardiovasculares ¹⁵. Este ensaio, além de não mostrar qualquer benefício no uso de beta-caroteno, demonstrou uma significativa associação positiva entre o uso de vitamina A e câncer de pulmão (risco relativo de 1,28, com intervalos de confiança de 95% de 1,04 - 1,57; $p=0,02$). Portanto, vitamina A poderia aumentar o risco para câncer de pulmão, se tomada regularmente em suplementos vitamínicos, por pessoas sem déficit vitamínico, que sejam fumantes ou expostas ao asbesto. O estudo de coorte de mulheres pós-menopáusicas ¹⁶, recentemente publicado, lança alguma luz no entendimento dos resultados negativos dos ensaios clínicos citados. Este estudo examinou a dieta (e não os suplementos vitamínicos), como preditiva do risco de morte cardiovascular, mostrando que as mulheres que ingerem mais vitaminas A, C e E nas suas dietas têm menor risco de doença cardiovascular. Porém, o uso de suplementos vitamínicos não ofereceu o mesmo benefício. É possível que as vitaminas contidas nas frutas e verduras sejam meras marcadoras de benefício, mas não

propriamente as responsáveis pela proteção. O consumo de frutas, provavelmente por estar associado a um estilo de vida saudável e uma postura que reflete uma vontade de viver, pode trazer benefício a estas mulheres, mas isto não se deve, necessariamente, às vitaminas A ou E ou C.

Outras pesquisas serão necessárias para melhor elucidar estes fatos. Entretanto, mais uma vez, conclui-se que os suplementos vitamínicos carecem de propriedades protetoras. Há, no entanto, uma exceção: a administração de vitamina E a pacientes com cardiopatia isquêmica documentada pode diminuir a incidência de infartos do miocárdio,¹⁷ o que foi demonstrado pelo ensaio-clínico CHAOS, no qual 2.002 pacientes foram randomizados para receber 400 a 800mg de vitamina E ou placebo por uma média de 510 dias. Nesse ensaio houve uma redução de 47% (risco relativo de 0,53; com intervalos de confiança de 95% de 0,34-0,83; p=0,005) na incidência de infartos fatais e não fatais no grupo tratado em comparação ao grupo placebo. Este foi o primeiro ensaio-clínico randomizado que mostrou benefício de uma vitamina antioxidante neste contexto. Entretanto, é importante ressaltar que estes resultados não podem ser extrapolados para pacientes sem evidência de doença coronária, que, por consistirem grupo de menor risco, possivelmente obtenham menor benefício.

Portanto, a avaliação crítica da literatura científica disponível, na forma de ensaios clínicos randomizados, permite dizer que os cardiologistas já podem praticar o que chamaríamos de medicina ortomolecular baseada em evidência. Até que outros estudos sejam divulgados, a vitamina E pode ser prescrita para pacientes com doença aterosclerótica coronária estabelecida. Qualquer outro tipo de prescrição de suplementos vitamínicos, com objetivo de prevenção primária ou secundária, é desprovido de confirmação científica e, em algumas situações, poderá aumentar o risco.

Referências no anexo 2.

A American Cancer Society manifesta através de seu portal na Internet que vários estudos mostraram que a utilização de suplementos não são tão efetivos na prevenção do câncer, quanto a ingestão de alimentos que contenham as vitaminas e minerais necessários. Isto se deve ao fato de que os alimentos apresentam outros nutrientes necessários além daqueles estudados e também pela combinação deles, bem como outros fatores.

O U.S. Department of Health & Human Services, principal órgão governamental dos Estados Unidos para a proteção da saúde de sua população, em seu setor de Medicina Baseada em Evidências, apresenta várias revisões sobre a complementação de vitaminas, antioxidantes, bem como outros nutrientes. Separamos algumas neste momento, devido apresentar maior relevância clínica.

CANCER (2003)

“ Dados epidemiológicos suportam uma relação entre consumo de alimentos ricos em antioxidantes e diminuição das taxas de câncer. No entanto, os ensaios controlados randomizados (RCTs) aqui analisados falharam em apoiar a hipótese de que a suplementação de antioxidante ajuda a prevenir câncer”.

DOENÇAS CARDIOVASCULARES (2003)

“Os estudos científicos disponíveis oferecem pouca evidência de que a suplementação com vitamina C, vitamina E, ou coenzima Q10 tem uma vantagem sobre a prevenção ou tratamento de doenças cardiovasculares. Na verdade, para a

vitamina E e vitamina C, há boas evidências de que a suplementação com doses testadas não prevê qualquer benefício em termos de mortalidade por todas as causas de mortalidade cardiovascular. No que diz respeito à coenzima Q10, a evidência disponível é muito menor, em termos de grandes ensaios randomizados. Portanto, nossas conclusões são menos definitivas. O máximo que pode ser concluído neste momento é que não há evidências conclusivas para apoiar ou refutar um efeito da coenzima Q10 sobre as doenças cardiovasculares”.

DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS DA IDADE (2006)

“As vitaminas B1, B2, B6, B12 e folato, e uma dúzia de tipos de berries e seus componentes foram avaliados. Humanos, animais, e estudos in vitro foram avaliados. A atual investigação sobre vitaminas B é largamente insuficiente para avaliar a sua confiança e os mecanismos de ação relacionados com a idade neurocognitivas e seus transtornos, as suas associações com a doença, ou a sua eficácia como suplementos.”

COMPLEXOS MULTIVITAMÍNICOS E MINERAIS PARA A PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS (2006)

“O uso de multivitaminas / minerais cresceu rapidamente nas últimas décadas, e os complementos alimentares são atualmente utilizados por mais da metade da população adulta nos Estados Unidos. A utilização de complementação multivitamínica / mineral pode prevenir câncer em indivíduos com mau estado nutricional, porém isto não pode ser generalizado para toda a população dos Estados Unidos. A complementação não confere nenhuma vantagem na prevenção de doenças cardiovasculares ou catarata, e podem impedir avançada degeneração macular relacionada à idade apenas em indivíduos de alto risco. A qualidade global e a quantidade de literatura sobre a segurança dos complementos multivitamínicos / mineral é limitada.”

O Departamento de Saúde Pública da Suécia, em 1996, publicou um estudo de revisão, de aproximadamente 700 páginas, que concluiu que não existe evidência científica para o uso de agentes antioxidantes, além daqueles adquiridos em uma dieta adequada, na tentativa de se prevenir doenças. Este estudo serviu de base para os trabalhos do Comitê de Avaliação de Medicamentos Complementares da Austrália, que apresentou opinião semelhante.

Um estudo Francês testou a eficácia de uma suplementação dietética com a combinação de antioxidantes, vitaminas e minerais, na redução da incidência de câncer e doenças cardiovasculares entre 13.017 franceses adultos. Havia 7.876 mulheres com idade entre 35 e 60 anos, e 5.141 homens com idade entre 45 e 60 anos incluídos no estudo. Os participantes foram randomizados para receber a suplementação ou placebo, sendo seguidos por 7 anos e meio na média. O estudo não demonstrou haver diferença estatística entre os dois grupos, no que se refere à diminuição de incidência de câncer, doença cardiovascular e causas de morte. Entretanto se evidenciou uma diferença específica nos homens, no que se refere à possibilidade de diminuição da taxa de câncer.

O National Heart Foundation of New Zealand's Nutrition Advisory Committee, em 1999 concluiu em seu estudo de evidência sobre o estado nutricional que a recomendação para a população em geral continua ser a de melhorar a

qualidade e variedade alimentar, para adequar o ganho vitamínico e mineral. Não existe suporte científico para a utilização de suplementações vitamínicas.

Um importante estudo de revisão sistemática e meta análise, publicado agora em 2008, realizado na Mayo Clinic, em Rochester nos Estados Unidos, sobre a eficácia da suplementação de antioxidantes na prevenção da incidência e mortalidade por câncer, concluiu que:

“A suplementação de antioxidantes não reduziu significativamente a incidência total de câncer, a incidência de qualquer local específico de câncer, ou sua mortalidade. A suplementação de beta caroteno foi associada a um aumento na incidência de câncer entre os fumantes e com uma tendência de aumento da mortalidade por câncer.”

A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade – ABESO, notando as promessas feitas através de dietas baseadas na Medicina Ortomolecular, emitiu uma nota pública de esclarecimento indicando que:

- 1) Não existe a especialidade Medicina Ortomolecular;
- 2) Não existem evidências científicas de que dietas à base de tratamento ortomolecular sejam eficazes a curto ou a longo prazo;
- 3) A resolução do Conselho Federal de Medicina 1500/98 em seu artigo 13 é clara:

RESOLUÇÃO CFM Nº 1500/98

Art. 13. São métodos destituídos de comprovação científica suficiente quanto ao benefício para o ser humano sadio ou doente e, por essa razão, proibidos de divulgação e uso no exercício da Medicina os procedimentos de prática Ortomolecular, diagnósticos ou terapêuticos, que empregam:

- I) Megadoses de vitaminas;
- II) Antioxidantes para melhorar o prognóstico de pacientes com doenças agudas ou em estado crítico;
- III) Quaisquer terapias ditas antienvelhecimento, anticâncer, antiarteriosclerose ou voltadas para patologias crônicas degenerativas;
- IV) EDTA para remoção de metais pesados fora do contexto das intoxicações agudas;
- V) EDTA como terapia antienvelhecimento, anticâncer, antiarteriosclerose ou voltadas para patologias crônicas degenerativas;
- VI) Análise de fios de cabelo para caracterizar desequilíbrios bioquímicos;
- VII) Vitaminas antioxidantes ou EDTA para genericamente “modular o estresse oxidativo”.

A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia e a ABESO são entidades oficiais, reconhecidas pelos seus órgãos reguladores e se sentem na obrigação de proteger a população contra falsas informações, falsas propagandas e falsos produtos que colocam vidas em risco.

CONCLUSÃO

Concluindo este parecer, passamos a responder as questões levantadas pela consulente:

1) No que consiste a prática da Medicina Ortomolecular ?

Já amplamente respondida no início do corpo da fundamentação.

2) Qual a situação da mesma perante o Conselho ?

Não existe registrada a especialidade de Medicina Ortomolecular, portanto esta prática não é reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina. A Resolução 1.500/1998 exposta no texto deixa claro as normativas em relação ao assunto. A Sociedade Brasileira de Medicina Ortomolecular não é filiada a Associação Médica Brasileira.

3) Existe alguma evidência científica da validade deste tratamento ?

Analisando todo o extenso material pesquisado, em vários países, podemos afirmar sem dúvida, de que não existe até o presente momento embasamento científico para a prática da Medicina Ortomolecular, nos moldes que ela é realizada atualmente. (Anexo 2)

4) Como fica o papel da Operadora de Saúde quanto a cobertura deste tipo de terapia ?

Como bem expressa a lei 9656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, o Plano de Saúde não é obrigado a cobrir este tipo de terapia, em toda a sua complexidade (consulta, exames e tratamento), visto que a mesma não apresenta embasamento científico que sustente a sua utilização, portanto estando no estado experimental e especulativo, bem como não apresenta reconhecimento do Conselho Federal de Medicina.

É o parecer.

Curitiba, 05 de abril de 2008.

Alexandre Gustavo Bley
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 026/2008

Parecer CRMPR N°. 1929/2008

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 05/04/2008 - Câmara II

TEMPO DE GUARDA DE DOCUMENTOS MÉDICOS DO PACIENTE SÃO INTEGRANTES DO PRONTUÁRIO

Roseni Teresinha Florêncio*

EMENTA - Os laudos dos exames realizados no paciente, por profissionais médicos passam a integrar o prontuário do paciente; portanto, devem seguir as normas estabelecidas pelo CFM, para a guarda e manuseio desses dados.

Palavras-chave: laudo de exame médico, tempo de guarda, hospitalar, ambulatorial, prontuário, arquivo

PATIENT MEDICAL DOCUMENTS KEEPING TIME IS PART OF MEDICAL RECORDS

Key words: medical examination judgment , keeping time, hospital, ambulatory, medical record, archives

CONSULTA

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

"Olá, gostaria de saber do CRM quanto tempo devemos guardar laudos de exames (Eco Doppler) em nossos arquivos, pois sabemos que de hospital são 10 anos e os nossos? Obrigado, aguardo sua resposta."

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

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

O médico deve se empenhar para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir a sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

A Ultra-sonografia é um procedimento diagnóstico para o qual se torna indispensável o conhecimento de anatomia, fisiopatologia e experiência clínica.

É da exclusiva competência do médico a execução e a interpretação do exame ultra-sonográfico em seres humanos, assim como a emissão do respectivo laudo. É dessa forma que estabelece a Resolução do CFM Nº 1.361/92, a respeito da realização e emissão dos laudos nos exames ultrasonográficos.

* Conselheira Parecerista CRMPR.

Realizado o exame e emitido o laudo, esse passa a ser um resultado técnico, que integrará o prontuário médico do paciente. O prontuário do paciente é um documento de manutenção permanente. Cabe à Instituição que atende o paciente, seja pública ou privada, ou mesmo no consultório, o dever da guarda de todo e qualquer documento que fizer parte desse prontuário.

Ainda, o prontuário e seus respectivos dados pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que quando solicitado por ele ou seu representante legal permita o fornecimento de cópias autênticas das informações pertinentes.

Preocupados com a real necessidade de se estabelecer normas claras em relação à guarda e preservação do prontuário do paciente, o CFM publicou a Resolução de nº 1821/07, pois é crescente o volume de documentos armazenados pelos vários tipos de estabelecimentos de saúde, conforme definição de tipos de unidades do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, do Ministério da Saúde.

Nessa Resolução, o CFM aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.

Para isso ser possível, foi elaborado o *Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde*, conforme convênio, pelo Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde. Esse Manual foi aprovado na Resolução acima citada.

A autorização legal para eliminar o papel depende de que os sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos prontuários de pacientes atendam integralmente aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no referido manual.

No Artigo 2º da Resolução cita: “Autorizar a digitalização dos prontuários dos pacientes, desde que o modo de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça a norma específica de digitalização contida nos parágrafos abaixo e, após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários, as normas da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo”.

Na seqüência, o Artigo 3º diz “Autorizar o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação identificada em saúde, eliminando a obrigatoriedade do registro em papel, desde que esses sistemas atendam integralmente aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde”

No caso de microfilmagem, os prontuários microfilmados poderão ser eliminados de acordo com a legislação específica que regulamenta essa área e após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo. Isso consta no Artigo 6º da mesma Resolução.

É importante ainda citar os Artigos 7º e 8º, como seguem:

Artigo 7º: “Estabelecer a guarda permanente, considerando a evolução tecnológica, para os prontuários dos pacientes arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado”.

Artigo 8º: “Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários dos pacientes em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

CONCLUSÃO

Dessa forma, concluo que os serviços de exames complementares devem seguir as mesmas regras estabelecidas para os prontuários dos pacientes, especialmente por entender que todos os laudos de exames complementares emitidos pelos médicos são parte integrante desse prontuário.

É o parecer.

Curitiba, 10 de abril de 2008.

Roseni Teresinha Florêncio
Cons^ª. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 039/2008
Parecer CRMPR N°. 1933/2008
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 28/04/2008 - Câmara II

RETIFICAÇÕES

**Atenção às Correções nos “Arquivos” nº 97/2008,
Resolução CRMPR nº 154/2008,
P. 21**

Onde lê: “Delegacia Regional Metropolitana”
Correto é: “Representação Regional Metropolitana”

**Resolução CRMPR nº 155/2008,
P.24**

Onde lê: Delegacia Regional do Litoral”
Correto é: “Representação Regional do Litoral”

P.55

Onde lê: “Processo-Consulta CRMPR 065/2007 - Parecer CRMPR 1860/2007”
Correto é: “Processo-Consulta CFM 1444/2006 - Parecer CFM 02/2007”

TERMOMETRIA CUTÂNEA: INDICAÇÕES, USO E EFEITOS COLATERAIS. RESPONSABILIDADE

Alexandre Gustavo Bley*

EMENTA - Termometria Cutânea – Envio de resultado de exame por internet.

Palavras-chave: termografia, termometria, responsabilidade, uso, efeitos, credenciamento, ética, internet, prontuário médico

CUTANEOUS THERMOMETRY - INDICATIONS, USE, AND SIDE EFFECTS, RESPONSIBILITY

Key words: thermography, thermometry, responsibility, use, effects, accreditation, ethics, internet, medical record

CONSULTA

O Dr. M. L. B., faz os seguintes comentários a este Conselho, reproduzidos em trechos:

“Considerando que a termometria cutânea consta na Tabela de Procedimentos Médicos da Associação Médica Brasileira/AMB (39.01.007-4) e Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos/CBHPM (41.50.11.36), complementando o exame clínico, portanto, parte integrante do diagnóstico médico em diversas síndromes, segundo literatura científica anexa.

Considerando que o método diagnóstico termometria cutânea é previsto pela:

1. Associação Médica Brasileira/AMB
2. Agência Nacional de Saúde/ANS

Considerando que a termometria cutânea, segundo a literatura científica anexa, possibilita avaliação diagnóstica em muitas especialidades.

Considerando que a termometria cutânea é realizada em centros universitários e clínicas especializadas do nosso país.

Diante do exposto, duas questões se apresentam a elevada consideração desse Egrégio Colegiado, para as quais, se solicita a seguinte consulta:

1. Existe qualquer impedimento ético em sua realização quando solicitado e realizado exclusivamente por profissional médico habilitado ?

2. Os resultados destes exames podem ser fornecidos pela Internet para o paciente desde que com senha exclusiva que preserve o sigilo profissional e sua privacidade ?”

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

O médico anexou inúmeros artigos científicos e capítulos de livros para nosso conhecimento.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Existe uma confusão quanto ao que se denomina Termometria e Termografia. A Termometria cutânea é simplesmente a medida da temperatura cutânea de alguma parte do corpo. Podemos definir a Termografia como sendo uma técnica de inspeção, que tem como base a detecção da radiação infravermelha, que é emitida naturalmente pelos corpos com intensidade proporcional a sua temperatura, permitindo-se efetuar medições de temperaturas, sem contato físico com o local inspecionado. Os resultados são apresentados em forma de imagens térmicas, denominados “Termogramas” (Imagem Térmica Digital), que permitem uma análise do momento.

A Termografia é amplamente utilizada na manutenção “Preventiva e Preditiva” em diversos segmentos, tais como: indústrias metalúrgicas, químicas, têxteis, siderúrgicas, plásticos, cimento, petroquímicas, papel e celulose, condomínios comerciais e residenciais, focando nas áreas elétrica, mecânica e térmica. Vem sendo utilizada na Medicina, há alguns anos, em várias áreas, porém sem que haja um consenso no meio científico.

Nas tabelas médicas, temos código específico para Termometria cutânea e não Termografia, porém um dos métodos capazes de medir a temperatura cutânea seria a Câmera Termográfica. Portanto nada impede que o consulente meça a temperatura da pele de um paciente com este tipo de aparelho. A Termometria cutânea já foi motivo de parecer desta casa, em 2005, com o Processo Consulta 067/2005, de lavra da ilustre Conselheira Dra. Ewalda Von Rosen Seeling Sthalke. (anexo)

Quanto ao segundo questionamento, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) emitiu a Resolução nº 97, de 20 de fevereiro de 2001, cujo anexo transcrito abaixo, vem de encontro ao que o consulente questiona quanto aos resultados de exames.

MANUAL DE PRINCÍPIOS ÉTICOS PARA SITES DE MEDICINA E SAÚDE NA INTERNET

A veiculação de informações, a oferta de serviços e a venda de produtos médicos na Internet têm o potencial de promover a saúde, mas também podem causar danos a internautas, usuários e consumidores.

As organizações e os indivíduos responsáveis pela criação e manutenção dos sites de Medicina e Saúde devem oferecer conteúdo fidedigno, correto e de alta qualidade, protegendo a privacidade dos cidadãos e respeitando as normas regulamentadoras do exercício ético profissional da Medicina.

ENVIO DE EXAMES E PRONTUÁRIOS MÉDICOS

Procedimento cada vez mais comum é o envio de resultado de exames diagnósticos (radiografias, exames de sangue, de urina e outros) pela Internet. Para evitar a quebra de sigilo e de privacidade, quem envia as informações deve tomar precauções técnicas adicionais, como o uso de criptografia ou de servidores especiais que barram a entrada de quem não está autorizado.

O paciente que recebe o exame por e-mail deve estar atento para que ninguém, além do seu médico, tenha acesso à correspondência. O exame deve ser interpretado somente na presença do médico.

CONCLUSÃO

Concluo, respondendo pontualmente as questões formuladas:

1. Não, visto que a Termometria está contemplada nas tabelas médicas, fazendo parte do arsenal diagnóstico.

2. Podem, se seguidas às normas técnicas de segurança em transmissão de dados via Internet.

É o parecer.

Curitiba, 21 de abril de 2008.

Alexandre Gustavo Bley
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 051/2008
Parecer CRMPR N°. 1931/2008
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 28/04/2008 - Câmara I

PAÍS AUTORIZA OPERAÇÃO DE TROCA DE SEXO

Da France Presse

Cuba autorizou ontem cirurgias de mudança de sexo, em mais um sinal de superação do passado homofóbico da ilha, cujo código penal punia demonstrações públicas de homossexualidade até 1988.

A medida é parte de um programa de assistência aos transexuais, que será coordenado pelo Cenosex (Centro Nacional de Educação Sexual), dirigido pela sexóloga Mariela Castro Espín, filha do líder máximo cubano, Raúl Castro. Uma equipe de médicos cubanos treinada por especialistas europeus realizará as cirurgias no sistema de saúde pública.

“A revolução ratifica sua vontade de seguir eliminando qualquer forma de discriminação”, disse em entrevista à revista “Bohemia” Mariela Castro. Ativista pela diversidade e educação sexual, ela conquistou a bênção em sua luta contra a discriminação. Neste ano, pela primeira vez, os eventos do Dia Mundial Contra a Homofobia (17 de maio) tiveram chancela oficial.

Transcrito da Folha de São Paulo, 07/06/2008.

VASECTOMIA

Raquele Rotta Burkiewicz*

EMENTA - Planejamento Familiar - Condições para o médico autorizar/realizar o procedimento da Vasectomia.

Palavras-chave: vasectomia, esterilização voluntária, condições

VASECTOMY

Key words: vasectomy, voluntary sterilization, conditions

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente, Dr. F. B. C. pergunta a este Conselho o seguinte:

“Há necessidade de realizar vasectomia em paciente maior de 25 anos com apenas um filho?”

Faz o questionamento devido a dúvida que teve com relação a redação da portaria 9263/96 e a Resolução CES Nº 1/99.

A lei 9263/96 em seu artigo 10 de 12/1/1996 que regula o parágrafo 7º da constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

Estabelece que:

A esterilização voluntária só é permitida nas seguintes condições:

l) Em homens com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico;

A Resolução da SES 01/99 em seu artigo 1º diz em seu artigo 1º, item VII:

Somente será permitida a esterilização voluntária em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade com pelo menos dois filhos vivos;

A prefeitura de Curitiba estabelece em seu programa de planejamento familiar que:

* Conselheira Parecerista CRMPR.

Somente será permitida a esterilização em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos, com pelo menos dois filhos.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Para a consulta tenho a aduzir o seguinte:

Quaisquer das determinações expostas acima são claras em afirmar que a esterilização voluntária deve somente ser praticada em homens e mulheres com 25 anos ou mais e com pelo menos dois filhos.

A interpretação que o consulente dá à lei 9263/96 "maiores de 25 anos ou, pelo menos dois filhos vivos", podendo entender que se tiver menos de 25 anos, mas com dois filhos pode fazer a esterilização não é correta, assim como não é correta a interpretação de que em homens com mais de 25 anos e apenas um filho também não é.

O caso concreto que foi apresentado é de um homem com mais de 25 anos e com um filho apenas não preenchendo os requisitos da lei quanto ao número de filhos.

É o parecer.

Curitiba, 09 de março de 2007.

Raquele Rotta Burkiewicz
Cons^ª. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 003/2008
Parecer CRMPR N°. 1909/2008
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/02/2008 - Câmara III

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA E NORMAS MÍNIMAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Maurício Marcondes Ribas*

EMENTA - Unidade de Terapia Intensiva e Plantão Médico.

Palavras-chave: anestesia, pós anestesia, sala de recuperação, condições mínimas, legislação, segurança, plantão médico, Resolução CFM Nº 1363/93, Unidade de Terapia Intensiva

POSTANESTHETIC RECOVERY ROOM AND MINIMAL NORMS FOR PATIENT SAFETY

Key words: anesthesia, post anesthesia, recovery room, minimal conditions, legislation, safety, medical duty, Resolution no. 1363/93, intensive care unit

CONSULTA

Em consulta feita por e-mail a este Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente D. R. S., do Hospital M. C. R., apresenta questionamentos sobre Unidade de Terapia Intensiva e Plantão Médico.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Para melhor esclarecimento dividiremos o parecer em duas partes uma vez que houve dois questionamentos distintos.

I Parte

“O Hospital M. C. R. mantém uma unidade de cuidados intermediários com 3 leitos anexa ao centro cirúrgico; a unidade é destinada à recuperação pós-anestésica de pacientes cirúrgicos sempre que indicado. Considerando que o hospital é uma unidade de pequeno porte esta instalação é pouco utilizada e o corpo clínico não tem médico intensivista, faço o seguintes questionamentos:

1) Quais as resoluções que disciplinam a composição da equipe de profissionais que atendem pacientes em uma unidade deste porte?

2) Há obrigatoriamente a necessidade de médico intensivista no local permanentemente? ”

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

Nas perguntas em questão parece estar havendo uma confusão entre o que seja uma sala de recuperação anestésica e uma unidade de terapia intensiva. Inicialmente vamos conceituá-las:

A Resolução 1363/93 normatiza as condições mínimas de segurança em anesthesiologia. A portaria 400 de 06/12/1977, do Ministério da Saúde prevê sala de recuperação pós anestésica para a unidade do centro cirúrgico.

Artigo 1, parágrafo V - "todas as conseqüências do ato anestésico são de responsabilidade direta e pessoal do médico anesthesiologista"

Artigo 2, parágrafo VI - "todo paciente após a cirurgia deverá ser removido para a sala de recuperação pós anestésica, cuja capacidade operativa deve guardar relação direta com a programação do centro cirúrgico"

Parágrafo VIII "os critérios de alta do paciente no período de alta do paciente no período de recuperação pós anestésica são de responsabilidade intrasferível do anestesista"

Com relação as Unidades de Terapia Intensiva:

A Portaria 3432 do Ministério da Saúde de 12/08/98 estabelece critérios para a classificação das UTIS, classificando-as em tipo I, II e III, sendo que as UTIS cadastradas pelo SUS até a data da portaria foram classificadas como tipo I, sendo que as unidades que comprovarem o cumprimento de especificações do anexo desta portaria poderão ser credenciadas pelo gestor como sendo do tipo II e III de acordo com as necessidades de assistência da localidade onde estão inseridas. Tal portaria afirma ainda que a partir da publicação da mesma, serão cadastradas somente unidades dos tipos II e III.

O item 2 dos anexos traz em seu texto como deve ser constituída a equipe básica de uma UTI, vamos nos ater exclusivamente a equipe médica, que deverá conter:

1) Um responsável técnico com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica

2) Um médico diarista com título de especialista em medicina intensiva ou habilitação em medicina intensiva pediátrica para cada 10 leitos ou frações nos turnos da manhã e tarde

3) Um médico plantonista para cada 10 leitos ou frações, 24 hrs no local, é recomendável que também este médico tenha titulação como intensivista, mas a ausência da titulação poderá ser substituída pela titulação em clínica médica, pediatria, cirurgia ou anesthesiologia desde que tenha treinamento em medicina intensiva durante a sua formação.

Em relação às unidades semi-intensivas ou intermediárias:

As mesmas não são contempladas com as definições do ministério da saúde, no entanto podemos tomar por base resolução do CREMEC 26/02 que as define como "conjunto de elementos funcionalmente agrupados em uma dependência hospitalar destinado ao atendimento de pacientes que requeiram cuidados médicos contínuos", definição, aliás, semelhante à das UTIS.

Com relação a constituição do corpo médico é a mesma da UTI.

Com as explicações acima acredito ter respondido seus questionamentos.

II PARTE

Foram feitas duas perguntas:

- 1) Quais as resoluções que definem a necessidade de plantão médico presencial em unidades hospitalares de pequeno porte?
- 2) Quando a presença do médico plantonista na instituição hospitalar de pequeno porte é obrigatória?

A Resolução do CFM 1834/08 artigo primeiro parágrafo único, bem como a resolução do CREMESP 74/96 definem "a atividade assistencial em instituição que presta atendimento, na qual existe internamento, exige a presença de pelo menos um médico presente no local durante 24 horas capacitado a executar atividades emergenciais de reanimação e suporte vital".

É o parecer.

Curitiba, 24 de abril de 2008.

Maurício Marcondes Ribas
Cons. Parecerista

ANEXO

PARECER Nº 1903/2008 CRM-PR
PROCESSO CONSULTA N.º 098/2007– PROTOCOLO N.º 16013/2007
ASSUNTO: PLANTÃO MÉDICO
PARECERISTA: CONS. LUIZ ERNESTO PUJOL

EMENTA: Plantão médico em hospital não direcionado aos atendimentos de urgência/emergência.

1. CONSULTA

Trata-se de consulta encaminhada por e-mail a este Conselho Regional de Medicina, com o seguinte teor:

"Sou S. N. P., tenho conhecimento de que as instituições hospitalares, que atuam com internação, deve manter Médico plantonista PRESENTE 24 horas no ambiente hospitalar. Assim sendo venho solicitar deste conselho informação sobre quem fiscaliza esses atos e também a pessoa ou responsável para que se possa fazer uma denuncia caso seja necessário.

Na certeza de poder contar com esta informação, agradeço antecipadamente"

1. FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O consulente não explicita a que tipo de instituição hospitalar se refere quanto à presença, 24 horas, de um médico plantonista.

Assim sendo, temos a considerar o que existe regulamentado a respeito pelo CFM no que tange aos estabelecimentos hospitalares de Prontos Socorros, regulamentação esta contida na Resolução CFM nº 1451/95.

Considerando que a consulta diga respeito à instituição hospitalar não direcionada a atendimentos de urgência-emergência e sim, apenas a internações eletivas, existe regulamentação específica (Resolução CRMPR 152/2007) e devemos levar em consideração que, ideal e humanitariamente é de bom-senso que todo e qualquer doente internado em hospital, público ou privado, deva ter à sua permanente disposição um médico, pelo simples fato de que estar internado já o caracteriza como portador de uma doença que requer mais atenção e maiores cuidados médicos. Isso é o que ocorre na maioria dos grandes centros populacionais do Brasil, especificamente na área privada e em alguns hospitais públicos.

No entanto, isso nem sempre é possível quando voltamos nossa visão a algumas particularidades inerentes às pequenas localidades de nosso vasto País e à política de saúde atualmente vigente. Assim sendo cabe-nos aqui algumas reflexões:

1. As pequenas cidades disponibilizam à sua população instituições hospitalares com poucos recursos materiais e de equipamentos necessários ao trabalho médico, fruto de um repasse econômico exíguo à área da saúde pública. Quase sempre existe apenas um hospital e, na cidade poucos profissionais médicos residentes que, mesmo imbuídos de um verdadeiro espírito sacerdotal à sua profissão, não conseguem cumprir com todos os encargos inerentes ao seu juramento hipocrático e, portanto, impossível lhes é permanecerem em plantão presencial e contínuo. Comum é, nessas localidades, o médico estar de plantão dito de sobreaviso ou à distância, com todas as dificuldades e riscos inerentes a esse tipo de trabalho médico mas, freqüentemente, a única opção que resta à instituição e ao médico ali residente.

2. Algumas cidades de porte médio que disponibilizam à população um maior número de médicos e hospitais com mais recursos, mantêm cúpula diretiva que espelhando-se na desconsideração que o Estado e a Federação demonstram sobre as necessidades dos equipamentos indispensáveis ao trabalho dos médicos e aos honorários dos mesmos, direcionam os repasses econômicos à maquiagem estética dos serviços de saúde que lhes cabem administrar, mantendo a remuneração médica a níveis vergonhosos e não incentivando os profissionais da área de saúde a permanecerem convenientemente dedicados àquela instituição e, conseqüentemente, não os motivando a assumirem plantões cujos rendimentos, de tão baixos, chegam a ser aviltantes;

3. Por último consideremos o verdadeiro vilão do caos da saúde pública brasileira, o responsável pelo desequilíbrio da oferta e procura, o causador da insatisfação dos prestadores da assistência médica e dos usuários, que pagam vultuosos impostos e não recebem a merecida prestação dos serviços e o real repasse das verbas que permitam às instituições disponibilizar esses serviços, o que constitucionalmente lhes é de direito: o financiamento das ações de saúde pelos governos municipais, estaduais e federal. Os recursos econômicos disponibilizados à saúde são

escassos e, o pior, gerenciados como benesses políticas e constantemente desviados para outras vias de aplicação. O Sistema Único de Saúde e os serviços que lhe cabe prestar requerem urgentes e enérgicas reformulações, não só de aumento das aplicações econômicas mas primordialmente, de respeito aos seus servidores e à população usuária. Enquanto a consulta e os procedimentos médicos forem ressarcidos a valores indignos e que impossibilitem a sobrevivência dos hospitais e seus médicos, persistirá o atual apagão da saúde e a população continuará sem o merecido acolhimento às suas doenças.

Pelo exposto, os órgãos a que o consultante pode recorrer à sua pretendida denúncia, ou seja, os Conselhos Regionais e Federal de Medicina e à Justiça, mesmo que de alguma forma possam vir a recebê-la, pouco podem fazer frente às cúpulas diretivas governamentais que, até o momento, não mostram sensibilidade às inúmeras ações e argumentações que estes órgãos, há anos e reiteradamente, tentam conscientizar como responsáveis pelas requeridas modificações.

É o parecer.

Curitiba, 16 de Janeiro de 2008.

Luiz Ernesto Pujol
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRM/PR N.º 018/2008
Parecer CRM/PR N.º 1940/2008
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 21/01/2008 - Câmara I

ANEXO

Resolução CRM-PR N.º 152/2007

EMENTA: Os plantões de sobreaviso constituem prática usual da organização de serviços médicos, devendo obedecer a normas rígidas de funcionamento para evitar prejuízos no atendimento à população e garantir a boa prática médica. O sobreaviso deve ser remunerado.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, no uso das atribuições que lhe conferem a Lei n.º 3.268 de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045 de 19 de julho de 1958 e a Lei n.º 11.000 de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO que o plantão de sobreaviso é uma prática utilizada em muitos serviços médicos, objetivando otimizar o atendimento das variadas especialidades;

CONSIDERANDO a necessidade de se regulamentar a prática do plantão de sobreaviso;

CONSIDERANDO que é direito do médico receber remuneração pela disponibilidade dos seus serviços profissionais;

CONSIDERANDO o teor do processo-consulta CFM n.º 137/2003, base da fundamentação desta resolução;

CONSIDERANDO finalmente o decidido na Reunião Plenária n.º 1891.ª, realizada no dia 23 de abril de 2007.

RESOLVE:

Artigo 1º: Define-se como plantão de sobreaviso a atividade do médico que permanece à disposição da instituição de saúde, de forma não presencial, cumprindo jornada de trabalho pré-estabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial.

Artigo 2º: Em toda instituição de saúde na qual existam pacientes em sistema de internação ou observação, é obrigatória a presença de médico no local nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, capacitado a executar manobras de reanimação e de suporte vital, independente do plantão de sobreaviso.

Artigo 3º: O plantão de sobreaviso, conforme definido no art. 1º, deve ser remunerado de forma justa, sem prejuízo do recebimento dos honorários devidos ao médico, pelos procedimentos praticados durante seu turno de trabalho.

Artigo 4º: O médico de sobreaviso será acionado por determinação de membro da equipe médica da instituição de saúde, que informará a gravidade do caso do paciente, bem como a urgência e/ou emergência do atendimento.

Artigo 5º: Em caso de urgência e/ou emergência, o médico que acionar o plantonista de sobreaviso deverá, obrigatoriamente, permanecer como responsável pelo atendimento do paciente que ensejou a chamada, até a chegada do médico de sobreaviso, quando então ambos decidirão a quem competirá a responsabilidade pela continuidade da assistência.

Artigo 6º: Compete ao Diretor Clínico, ao Diretor Técnico e à Comissão de Ética das instituições de saúde, decidirem quais especialidades devem constituir escalas de plantão de sobreaviso e quais devem manter médicos de plantão no local, considerando o porte dos hospitais, a demanda pelos serviços, a complexidade do atendimento, a Portaria MS/GM.2.048/02, a Resolução CFM 1.451/95 e outras que vierem a ser editadas.

Artigo 7º: Será facultado ao médico do corpo clínico das instituições de saúde decidir livremente pela participação na escala de plantão de sobreaviso, nas suas respectivas especialidades, exceto em situações que possam comprometer a assistência à população, quando então o plantão presencial será obrigatório.

Artigo 8º: A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Curitiba, 06 de março de 2007.

Cons. Gerson Zafalon Martins
Presidente

Cons. Hécio Bertolozzi Soares
Secretário-Geral

Aprovado na Reunião Plenária n.º 1891.ª, de 23/04/2007.

Publicado no Diário Oficial da União Nº 86 do dia 07/05/2007 pág. 88 Seção 01.

RESOLUÇÃO CFM nº 1451/95

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

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são os órgãos supervisores e fiscalizadores do exercício profissional, e das condições de funcionamento dos serviços médicos prestados à população;

CONSIDERANDO que o Código de Ética Médica estabelece os princípios norteadores da boa prática médica;

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina constataram condições estruturais, materiais e humanas inadequadas ao atendimento à população nos serviços de Prontos Socorros;

CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer as normas mínimas para funcionamento dos estabelecimentos de saúde de Pronto Socorro;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Reunião Plenária realizada em 10 de março de 1995,

RESOLVE:

Artigo 1º - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.
Parágrafo Primeiro - Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo Segundo - Define-se por **EMERGÊNCIA** a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

Artigo 2º - A equipe médica do Pronto Socorro deverá, em regime de plantão no local, ser constituída, no mínimo, por profissionais das seguintes áreas:

- Anestesiologia;
- Clínica Médica;
- Pediatria;
- Cirurgia Geral;
- Ortopedia.

Artigo 3º - A sala de emergência deverá, obrigatoriamente, estar equipada com:

- Material para reanimação e manutenção cardio-respiratória;
- Material para oxigenação e aspiração;
- Material para procedimentos de urgência.

Artigo 4º - Os recursos técnicos mínimos disponíveis, em funcionamento ininterrupto, para o Pronto Socorro, deverão ser:

- Radiologia;
- Laboratório de análises clínicas;
- Centro cirúrgico;
- Unidade de terapia intensiva;

- Unidade transfusional;
- Farmácia básica para urgência;
- Unidade de transporte equipado.

Artigo 5º - O estabelecimento de Pronto Socorro deverá permanecer à disposição da população em funcionamento ininterrupto;

Artigo 6º - Os diferentes portes de Prontos Socorros de maior complexidade deverão ser definidos em cada Estado pelos Conselhos Regionais de Medicina, de acordo com as realidades regionais e as necessidades de atendimento à população;

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

São Paulo-SP, 10 de março de 1995.

Waldir Paiva Mesquita
Presidente

Antônio Henrique Pedrosa Neto
Secretário-Geral

Publicada no D.O.U. de 17.03.95 - Seção I - Página 3666

Aprendendo com a Máfia

- *Se permitir que seus inimigos – ou amigos – pensem que são iguais a você, eles imediatamente se sentirão superiores.*
- *Não tente mudar seus inimigos; tente controlá-los. Saiba onde estão, o que pensam e em quem confiam.*
- *A única maneira de guardar um segredo é não falar nada.*
- *Nenhum crédito vale tanto quanto o dinheiro vivo.*
- *Estabeleça prioridades: se está cercado de jacarés, a primeira providência é drenar o pântano.*
- *Mil amigos não são suficientes; um inimigo o é. Não existe inimigo inofensivo.*
- *Aço ruim não dá bom fio.*
- *Quando se zangar, feche a boca – e abra os olhos.*
- *Se você não perceber o truque na primeira meia hora de jogo, desista.*
- *De cada quinze que elogiam, pelo menos catorze mentem.*
- *Sempre se tem o suficiente – suficiente para guardar, para recompensar, para ser roubado – se, antes, se abocanhou tudo.*
- *Acredite no homem, não no juramento.*
- *Mais virgindades já se perderam pela curiosidade do que pelo amor.*
- *Só se conhece o soldado quando ele vira tenente.*
- *Quando tiver de cortar, convença a vítima de que você é um cirurgião.*
- *Se você é a bigorna, seja paciente; se é o martelo, bata.*
- *O silêncio não comete erros.*
- *Nunca faça um inimigo sem necessidade.*
- *Dissabores sempre entram pela porta que lhes foi aberta.*
- *Muitas divergências podem ser resolvidas entre lençóis.*

Do livro *The Máfia Manager*

RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV POR POLICIAL MILITAR SORO-POSITIVO, NO EXERCÍCIO EFETIVO DA FUNÇÃO

*Edson de Oliveira Andrade**
*José Wesley Benício Soares***

Palavras-chave: HIV, risco de transmissão, policial militar, soro positivo, exercício de função policial

TRANSMISSION RISK FOR AN HIV+ MILITARY POLICEMAN IN THE EXERCISE OF HIS ACTIVITY/FUNCTION

Key words: HIV, transmission risk, military policeman, HIV+, exercise of police function

RELATÓRIO

O Ministério Público do Estado de Goiás encaminha Ofício nº 23/07 – 53ªPJ/GO ao Conselho Federal de Medicina requisitando providências no sentido de apreciar o Parecer Consulta nº 29/2006, emitido pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, transcrito a seguir:

PARECER CONSULTA Nº 029/2006

Solicitante: DR. M.A.F.A.

Conselheiro Parecerista: DR. JOSÉ WESLEY BENÍCIO SOARES

EMENTA: Exigência de sorologia anti-HIV para candidatos ao exercício da função de policial militar. Risco de transmissão real no exercício da função. Não há fundamento, com base no risco, para tal exigência.

*Sr. Presidente,
Srs(as). Conselheiros(as),*

O consulente solicita Parecer deste Regional diante dos motivos expostos em fl. 03/05, quais sejam: um candidato portador do vírus HIV questiona a legalidade da exigência de exame pré-admissional para o exercício da função de policial militar. Diante disto, a 53ª Promotoria de Justiça indaga:

“Parecer claro e específico, informando se o portador do vírus HIV, no exercício da função policial, em virtude da possibilidade real de

* Conselheiro Parecerista CREMEGO. ** Conselheiro Parecerista CFM.

uso da força e de se ferir, possa colocar em perigo de contaminação os colegas, criminosos ou qualquer pessoa”.

DO PARECER

Preliminarmente, antecedendo à resposta ao consulente, lembramos que está teria o caráter informativo do posicionamento deste Regional, segundo preceitos do Código de Ética Médica e, também, doutrinariamente, com fundamento nos princípios da Bioética, uma vez que o ordenamento jurídico pátrio já veda a exigência do referido exame. Se não, vejamos:

A Constituição da República assegura, em seu Art. 5º, inciso II, que ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei. Nesse contexto é de se reforçar a idéia de que nenhuma pessoa está obrigada a fazer o teste anti-HIV.

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, através de sua Câmara Técnica de Ética e Cidadania, em seu Parecer 011/95, conclui que entende-se indevida e descabida a exigência formulada pela Polícia Militar do Estado do Paraná, no sentido de realização de teste para detecção de anticorpos ao vírus HIV em processo seletivo pré-admissional.

No Estado de Goiás, a Lei Estadual nº 12.595 de 26 de janeiro de 1995, estabelece em seu art. 3º, que é vedado às instituições públicas ou privadas, bem como aos condomínios e associações de qualquer natureza exigir teste para detecção do vírus HIV de qualquer pessoa.

No Município de Goiânia, a Lei Municipal nº 7.299 de 28 de abril de 1994, estabelece em artigo 3º, que fica vedada a exigência do teste clínico para detecção do vírus HIV por qualquer pessoa em todas as hipóteses.

A Portaria Interministerial nº 869 de 11 de agosto de 1992, assinada em conjunto pelos Ministros da Saúde e do Trabalho e Administração, proíbe, no âmbito do Serviço Público Federal, a exigência de teste para detecção do vírus HIV, tanto nos exames pré-admissionais quanto nos exames periódicos.

A Revista do TRT, em seu volume I, nº 1, de janeiro/dezembro 1992, traz o artigo doutrinário intitulado **“A AIDS e as Relações de Trabalho: Reflexões sobre a eficácia da Proteção Legal”**, de autoria da juíza Francisca Rita Alencar Albuquerque, que versa sobre o tema da seguinte maneira:

“...O empregador não pode, de maneira alguma, exigir exame anti-HIV de qualquer candidato no ato da admissão...

...A pessoa que vive ou convive com o HIV pode trabalhar em qualquer tipo de atividade, uma vez que não há contágio nas relações sociais, e por si só a infecção pelo vírus não significa limitação alguma à aptidão para o trabalho...

...Por isso, quando estiver comprovado cientificamente o risco de transmissão do vírus HIV no local de trabalho, torna-se necessário proteger os clientes e outros empregados contra uma possível infecção...”

Para responder objetivamente ao presente questionamento, após a exposição dos motivos legais acima, passemos a uma análise mais técnica do ponto de vista

médico, utilizando como exemplo, para analogia, o pessoal de saúde que trabalha diretamente em contato com sangue e secreções:

O pensamento prevalente na atualidade considera a identificação dos pacientes HIV-positivos como ilógica e inefetiva. Nos setores de emergência, por exemplo, não haveria tempo útil para aguardar resultados sorológicos.

Ademais, pacientes já com viremia, porém com sorologia negativa, poderiam levar a uma falsa sensação de segurança, com risco aumentado de acidentes com contaminação, pelo relaxamento nos cuidados.

Por outro lado, o que fazer com os pacientes que se negassem a se submeter ao exame? Negar-lhes assistência?

Além disso, a triagem obrigatória de pacientes traria, como conseqüência lógica, o direito de os pacientes requisitarem testes sorológicos prévios na equipe de saúde.

A triagem para HIV não ajudaria a proteger a equipe contra outras infecções transmissíveis, tais como a Hepatite B e/ou Hepatite C, que em termos de transmissão por secreções, adquirem mais importância do que o HIV em si. E mesmo assim, a cobertura vacinal dos profissionais de saúde para o vírus da Hepatite B mostra-se abaixo do esperado. Para a Hepatite C não haveria proteção vacinal.

Assim sendo, o nível de precauções deve estar ligado basicamente ao risco de contaminação com sangue durante o procedimento. Isto trará proteção de todas as doenças de transmissão sanguínea, conhecidas ou não, e fará com que os cuidados se tornem rotineiros.

Vejamos agora o problema representado pelo médico infectado pelo HIV. Não existem dados disponíveis quanto à frequência desta ocorrência em nosso meio, mas seguramente ela deverá ser longe de excepcional. Embora até hoje não tenha sido descrito nenhum caso de transmissão de infecção pelo HIV devido a atividade de profissionais médicos infectados, recentemente houve um caso relatado nos E.U.A., envolvendo um dentista.

Surge, a partir daí, uma série de indagações, muitas ainda sem respostas definitivas, apesar de exaustivos debates. Devem os médicos que lidam com procedimentos invasivos ser testados sorologicamente? O médico com sorologia positiva teria a obrigação de informar aos seus pacientes?

Como vemos, não existem respostas definitivas ainda para muitas questões. O que existem são sugestões para amenizar o risco de transmissão.

No caso do policial militar, temos que o raciocínio seguiria a mesma instância. O vírus HIV não sobrevive a temperaturas abaixo da corpórea, sendo inativado com o choque térmico. Em tese, a chance de transmissão por contato social seria muito pequena, como ocorre com o pessoal de saúde.

Por outro lado, se considerarmos o raciocínio inverso, o policial militar, ao lidar com bandidos envolvidos com o uso de drogas injetáveis, estariam em maior risco de contaminação, pelo mesmo teoricamente, do que em contato com algum colega que possa ser portador do vírus HIV.

Posto isto, não vemos a menor lógica ou eficácia no pedido de sorologia anti-HIV para candidatos à função de policial militar.

Este é o nosso parecer, que submetemos à apreciação da Egrégia Plenária.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS, em
Goiânia, aos 5 dias do mês de setembro do ano de 2006.

José Wesley Benício Soares
Cons. Parecerista

Diante ao exposto, adoto na íntegra o Parecer Consulta nº 029/2006, do
Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília-DF, 12 de janeiro de 2007.

Edson de Oliveira Andrade
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CFM Nº. 247/2007
Parecer CFM Nº. 01/2007
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/01/2007

Provérbio árabe

*Não digas tudo o que sabes
Não faças tudo o que podes
Não acredites em tudo o que ouves
Não gastes tudo o que tens*

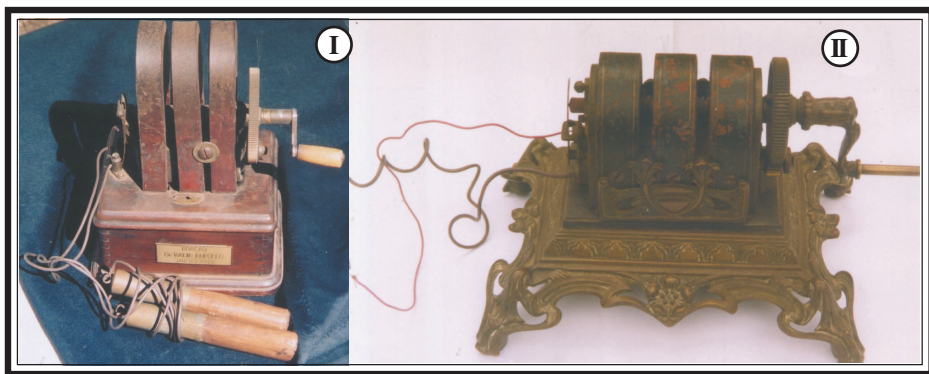
Porque:

*Quem diz tudo o que sabe
Quem faz tudo o que pode
Quem acredita em tudo o que ouve
Quem gasta tudo o que tem*

Muitas vezes,

*Diz o que não convém
Faz o que não deve
Julga o que não vê
Gasta o que não pode.*

Ehrenfried Othmar Wittig *



ESTIMULADOR NEUROMUSCULAR ELÉTRICO

Aparelho de estimulação com corrente galvânica através de pulsos desencadeados pela movimentação da manivela determinando o início e a frequência das descargas.

Constituído de 3 ímãs e um rotor bobinado (estator), 2 fios para 2 eletrodos, e aplicação dos pulsos elétricos.

O princípio elétrico era o mesmo usado no início da telefonia, utilizando um sistema de voltagem altíssima e corrente baixíssima.

Este aparelho era utilizado na neurofisiologia e estimulação de enfermidades neuromusculares.

Ambos são de origem alemã, datados aproximadamente de 1910.

Doações: I - Família Dr. Wadir Rupollo II - Família Dr. Paulo Wittig

Palavras-chave - Estimulador neuromuscular elétrico, história da medicina, Museu de Medicina

Key-words - Neuromuscular electric stimulator, medicine hystory, Medicine Museum

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

Para doações: Secretaria: Telefone 041. 3024-1415 - Fax 041 3242-4593
E-mail: amp@amp.org.br
Rua Cândido Xavier nº 575 - 80240-280 - Curitiba-PR

Visite o Museu em nosso site www.amp.org.br
