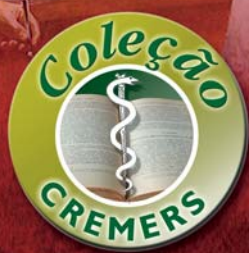
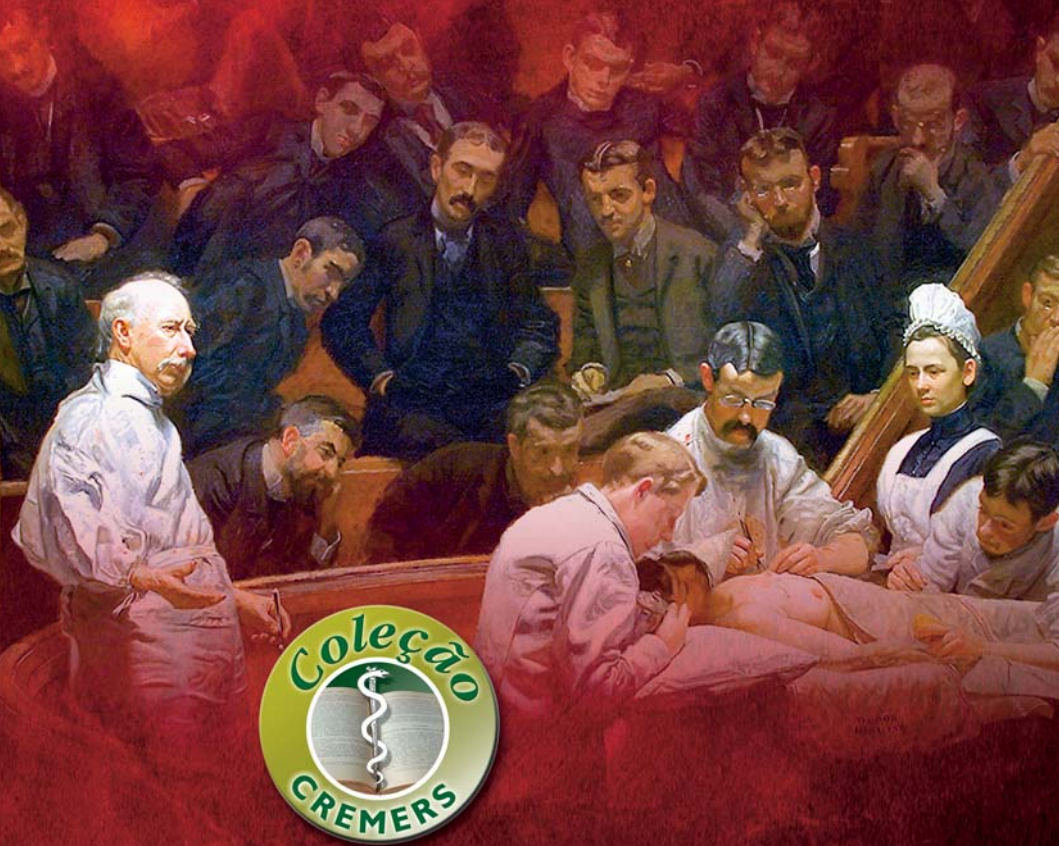




Conselho Regional de Medicina
do Estado do Rio Grande do Sul

PARECERES SELECIONADOS

Câmaras Técnicas do Cremers



PARECERES SELECIONADOS

Câmaras Técnicas do Cremers

C755p Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul
Pareceres selecionados : câmaras técnicas do
Cremers / Conselho Regional de Medicina do Rio Grande
do Sul. – 1. ed. – Porto Alegre : Stampa, 2006.
304 p. ; 21 cm.

I. Medicina – Ética. 2. Medicina – Legislação. I. Título.
II. Título: Câmaras técnicas do Cremers.

CDU 614.25

Catálogo na publicação: Júlia Angst Coelho – CRB 10/1712



**Conselho Regional de Medicina
do Estado do Rio Grande do Sul**

PARECERES SELECIONADOS

Câmaras Técnicas do Cremers

Porto Alegre
1ª Edição - 2006

© 2006, Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul
Direitos Reservados

1ª Edição: 2.000 exemplares

Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul
Av. Princesa Isabel, 921 - Bairro Santana
CEP 90620-001 - Porto Alegre - RS
Fone (51) 3219.7544
Fax (51) 3217.1968
E-mail: cremers@cremers.org.br
Site: www.cremers.org.br

Projeto e Produção Gráfica

Editora Stampa

Direção

Eliane Casassola

Editores

Leandro Camiña

Thiago Pinheiro

Capa

Leandro Camiña

Revisão:

Lucia Righi

Ilustração da Capa

Autor: Thomas Eakins (☆25/07/1844 †25//06/1916)

Título: The Agnew Clinic

Ano: 1889

Técnica: Óleo

Localização: University of Pennsylvania Art Collection, Philadelphia, PA



Fone: (51) 3023.4866
Av. Getúlio Vargas, 774 conj. 402
Site: www.stampadesign.com.br
E-mail: stampa@stampadesign.com.br
90150-002 - Porto Alegre/RS



CREMERS

Gestão 2003/2008

Diretoria

Junho 2005/Janeiro 2007

PRESIDENTE

Luiz Augusto Pereira

VICE-PRESIDENTE

Fernando Weber Matos

1º SECRETÁRIO

Joaquim José Xavier

2º SECRETÁRIO

Flávio José Mombrú Job

TESOUREIRO

Marco Antônio Becker

CORREGEDOR

Martinho Reis Álvares da Silva

Conselheiros

Antônio Celso Koehler Ayub | Carlos Antônio Mascia Gottschall

Céo Paranhos de Lima | Cláudio Balduino Souto Franzen

Ércio Amaro de Oliveira Filho | Fernando Weber Matos

Flávio José Mombrú Job | Isaias Levy

Ismael Maguilnik | Ivan de Mello Chemale

João Pedro Escobar Marques Pereira | Joaquim José Xavier

José de Jesus Peixoto Camargo | José Pio Rodrigues Furtado

Luiz Augusto Pereira | Marco Antônio Becker

Marineide Melo Rocha | Martinho Reis Álvares da Silva

Newton Barros | Regis de Freitas Porto | Rogério Wolf de Aguiar

Alberi Nascimento Grandó | Cláudio André Klein | Cléber Ribeiro Álvares da Silva

Douglas Pedroso | Enio Rotta | Euclides Viríssimo Santos Pires

Fernando Antônio Lucchese | Geraldo Druck Sant'Anna | Ibrahim El Ammar

Iseu Milman | Izaias Ortiz Pinto | Jefferson Pedro Piva

José Pedro Lauda | Luciano Bauer Gröhs

Magno José Spadari | Marco Antônio Oliveira de Azevedo

Maria Lúcia da Rocha Oppermann | Mário Antônio Fedrizzi

Moacir Assein Arús | Silvio Pereira Coelho | Tomaz Barbosa Isolan

Câmaras Técnicas do Cremers

Acupuntura

Dr. Cláudio Luiz Mendes Couto
Dr. João Elias Toscani Cabrera
Dr. Sílvio Siqueira Harres
Dr. Victor Hugo Canto da Fonseca

Alergia e Imunopatologia

Dr. Ciro Benito Pogli Barbiero
Dr. Gastão Nachtigall
Dr. Giovanni Siqueira Di Gesu
Dr. Luiz Antonio Guerra Bernd
Dr. Regina S. Watanabe Di Gesu

Anestesiologia

Dr. Martinho Alexandre Reis Álvares da Silva
Dr. Luiz Angelo Bortolon
Dr. Fernando Squeff Nora
Dr. Márcio Pizzato
Dr. Marcos Sperb Bicca da Silveira

Angiologia e Cirurgia Vascular

Dr. Moacir Assein Arús
Dr. Airton Delduque Frankini
Dr. Clávio Moraes Varela
Dr. Gilberto Gonçalves de Souza
Dr. Pedro Pablo Komlós

Auditoria em Saúde

Dr. Antônio Gilberto Cardoso
Dr. César Augusto Trinta Weber
Dr. Danilo Gonçalves Coelho
Dr. Eduardo Dias Lopes
Dr. Israel Berger

Cancerologia

Dr. José Pio Rodrigues Furtado
Dr. Ailzo José da Costa
Dr. Hernani Robin Júnior
Dr. James Freitas Fleck
Dr. José Luiz Miranda Guimarães
Dr. Sérgio Lago

Cardiologia

Dr. Alfeu Roberto Rombaldi
Dr. Flávio Veras Aquino
Dr. Gustavo Glotz de Lima
Dr. João Paulo Zouvi
Dr. Roberto Schuster
Dr. Sérgio Vasconcellos Dornelles

Cirurgia Cardiovascular

Dra. Céio Paranhos de Lima
Dr. Gilberto Venossi Barbosa
Dr. João Ricardo Michielin Sant'Anna
Dr. José Airton Barão Ceratti
Dr. Rubens Lorentz de Araújo
Dr. Wagner Michael Pereira

Cirurgia Geral

Dr. Antônio Carlos Weston
Dr. Jarbas Marinho B. Cavalheiro
Dr. Leandro Totti Cavazzola
Dr. Luiz Alberto De Carli
Dr. Marcelo Garcia Toneto

Cirurgia Pediátrica

Dr. Januário Vitola

Dr. João Vicente Bassols

Dra. Sandra Fonseca Calefi

Cirurgia Plástica

Dr. Alexis Lemos Pacheco

Dr. Everton F. Oliveira Cezar

Dr. José Francisco Wechsler

Dr. Léo Francisco Doncatto

Dr. Rinaldo De Angeli Pinto

Cirurgia Torácica

Dr. Airton Schneider

Dr. Alberto Kaemmerer

Dr. Darcy Ribeiro Pinto Filho

Dr. Jayme Oliveira Rios

Dr. José de Jesus Peixoto Camargo

Clínica Médica

Dr. Alexandre Moretto

Dr. Édison Pizzato

Dr. Flávio José Mombrú Job

Dr. Jorge Luiz Fregapani

Dr. Marcelo Basso Gazzana

Dermatologia

Dr. César Bimbi

Dr. José Carlos Riccardi Guimarães

Dra. Maria de Lourdes P. Barradas

Dra. Miriam Pargendler Peres

Emergências

Dr. Antônio Rogério P. Tavares Crespo

Dr. Charly Fernando Genro Camargo

Dr. João Albino Potrich

Dr. Luiz Alexandre Alegretti Borges

Dr. Sérgio Luís Amantéa

Endocrinologia e Metabologia

Dr. Airton Golbert

Dr. Marcos Rovinski

Dr. Rogério Friedman

Dr. Sérgio Lérias de Almeida

Ética Médica e Bioética

Dr. Luiz Augusto Pereira

Dr. Délio José Kipper

Dr. Marco Antônio O de Azevedo

Dr. Marcos Nestrovski

Dr. Mário Roberto da Silveira

Dr. Moacir Assein Arus

Fisiatria

Dr. Cláudio Balduino Souto Franzen

Dr. André Franzen Moll

Dr. Carlos Alberto Issa Musse

Dra. Luciane Fachin Balbinot

Dr. Paulo Henrique Gomes Mulazzani

Dra. Rosane Boger Stelzer

Gastroenterologia

Dr. Ismael Maguilnik

Dra. Dvora Joveleviths

Dr. Jorge Olavo Pitta Pinheiro

Dr. José Renato Guterres Hauck

Dr. Luiz Carlos Sperb

Dr. Sabino Vieira Loguercio

Geriatria e Gerontologia

Dr. João Senger

Dra. Marianela Flores de Hekman

Dr. Renato de Oliveira Santos

Ginecologia e Obstetrícia

Dr. Antônio Celso Koehler Ayub
Dr. Fernando Ferreira Bernd
Dr. Gustavo Py Gomes da Silveira
Dr. João da Rosa Michelin
Dr. Plínio Vicente Medaglia Filho
Dr. Sérgio H. de Almeida Martins Costa

Hematologia

Dra. Almeri Marlene Balsan
Dr. Hiram de Azambuja Schuh
Dra. Inês Guterres
Dra. Lúcia Mariano da Rocha Silla
Dr. João Pedro Escobar Marques Pereira

Homeopatia

Dra. Ângela Augusta Lanner Vieira
Dr. Ben-Hur Cassol Dalla Porta
Dr. Erico Dornelles
Dra. Universina N. de Oliveira Ramos

Infectologia

Dr. Cléber Ribeiro Álvares da Silva
Dr. Breno Riegel Santos
Dr. Eduardo Sprinz
Dr. Gabriel Azambuja Narvaez
Dra. Giórgia Torresini Ribeiro
Dra. Marineide Melo Rocha

Informática em Saúde

Dr. Gerson Martins Pereira
Dr. Luiz Augusto Pereira
Dr. Marcelo Garcia da Rocha
Dra. Mariza Machado Klück
Dr. Paulo Marcelo Zimmer
Dra. Sandra Abrantes Krug Seabra

Medicina de Família e Comunidade

Medicina Desportiva

Dr. Cláudio Balduino Souto Franzen
Dr. Alexandre José Vianna
Dra. Cátia Boeira Severo
Dr. Geraldo Gomes da Silveira
Dr. Luís Fernando Varela Brenes
Dra. Marta Goldman Feder

Medicina do Trabalho

Dr. Iseu Milman
Dr. Antônio Mário de Carvalho Guimarães
Dr. Arthur da Motta Lima Netto
Dr. Cláudio Schmitt
Dr. Dirceu Francisco de Araújo Rodrigues
Dr. João Alberto Maeso Montes
Dr. Sérgio Francisco Xavier Costa

Medicina Intensiva

Dr. Jefferson Pedro Piva
Dr. Edeimar M. Costa Pereira
Dr. Jairo Constante B. Othero
Dr. Mauro Luiz Kaufmann
Dra. Tânia Maria Rohde Maia

Nefrologia

Dra. Clotilde Druck Garcia
Dr. Domingos Otávio L. D'Ávila
Dr. Ivan Carlos Ferreira Antonello
Dr. João José Andreuchetti d Freitas

Neurologia e Neurocirurgia

Dr. Ivan de Mello Chemale
Dr. Eduardo Beck Paglioli
Dr. Jaderson Costa da Costa

Dr. Mario Ferreira Coutinho
Dr. Nelson Pires Ferreira
Dr. Sérgio Roberto Haussen

Nutrologia

Dra. Elza Daniel de Mello
Dr. Luiz José Varo Duarte
Dr. Paulo Francisco Henkin

Oftalmologia

Dr. Joaquim José Xavier
Dr. Afonso Reichel Pereira
Dr. Marco Antônio M. Oliveira
Dr. Vitor Saalfeld

Ortopedia e Traumatologia

Dr. Afrane Serdeira
Dr. Sílvio Pereira Coelho
Dr. Ivo Schmiedt
Dr. Isaias Levy
Dr. Lauro Machado Neto

Otorrinolaringologia

Dr. Geraldo Druck Sant'Anna
Dr. Alberto Alencar Nudemann
Dra. Berenice Dias Ramos
Dr. Gerson Schulz Maahs
Dr. José Seligman
Dr. Marcelo Zanini Correa

Pediatria

Dr. Ênio Rotta
Dr. Alfredo Floro Cantalice Neto
Dr. Carlos Eduardo Nery Paes
Dr. Ércio Amaro de Oliveira Filho
Dr. Luiz Fernando Loch

Perícias Médicas

Dra. Débora Maria Vargas de Lima
Dr. Gerson Petrillo Nunes
Dr. Nelson Antônio Tombini
Dr. Paulo Ricardo Fabris
Dra. Tatiana Della Giustina

Perinatologia

Dr. Antônio Celso K. Ayub
Dr. Ênio Rotta
Dr. Ignozy Dorneles Jornada Júnior
Dra. Ivete Cristina Teixeira Canti

Psiquiatria

Dr. Rogério Wolf de Aguiar
Dra. Laís Knijnik
Dr. Rudyard Emerson Sordi

Radiologia

Dr. Antônio Carlos Maciel
Dr. Flávio Franciosi Aesse
Dr. Paulo César Sanvitto

Urologia

Dr. Alcides Diniz Carvalho
Dr. Carlos Eurico Dornelles Cairolí
Dr. Henrique Sarmiento Barata
Dr. Isidoro D. Papadopol
Dr. Renato Scaletscky

Apresentação

A presente publicação reúne pareceres selecionados emitidos pelas Câmaras Técnicas do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul e tem como principal objetivo colaborar para esclarecer as dúvidas que surgem no exercício da profissão.

Este trabalho foi concretizado graças ao empenho de muitos colaboradores, e representa na prática o êxito da Instituição das Câmaras Técnicas no âmbito do Cremers.

Luiz Augusto Pereira

Presidente

Esclarecimentos

O Cremers tem em suas Câmaras Técnicas um importante mecanismo de qualificar decisões e de fornecer orientações aos médicos. De caráter opinativo, após aprovados, seus pareceres adquirem força normativa.

Muitos dos pareceres contidos nesta obra necessitam de consulta a Resoluções do Cremers e do CFM que podem ser obtidas no Manual Técnico Disciplinar do Cremers ou diretamente no site www.portalmedico.org.br ou www.cremers.com.br.

A Coordenação Geral das Câmaras Técnicas, no atual período da Diretoria, é feita pelos conselheiros: Luiz Augusto Pereira, Fernando Weber Matos e Joaquim José Xavier, respectivamente, presidente, vice-presidente e primeiro-secretário do Cremers.

A funcionária Fabiane Salazar é responsável pelo gerenciamento das Câmaras Técnicas (ct@cremers.com.br).

Sumário

CAPÍTULO I

Câmara Técnica de Acupuntura

Título de Especialista em Acupuntura (nº 01/2002)	26
Questionamento sobre Especialidade (nº 32/2003)	28

CAPÍTULO II

Câmara Técnica de Alergia e Imunopatologia

Ligustrum Japonicum (nº 07/2005)	32
Medicamento Plusvac (nº 44/2005)	33

CAPÍTULO III

Câmara Técnica de Anestesiologia

Óxido Nitroso (nº 02/2002)	36
Responsabilidade do anestesista na sala de recuperação (nº 45/2003)	38
Equipamentos adequados para clínica que faz analgesia (nº 57/2003)	40
Ato Anestésico (nº 71/2004)	43
Obrigatoriedade de permanecer médico de plantão durante a recuperação (nº 08/2006)	45

CAPÍTULO IV

Câmara Técnica de Angiologia e Cirurgia Vascular

Tratamento de Estenose Carotídea por Placa de Ateroma (nº 03/2002)	48
Próteses Arteriais de Dacron (nº 60/2004)	50

CAPÍTULO V

Câmara Técnica de Auditoria em Saúde

Sistema de Auditoria Presencial (nº 04/2006)	52
--	----

CAPÍTULO VI

Câmara Técnica de Cancerologia

Realização de Quimioterapia por Mastologista (nº 44/2003)	56
Terapia Fotodinâmica (nº 26/2004)	57

CAPÍTULO VII

Câmara Técnica de Cardiologia

Interpretação de laudos de Eletrocardiogramas de Repouso (nº 28/2002)	60
Hipertensão Arterial Sistêmica (nº 18/2003)	61
Marca-passo Cardíaco (nº 20/2003)	62
Stent (nº 24/2003)	63
Obrigatoriedade do Exame ECG antes dos Testes Ergométricos (nº 28/2004)	67
Procedimentos Angioplastia Coronária com Stent Clínico ou Cirúrgico (nº 13/2005)	68

CAPÍTULO VIII

Câmara Técnica de Cirurgia Cardiovascular

Percentual de mortalidade em pacientes submetidos às Cirurgias Cardíacas (nº 42/2005)	70
---	----

CAPÍTULO XIX

Câmara Técnica de Cirurgia Geral

Atuação da Unimed no Exercício Profissional (nº 07/2003)	74
Definição de Cirurgia Eletiva e Cirurgia de Urgência (nº 10/2003)	76
Qualificação Médica: Primeiro Auxiliar de Procedimento Cirúrgico Eletivo (nº 22/2004)	77

CAPÍTULO X

Câmara Técnica de Cirurgia Plástica

Técnica de Implante de Cabelo com Laser (nº 26/2003)	80
--	----

Bioplastia e Fio Russo (nº 49/2003)	81
Reconstrução Facial (nº 26/2006)	82

CAPÍTULO XI

Câmara Técnica de Cirurgia Torácica

Aneurisma de Aorta Torácica (Correção da Cirúrgica) (nº 08/2004)	84
--	----

CAPÍTULO XII

Câmara Técnica de Clínica Médica

Legislação que estabelece faixa etária para atendimento clínico (nº 89/2004)	86
Uso de Fitoterápicos (nº 27/2005)	87
Como devem ser fornecidas as informações dos exames realizados? (nº 85/2005)	88

CAPÍTULO XIII

Câmara Técnica de Dermatologia

Tratamento com Ácido Glicólico para estrias (nº 06/2003)	90
Prática Médica Superficial com RX de Baixa Voltagem (nº 73/2003)	92
Tratamento de Vitiligo e Fototerapia (nº 09/2005)	94

CAPÍTULO XIV

Câmara Técnica de Emergências

Perfil Médico Plantonistas de Pronto Atendimento (nº 63/2003)	98
Exigência Legal de Prontuário Médico em Pronto Atendimento (nº 39/2004)	102
Equipamentos mínimos nas salas de Emergências (nº 20/2004)	104
Utilização de Água Destilada ou Soro Fisiológico (nº 76/2005)	109

CAPÍTULO XV

Câmara Técnica de Endocrinologia e Metabologia

Análise do fio de cabelo (nº 32/2002)	112
Bioimpedânciometria (nº 58/2005)	113
Insulina Lantus (nº 09/2006)	114

CAPÍTULO XVI

Câmara Técnica de Ética Médica e Bioética

Banco de Tecidos (nº 15/2004)	116
Auditoria Médica (nº 16/2004)	120

CAPÍTULO XVII

Câmara Técnica de Fisiatria

Quiropraxia (nº 07/2002)	124
Quem pode atuar sob orientação do Fisiatra (nº 19/2005)	126
Procedimentos Fisioterápicos (nº 14/2006)	128
Questionamento sobre a Fisiatria (nº 29/2006)	129

CAPÍTULO XVIII

Câmara Técnica de Gastroenterologia

Hepatopatia Grave (nº 16/2006)	132
Endoscopia Digestiva (nº 17/2006)	135
Colonoscopia, Polisectomia e Endoscopia Digestiva (nº 18/2006)	136

CAPÍTULO XIX

Câmara Técnica de Geriatria e Gerontologia

Tratamento de Revitalização (nº 14/2004)	138
Medicina Ortomolecular (nº 71/2005)	142

CAPÍTULO XX

Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia

Percentual de Cesarianas Considerado Normal (nº 20/2004)	146
Realização de Histerossalpingografia após Ligadura Tubária (nº 74/2004)	148
Utilização de exames para detecção precoce de Câncer de Colo de Útero (nº 52/2006)	150
Gestação de Substituição (nº 89/2005)	152

CAPÍTULO XXI

Câmara Técnica de Hematologia

Doadores de Sangue e a Acupuntura (nº 14/2003)	154
Dosagem de drogas em amostra de fio de cabelo (nº 01/2005)	155
Transfusão de Sangue sem Prova de Compatibilidade e a Responsabilidade Médica (nº 16/2005)	156

CAPÍTULO XXII

Câmara Técnica de Homeopatia

A Homeopatia e o Currículo da Faculdade de Medicina (nº 18/2004)	160
Tratamento de Revitalização (nº 06/2006)	162

CAPÍTULO XXIII

Câmara Técnica de Infectologia

Autorização de Exames anti-HIV/anti-HCV (nº 10/2002)	164
Solicitação de receitas/atestados sem a presença do paciente (nº 76/2003)	166
Uso de Antibióticos nas Unidades Hospitalares (nº 19/2006)	168

CAPÍTULO XXIV

Câmara Técnica de Informática em Saúde

A Prescrição Médica e a forma de execução (nº 11/2005)	172
Utilização de Prontuário Eletrônico como Única Forma de Guardar Informações (nº 78/2005)	174
Software de Prontuários Médicos com Selo de Qualidade (nº 15/2006)	175

CAPÍTULO XXV

Câmara Técnica de Medicina Desportiva

Associação de Bebida Alcolóica com o Esporte (nº 35/2002)	178
---	-----

CAPÍTULO XXVI

Câmara Técnica de Medicina do Trabalho

PCMSO (nº 15/2002)	182
--------------------------	-----

Perfil do Profissional Previdenciário (nº 30/2003)	185
Elaboração de Programa de Prevenção de Risco Ambiental (nº 10/2004)	187
Habilitação do Médico para Elaborar PPRA/LTCAT (nº 28/2005)	188
Responsabilidade Legal do Médico do Trabalho na Contratação de Menores (nº 37/2005)	189
Obrigatoriedade da Entrega dos Prontuários a outra Empresa (nº 34/2006)	191

CAPÍTULO XXVII

Câmara Técnica de Medicina Intensiva

Utilização de UTI por Pacientes Cirúrgicos (nº 25/2002)	194
Pacientes Graves em UTIs Lotadas (nº 46/2003)	196
A quem cabe a responsabilidade pela colocação de cateter de Hemodiálise (nº 60/2003)	199
Quem está habilitado a coletar Sangue Arterial para Gasometria (nº 19/2004)	201
Capacitação do Intensivista para execução e supervisão de métodos Dialíticos em UTIs (nº 18/2005)	203

CAPÍTULO XXVIII

Câmara Técnica de Nefrologia

Enxerto Artificial para Acesso Vascular Definitivo (nº 47/2004)	206
Exames Complementares (nº 02/2006)	207
Responsabilidade pela passagem de Cateter Central Duplo Lumen (nº 27/2006)	209

CAPÍTULO XXIX

Câmara Técnica de Neurologia e Neurocirurgia

Critérios para Morte Cefálica (nº 18/2002)	212
Especialistas que tratam de Insônia (nº 38/2003)	213
Colocação de Próteses em pacientes ortopédicos e neurológicos (nº 51/2004)	214
Médico que presta Consultoria para fabricante de Implantes (nº 05/2006)	126

CAPÍTULO XXX

Câmara Técnica de Nutrologia

Bioimpedanciometria (nº 69/2004)	220
Dieta Cozida versus Dieta Fervida (nº 23/2006)	222

CAPÍTULO XXXI

Câmara Técnica de Oftalmologia

Catarata (nº 27/2003)	226
Técnica Lasek (nº 37/2003)	229
Técnica de Pterígio (nº 43/2003)	230
Emissão e Validade de Atestado por Não Oftalmologistas (nº 17/2004)	231
Tonometria e Lentes de Contato (nº 78/2004)	232
Tratamento Cirúrgico de Estrabismo (nº 54/2005)	235

CAPÍTULO XXXII

Câmara Técnica de Ortopedia e Traumatologia

Implantes Ortopédicos e os Planos de Saúde (nº 71/2003)	238
Artrotese/Pacientes Ortopédicos e Neurológicos (nº 57/2004)	239
Prescrição e Indicação de Próteses a pacientes amputados (nº 77/2004)	243
Nucleoplastia para tratamento de Hérnia de Disco (nº 85/2004)	244
Vantagem e Desvantagem do material Importado em Relação ao Nacional (nº 14/2005) ..	245
LER/Dort (nº 46/2006)	246

CAPÍTULO XXXIII

Câmara Técnica de Otorrinolaringologia

Próteses Auditivas e Prescrição Médica (nº 04/2003)	248
Questionamentos sobre Septoplastia e Desvio de Septo Nasal (nº 26/2005)	249

CAPÍTULO XXXIV

Câmara Técnica de Pediatria

Alta Hospitalar Consentimento Informado (nº 17/2003)	252
Faixa etária que o Pediatra atende (nº 83/2004)	254
Responsabilidade Civil de Médico Frente à Ressuscitação Cardiorrespiratória (nº 24/2006) ..	255
Assistência ao Parto e ao Recém-Nascido (nº 25/2006)	256

CAPÍTULO XXXV

Câmara Técnica de Perícias Médicas

Valor Mínimo para Perícias Médicas (nº 28/2006)	258
Assistência Judiciária Gratuita (nº 42/2006).....	260
Avaliação de Sida (nº 43/2006)	261
Incapacidade Laborativa (Médico Assistencial x Médico Perito) (nº 72/2006).	263

CAPÍTULO XXXVI

Câmara Técnica de Perinatologia

Situação dos Médicos Pediatras (nº 15/2003)	266
Presença de pediatra na Sala de Parto (nº 22/2003).....	268

CAPÍTULO XXXVII

Câmara Técnica de Psiquiatria

Atividade Psicanalítica (nº 21/2003).....	270
Publicidade Médica (nº 48/2003).....	272
Contenção Mecânica de paciente ao leito é ou não Ato Médico (nº 75/2003).....	273

CAPÍTULO XXXVIII

Câmara Técnica de Radiologia

Formação em Radiologia (nº 21/2002)	276
A quem compete a Responsabilidade pelos Exames em Intensificador de Imagem (nº 31/2003)	277
Recomendação do Radiologista junto ao Laudo Exame (nº 23/2005)	279

CAPÍTULO XXXIX

Câmara Técnica de Urologia

Método de Alongamento do Pênis (nº 24/2002)	282
Sondagem Viscal de Alívio (nº 06/2004).....	285
Colocação de Duplo J (nº 33/2004)	286

Pareceres Conjuntos das Câmaras Técnicas

CAPÍTULO XXXX

Câmaras Técnicas: Cirurgia Plástica e Dermatologia

Mesoterapia e Endermologia (nº 30/2003) 288

CAPÍTULO XXXXI

Câmaras Técnicas: Anestesiologia e Cirurgia Geral

Conduta Profissional diante da Discordância de Diagnóstico (nº 56/2003) 290

CAPÍTULO XXXXII

Câmaras Técnicas: Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Perinatologia

Parto Domiciliar (nº 58/2003) 291

CAPÍTULO XXXXIII

Câmaras Técnicas: Neurologia e Neurocirurgia e Ortopedia e Traumatologia

Colocação de Prótese em pacientes ortopédicos e neurológicos (nº 84/2004) 293

CAPÍTULO XXXXIV

Câmaras Técnicas: Cancerologia, Ética Médica e Bioética, Medicina Intensiva, Pediatria e Perinatologia

Terminalidade da Vida (nº 68/2006) 294

Câmara Técnica de **Acupuntura**

Coordenação:

Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes:

Dr. Cláudio Luiz Mendes Couto

Dr. João Elias Toscani Cabrera

Dr. Sílvio Siqueira Harres

Dr. Victor Hugo Canto da Fonseca (Presidente)

Parecer nº 01/2002

Assunto: Título de Especialista em Acupuntura

Da Consulta

Publicado no *Jornal Zero Hora*:

“Acupuntura Médica – Estão abertas as inscrições para a 8ª turma do curso de Acupuntura Médica promovido pela Sociedade Médica de Acupuntura do RS, pelo fone 3315.0149. O curso ocorre na Associação Médica do Rio Grande do Sul – Amrigrs e no Centro de Saúde de Porto Alegre – SMS/Porto Alegre. Informamos aos colegas médicos que este curso é o único que habilita para inscrição no concurso para o Título de Especialista em Acupuntura pela Associação Médica Brasileira. Alertamos ainda que os médicos envolvidos com o ensino e a prática da Acupuntura em Cursos de acupuntura para não-médicos são passíveis de processo ético no Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul – Cremers. Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura”.

- 1) É verdadeiro que o curso citado acima é o único no Rio Grande do Sul que habilita para inscrição no curso para o título de Especialista em Acupuntura pela Associação Médica Brasileira?
- 2) Se eu freqüentar outro curso, como, por exemplo, o do Instituto Politécnico de Saúde-Soharu, estarei passível de processo ético no Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul - Cremers?

Do Parecer

Em resposta à primeira pergunta referente ao curso oferecido no *Jornal Zero Hora*, se ele era o único no RS que habilitaria para inscrição no concurso para o título de especialista em Acupuntura pela Associação Médica Brasileira, informamos que, no âmbito da Associação Médica Brasileira, quem promove concursos para títulos de especialista em Acupuntura é o

Colégio Médico de Acupuntura, e em seus editais para concursos o único curso habilitado é o citado pelo *Jornal Zero Hora*, o de Acupuntura Médica promovido pela Sociedade Médica de Acupuntura do RS.

Respondendo à segunda pergunta referente à participação em outro curso, por exemplo, o do Instituto Politécnico de Saúde – Soharu –, se seria passível de processo ético no Conselho Regional de Medicina do RS, informamos que, à princípio, não é infração ética freqüentar quaisquer cursos, ressalvado o que consta no Art. 38 do Código de Ética Médica, que diz: "Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina, ou com profissionais ou instituições médicas que pratiquem atos ilícitos."

Parecer nº **32/2003**

Assunto: Questionamento sobre Especialidade

Da Consulta

- 1) Qual a posição do Cremers quanto à prática da Acupuntura?
- 2) Vocês concordam com esse método?
- 3) Quais os profissionais que estão aptos para fazê-la?
- 4) A medicina tradicional adotou a acupuntura como uma forma de tratamento?
- 5) Os profissionais não médicos que a praticam são considerados como exercício ilegal da profissão? Há algum tipo de controle quanto a isso?

Do Parecer

Respondendo à primeira pergunta informamos que é uma especialidade reconhecida pelo CFM desde 11 de agosto de 1995. Portanto, a prática médica da acupuntura tem o aval do Conselho Regional.

Quanto à segunda pergunta, no que diz respeito aos profissionais que estão aptos a exercê-la, respondemos que apenas o médico pode praticar a acupuntura é uma especialidade médica.

Respondendo à terceira indagação – a medicina tradicional adotou a acupuntura como uma forma de tratamento –, informamos que a acupuntura está integrada à prática da medicina oficial. O termo “medicina tradicional”, incluído na pergunta, é dúbio, pois é também utilizado no contexto histórico da acupuntura.

Por último, quanto ao exercício ilegal quando praticada por profissionais não médicos e se há controle da prática, informamos que os profissionais não médicos que praticam a acupuntura, atividade reconhecida como especialidade médica, pode ser considerada como incursos no exercício ilegal da medicina. Médicos, veterinários e cirurgiões dentistas podem exercer a acupuntura em sua área de atuação. Alguns conselhos profissionais reconheceram e autorizaram a prática da acupuntura para seus profissionais (fisioterapeutas, enfermeiros), mas essas decisões estão

sendo questionadas judicialmente pela Sociedade da Especialidade e Conselho Federal de Medicina – CFM. Quanto ao controle da prática médica, é feito através da Vigilância Sanitária (ou seja, é uma atribuição do poder público) e secretarias da Saúde.

Câmara Técnica de Alergia e Imunopatologia

Coordenação:

Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes:

Dr. Ciro Benito Pogliá Barbiero

Dr. Gastão Nachtigall

Dr. Giovanni Siqueira Di Gesu

Dr. Luiz Antônio Guerra Bernd (Presidente)

Dra. Regina Sumiko Watanabe Di Gesu

Parecer nº **07/2005**

Assunto: **Ligustrum Japonicum**

Da Consulta

Trata-se da solicitação de informações acerca da planta *Ligustrum Japonicum*. Gostaríamos de elaborar uma justificativa para o município para cortar e substituir todas as plantas *Ligustrum Japonicum* da cidade. Para tanto, precisamos da opinião técnica de um especialista em alergia sobre essa planta, especificamente, no estado do RS, já que na literatura não há quase nada a respeito. A intenção é substituir o ligustro por árvores brasileiras, ornamentais e de suporte para a fauna, formando um ambiente melhor. O fato é que o ligustro foi plantado e disseminado em nosso município por ser muito agressivo e propiciar sombra em pouco tempo. Porém, sabe-se do enorme potencial alérgico e dos poucos benefícios à fauna e ao meio ambiente, bem como seu baixo valor ornamental e estético.

Do Parecer

O *Ligustrum Japonicum* é árvore com potencial alergênico já demonstrado. A presença de numerosas unidades de ligustros numa determinada área urbana favorece a sensibilização alérgica (formação de anticorpos para os pólenes) e o surgimento de sintomas de rinite, conjuntivite e asma nos indivíduos suscetíveis.

Desta forma, se este for o caso no município em questão, recomendamos a substituição dessas árvores por outro tipo de planta.

Parecer nº 44/2005

Assunto: Medicamento Plusvac SC

Da Consulta

- 1) Quanto ao uso da medicação Plusvac SC em programa de prevenção e tratamento de crianças portadoras de asma brônquica.
- 2) Quanto à eficácia do uso desta medicação em programas de prevenção de doenças respiratórias a serem desenvolvidos pelo município.

Do Parecer

A Câmara Técnica não recomenda o uso do medicamento Plusvac SC em programa de prevenção e tratamento de crianças com asma. A imunoterapia deve ser precedida de avaliação alergológica, e o tratamento formulado deve corresponder às necessidades individuais do alérgico.

A utilização de dessensibilizantes polivalentes como o Plusvac SC, ou similares, pode induzir sensibilização (alergia) ou até mesmo reações adversas graves (anafilaxia).

Câmara Técnica de Anestesiologia

Coordenação:

Dr. Martinho Alexandre Reis Álvares da Silva

Componentes:

Dr. Luiz Angelo Bortolon

Dr. Fernando Squeff Nora

Dr. Márcio Pizzato

Dr. Marcos Sperb Bicca da Silveira

Desde a instituição desta Câmara Técnica, fez parte:

Dr. Clovis Basso

Dr. José Vicente Prado Pereira

Dr. Luiz Angelo Bortolon (como Coordenador)

Parecer nº 02/2002
Assunto: Óxido Nitroso

Da Consulta

Circula em Porto Alegre um folder de propaganda de um curso para viabilizar o uso de óxido nitroso como agente anestésico para uso em consultórios de odontólogos. Tal prática tem sido veiculada na televisão. Houve também uma publicação em jornal que constava uma entrevista de uma paciente.

A Sargs solicita providências sobre tais fatos, pois entende que o uso de um agente anestésico inalatório é um ato médico e que tal prática está expondo a população a riscos.

Do Parecer

- 1) O óxido nitroso é um gás utilizado em anestesia geral e que, em altas concentrações, pode levar à hipóxia e conseqüentemente parada cardiorrespiratória.
- 2) O óxido nitroso causa efeitos danosos sobre o organismo, tais como:
 - a) sem efeito depressor sobre o miocárdio;
 - b) produção de hipóxia difusional devido a sua utilização que é feita sempre em altas concentrações (em baixas concentrações inexistente o efeito analgésico do gás),
 - c) possibilidade de produção de toxicidade hematológica e neurotoxicidade;
 - d) a exposição de três a cinco horas por dia, em mulheres, está associada à redução da fertilidade e aumento da freqüência de abortamento espontâneo.
- 3) A administração do óxido nitroso requer treinamento especializado e o uso de monitores que detectem o surgimento de hipóxia. Exige, ainda,

a existência de suporte instrumental adequado para eventual ventilação e reanimação cardiorrespiratória.

Com base nas conclusões da Câmara Técnica de Anestesiologia deste Conselho Regional de Medicina, fixamos posição no sentido de que o óxido nitroso somente poderá ser utilizado pelo profissional médico e especialista em anestesiologia.

Parecer nº 45/2003

**Assunto: Responsabilidade
do Anestesiista na Sala de Recuperação**

Da Consulta

Os membros da Câmara Técnica de Anestesiologia, por unanimidade, decidiram que o assunto mais importante, no momento, do ponto de vista ético e de responsabilidade profissional, é modificar parcialmente a Resolução I.363/93, no que se refere ao Art. 2º, parágrafo VIII: Os critérios de alta do paciente no período de recuperação pós-anestésica são de responsabilidade intransferível do anestesiista.

Do Parecer

Considerando que as técnicas anestésicas evoluíram muito desde a data da edição da Resolução citada, desde o período de internação do paciente até as técnicas de analgesia empregadas, passando pela multiplicação de procedimentos fora do Bloco Cirúrgico, a Câmara solicita editar nova Resolução, em que sejam contemplados os seguintes itens:

- 1) Monitorização com oxímetro de pulso em todos os pacientes internados nas salas de recuperação.
- 2) Determinar aos hospitais que disponibilizem médicos de plantão contínuo nas salas de recuperação normais e nas salas de recuperação intermediárias. Isto se deve freqüência em que são aperfeiçoadas técnicas de analgesia residual prolongada no pós-operatório para melhor conforto do paciente, o que obriga vigilância médica continuada, impossível de ser realizada pelo anestesiista.
- 3) Existe uma tendência mundial de aumento do número de cirurgias ambulatoriais e, em certos hospitais, 60% dos pacientes não chegam a internar-se nas enfermarias. Admitidos na Clínica, dirigem-se direta-

mente ao Bloco Cirúrgico, de onde são transferidos para as salas de recuperação, obtendo, posteriormente, alta hospitalar. É impossível ao anestesista determinar o momento da alta nestes casos, que deve ser individualizada pelo plantonista.

- 4) Ainda como fatores que podem aumentar o risco de acidentes, chamamos a atenção para o uso cada vez mais intenso de técnicas chamadas *fast track*, ou seja, rápido despertar e recuperação, o que pode gerar um desequilíbrio entre as cirurgias realizadas no Bloco Cirúrgico e a capacidade da sala de recuperação em acolher os pacientes com segurança.
- 5) Somam-se a estes fatos as anestésias realizadas fora do Bloco Cirúrgico, com os pacientes encaminhados para a mesma sala de recuperação daqueles provenientes do bloco.
- 6) Não existem critérios universais que se adaptem a todos os pacientes, daí a necessidade da avaliação individual do médico plantonista para coordenar as altas das salas de recuperação.

Parecer nº **57/2003**

**Assunto: Equipamentos Adequados
para Clínica que Faz Analgesia**

Da Consulta

Considerando a Resolução CFM nº 1.670 de junho de 2003.

- 1) Para clínicas médicas que desenvolvam procedimentos de analgesia pergunta-se, em relação ao item I do Art. 1º, quais são os equipamentos adequados para a manutenção da via aérea permeável?
- 2) Em relação ao Anexo II da referida resolução:

Os técnicos do Setor de Serviços de Saúde da Vigilância Sanitária entendem que todos os equipamentos de emergência e reanimação constantes no mesmo (Anexo II) se aplicam a todos os níveis de sedação/analgesia para o tratamento da dor, porém profissionais médicos que atuam em “clínicas da dor” entendem que tais exigências não se aplicariam para os procedimentos relacionados a seguir:

- Bloqueio analgésico via peridural com anestésico e corticosteróide.
- Bloqueio analgésico de gânglio estrelado com anestésico local e/ou clonidina.
- Infiltração de ponto gatilho muscular com anestésico local associado ou não a corticosteróide.
- Bloqueio simpático venoso com anestésico local.
- Bloqueio venoso regional com guanetidina e anestésico local.
- Bloqueio analgésico com implante de cateter via peridural com anestésico local, corticosteróide e/ou morfina.
- Bloqueio intra-articular de ombro e joelho.
- Bloqueio de nervos periféricos.

Pergunta-se:

Qual o entendimento desse Conselho a respeito da questão?

- 3) Considerando que a empresa esteja situada em unidade hospitalar (terceirizada), estaria essa desobrigada de cumprir a Resolução CFM I.670/03, ou seja, dispor de equipamentos próprios?

Em caso de parecer favorável à empresa, desobrigando-a de dispor desses equipamentos, pergunta-se:

Para fins de reanimação, os equipamentos não deveriam estar localizados no ambiente do procedimento?

Do Parecer

Respondendo à primeira pergunta quanto aos equipamentos adequados para a manutenção da via aérea permeável para clínicas médicas que fazem procedimentos de analgesia:

- 1) laringoscopia.
- 2) cânulas de Guedel.
- 3) tubos endotraqueais de vários tamanhos.
- 4) circuito para administrar ativamente oxigênio, tal como ambu, fonte de oxigênio, máscara facial e, idealmente, relaxantes musculares para facilitar a intubação.
- 5) se possível, monitorizações com ECG, oxímetro de pulso e aparelho para medir a pressão arterial.
- 6) aspirador.

Em relação ao segundo questionamento - se todos os equipamentos de emergência e reanimação constantes no Anexo II da Resolução CFM nº I.670/03 se aplicam ou não a todos os níveis de sedação/analgesia para o tratamento da dor -, esta Câmara Técnica entende que a realização de bloqueios analgésicos via peridural com anestésicos, corticóides e morfina deve necessariamente contar com os equipamentos relacionados no Anexo II da referida resolução, tendo em vista a possibilidade de injetarem as drogas, por falha, no espaço subaracnóideo ou em uma veia. Altas doses de anestési-

co local ou opiláceos devem sempre ser administradas com equipamento de reanimação no local do procedimento, seja qual for a via de administração.

Quanto à terceira pergunta – se a empresa (prestadora de serviço) estiver dentro das dependências hospitalares, estaria desobrigada de cumprir a Resolução CFM nº 1.670/03, ou seja, dispor de equipamentos próprios –, entendemos que, se o hospital disponibilizar o equipamento de reanimação para a empresa, ficará desobrigada de adquirir equipamentos próprios. Para fins de reanimação, os equipamentos devem estar localizados no ambiente do procedimento.

Parecer nº 71/2004
Assunto: Ato Anestésico

Da Consulta

- 1) O ato anestésico pode ser executado somente pelo especialista ou por qualquer médico?
- 2) O médico que opera pode, ao mesmo tempo, proceder ato anestésico deste porte?
- 3) Se o hospital disponibiliza sala cirúrgica e permite agendamento de cirurgias em número definido para um dado horário, não se obriga a disponibilizar também anestesistas para todas as salas naquele horário?
- 4) Havendo anestesista na localidade e credenciado no Corpo Clínico mas indisponível para o procedimento eletivo agendado, pode o cirurgião proceder este ato anestésico?
- 5) Havendo cirurgia de urgência em outra sala exigindo a presença do anestesista naquele ato em horário concomitante, pode ser justificativa para o cirurgião proceder, devido a demora e a seu critério, a raquianestesia do paciente?

Do Parecer

A primeira pergunta – se o ato anestésico pode ser executado somente pelo especialista ou por qualquer médico. A Câmara responde que qualquer ato médico pode ser exercido por profissional médico legalmente habilitado.

Quanto à segunda pergunta se o médico que opera pode, ao mesmo tempo, proceder a ato anestésico deste porte –, a Câmara informa que a realização simultânea de anestesia e cirurgia pelo mesmo profissional, exceto em procedimentos mínimos, é considerada antiética.

Respondendo ao terceiro questionamento – se o hospital, ao disponibilizar sala cirúrgica e permitir agendamento de cirurgias em número definido para um dado horário –, não se obriga a disponibilizar também anes-

tesistas para todas as salas naquele horário, a Resolução CFM nº 1.363/93 é clara a respeito, no Art. 1º, parágrafo IV: É ato atentatório à Ética Médica a realização simultânea de anestésias em pacientes distintos pelo mesmo profissional, ainda que seja no mesmo ambiente cirúrgico.

Referente ao quarto quesito – se, havendo anestesista na localidade e credenciado no Corpo Clínico, mas indisponível para o procedimento eletivo agendado, pode o cirurgião proceder a este ato anestésico –, a Câmara Técnica responde que, em princípio, não pode, exceto em caso de urgência com risco de vida.

Quanto à quinta e última pergunta – havendo cirurgia de urgência em outra sala exigindo a presença do anestesista naquele ato em horário concomitante –, pode ser justificativa para o cirurgião proceder, devido à demora e a seu critério, à raquianestesia de seu paciente, esta Câmara Técnica afirma não existir a justificativa pretendida.

Parecer nº 08/2006

Assunto: **Obrigatoriedade de Permanecer Médico de Plantão Durante a Recuperação**

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

Solicito informações quanto às legislações existentes, se houver, de clínica de cirurgia plástica, onde a paciente permanece em regime de recuperação anestésica por um período de 24h, apenas com atendimento de equipe de enfermagem (técnica de enfermagem), não tendo médico de plantão. Há obrigatoriedade de permanecer médico de plantão durante a recuperação? Ou apenas sobreaviso é o suficiente?

Do Parecer

Considerando as condições mínimas de segurança para a prática da anestesia, previstas na Resolução do CFM nº 1.363, de 12 de março de 1993.

Considerando a tendência da realização de procedimentos clínico-cirúrgicos fora de o ambiente hospitalar, buscando a racionalização de custos, a humanização da assistência médica e a demanda crescente por este tipo de estabelecimento.

A Câmara Técnica de Anestesiologia informa que, conforme a Resolução do CFM nº 1.409/94 (Anexo I), a responsabilidade do Anestesiologista extingue-se quando da completa recuperação anestésica do paciente, conforme critérios listados por essa Resolução (1.409/94) no seu Art. 1º, parágrafo III.

Conforme reza a Resolução Cremerj nº 180/01 (Anexo II), ora utilizada para corroborar o pensamento desta Câmara Técnica de Anestesiologia, em seu anexo, item 6.2: As Unidades do tipo II, III e IV estarão obrigadas a garantir, durante todo o período de permanência do paciente em suas dependências, supervisão contínua realizada por pessoal de enfermagem e médico capacitado para atendimento de urgências e emergências.

Câmara Técnica de Angiologia e Cirurgia Vascular

Coordenação:

Dr. Moacir Assein Arús

Componentes:

Dr. Airton Delduque Frankini

Dr. Clávio Moraes Varela

Dr. Gilberto Gonçalves de Souza

Dr. Pedro Pablo Komlós (Presidente)

Desde a instituição desta Câmara Técnica, fez parte:

Dr. Luiz Francisco Machado da Costa

Parecer nº 03/2002

**Assunto: Tratamento de Estenose
Carotídea por Placa de Ateroma**

Da Consulta

A Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vasculuar, através de sua Regional do Rio Grande do Sul, alerta os médicos para fatos relacionados ao tratamento cirúrgico convencional da patologia da artéria carótida. O tratamento tem por objetivo a remoção da placa ateromatosa com a conseqüente prevenção do acidente vascular cerebral (AVC).

Do Parecer

A Câmara Técnica de Angiologia e Cirurgia Vasculuar informa que este procedimento cirúrgico tem as seguintes características:

- 1) Está respaldado pela experiência de mais de 40 anos com bons resultados a curto, médio e longo prazos.
- 2) Os trabalhos cooperativos da América do Norte e da Europa, respectivamente Nascet (N Engl J Med 1991; 325:445-453) e ECST (Lancet 1991; 337: 1235-1243) definiram claramente as indicações para a cirurgia carotídea, quais sejam, estenoses iguais ou superiores a 70% em pacientes sintomáticos.
- 3) Trata-se de um procedimento cirúrgico aceito pela comunidade médica e pelos pacientes há muitos anos, sendo acessível do ponto de vista econômico para as instituições financiadoras de planos de saúde.

Por outro lado, considerando que:

- 1) Há uma ampla divulgação, através de congressos, encontros médicos e fóruns, da oportunidade de tratamento endovascular pelo fato de ser aparentemente menos invasivo.
- 2) Foi constatado que a maior experiência numérica com a angioplastia carotidiana, relatada por Gary Roubin e empregada em 48% de pessoas assintomáticas, portanto sem indicações de tratamento cirúrgico, apresentou 8,1% de complicações nos primeiros 30 dias de seguimento (óbito e AVC).
- 3) É desconhecido o percentual de estenoses pós-operatória, pois geralmente são mostrados somente resultados imediatos, com imagem melhorada. Poucos trabalhos mostram o percentual de reestenose após 12 meses, que pode chegar a 62% dos casos com estenose acima de 60% e 37% dos casos com estenose acima de 80%, segundo o trabalho de Leger, Neale e Harris (J Vasc Surg 2001; 33: 1008-1014).
- 4) No trabalho conhecido como *Cavatas* (Lancet 2001; 357:1729-1737), nos casos tratados pela técnica endovascular, 10% dos procedimentos não foram concluídos por impossibilidade técnica de transpor a lesão, alternativa esta que inexistente na cirurgia convencional. Além disso, no mesmo trabalho, todos os óbitos ocorridos onde foi empregada a técnica endovascular, oito pacientes, foram causados por AVC, enquanto que dos quatro óbitos registrados no grupo de pacientes submetidos à cirurgia convencional, apenas um caso teve como causa o AVC.

Com base nessas afirmações, a SBACV-Regional RS ressalta que a análise independente demonstra supremacia significativa dos resultados obtidos pela cirurgia convencional em relação à técnica endovascular, como foi bem demonstrado na metanálise realizada pela equipe do prof. Roger Greenhalgh, na Inglaterra, e publicada recentemente (Stroke 200; 31:1439-1443). Nesta metanálise as diferenças foram de 4% de óbitos e AVC com a cirurgia convencional e de 8% com a técnica endovascular. Assim sendo, recomenda-se prudência aos médicos ao indicar ou aceitar a indicação de um novo procedimento que esteja fora dos protocolos de pesquisa, que não tenha comprovado sua eficácia de forma incontestável e que ainda não tenha sido autorizado pela FDA dos Estados Unidos.

Parecer nº 60/2004

Assunto: Próteses Arteriais de Dacron

Da Consulta

Em realização de cirurgias vasculares maiores (cirurgia da aorta e de artéria femoral), são necessárias próteses arteriais, de alto custo. Havendo dois tipos de próteses, uma de Dacron outra de PTFE, com custo econômico muito diferenciado, solicitamos esclarecimentos quanto:

- 1) Qual a real indicação de uma ou outra?
- 2) São sempre equivalentes ou uma delas tem indicação em situação clínica especial?
- 3) Médico que utiliza a mais econômica (prótese de Dacron), tem respaldo científico para manter a sua utilização?

Do Parecer

Pode-se responder aos três quesitos com o texto abaixo:

As próteses de dacron têm indicação preferencial, classicamente, conforme dados da literatura pertinente. No setor infra-inguinal, a primeira escolha deve ser um enxerto venoso, por se tratar de material autólogo.

Em relação à escolha do tipo de prótese sintética (dacron ou PTFE), quando não houver veia disponível, o dacron é a escolha adequada, exceto em casos em que há necessidade de cruzar a articulação do joelho.

Sugere-se, para maiores esclarecimentos, consulta aos livros-texto:

- Doenças Vasculares Periféricas – Editora Medsi; Maffei et al (editores) 2002
- Cirurgia Vascular – Editora Revinter; Brito et al (editores) 2002

Câmara Técnica de Auditoria em Saúde

Coordenação:
Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes:
Dr. Antônio Gilberto Cardoso
Dr. César Augusto Trinta Weber
Dr. Danilo Gonçalves Coelho
Dr. Eduardo Dias Lopes
Dr. Israel Berger

Parecer nº 04/2006

Assunto: Sistema de Auditoria Presencial

Da Consulta

É possível um plano de saúde implantar um sistema de auditoria presencial que tem o intuito de revisar documentos, entrevistar clientes e visitar as unidades de tratamento para coleta de dados através de:

- 1) Pesquisa de satisfação do cliente.
- 2) Análise da qualidade dos serviços prestados.
- 3) Aferimento de compatibilidade entre medicamentos, procedimentos e insumos prescritos e efetivados.
- 4) Entendimento do estudo da compatibilidade dos medicamentos, procedimentos e insumos com análise dos custos finais das contas hospitalares.
- 5) Observação do correto preenchimento dos formulários necessários aos processos do plano em todos os níveis de procedimentos hospitalares.

O objetivo é o acompanhamento de toda internação hospitalar do paciente, analisando *in loco*, à luz do prontuário e da vista técnica, a pertinência e adequação da cobrança das contas hospitalares e qualidade da assistência prestada.

Do Parecer

A Câmara Técnica de Auditoria em Saúde informa que é possível um plano de saúde implantar um sistema de auditoria presencial, devendo, contudo, serem observados os preceitos éticos e legais que norteiam o exercício desta área de atuação da medicina e garantir ao médico assistente a sua autonomia para o exercício profissional.

Com relação aos dois primeiros itens, entendemos, salvo melhor juízo, que a pesquisa de satisfação do cliente e a análise da qualidade dos serviços prestados são atividades mais afetas à área administrativa, o que não significa negar que os relatórios de auditoria poderão trazer resultados que auxiliem esta área.

Analisando o terceiro item, que trata do aferimento de compatibilidade entre medicamentos, procedimentos e insumos prescritos e efetivados, entendemos que é pertinente à atuação do auditor.

Com relação ao quarto item, informamos que não é função do auditor gerenciar custos e, sim, observar os aspectos técnicos.

Salientamos, ainda, que observar o correto preenchimento dos formulários necessários aos processos do plano em todos os níveis de procedimentos hospitalares é pertinente à atuação do auditor. Entendemos, entretanto, que o zelo de tais documentos é de competência da equipe médica e do diretor médico do hospital.

Câmara Técnica de Cancerologia

Coordenação:

Dr. José Pio Rodrigues Furtado

Componentes:

Dr. Ailzo José da Costa

Dr. Hernani Robin Júnior

Dr. James Freitas Fleck

Dr. José Luiz Miranda Guimarães

Dr. Sérgio Lago

Parecer nº 44/2003
Assunto: Realização
de Quimioterapia por Mastologista

Da Consulta

Um médico mastologista titulado pela Sociedade Brasileira de Mastologia e Conselho Federal de Medicina, gostaria de saber se há impedimento quanto à realização de quimioterapia para o tratamento do câncer de mama, visto que sua especialidade permite o tratamento das patologias mamárias (benignas e malignas), assim como a realização de cirurgias de reconstrução mamária e dos procedimentos de quimioterapia para o tratamento de neoplasias mamárias malignas.

Do Parecer

Pelo artigo 135 do Código de Ética Médica, que veda anunciar títulos científicos que não possa comprovar ou especialidade para a qual não esteja qualificado, entendemos que o médico mastologista não poderá anunciar a especialidade de quimioterapia (oncologia clínica) se não possuir tal especialização.

A especialidade de Mastologia não habilita à realização de procedimentos na área de Oncologia Clínica, tais como: quimioterapia, imunoterapia, transplante de medula óssea e terapia molecular. Entretanto, qualquer médico não habilitado que as pratique deverá assumir toda a responsabilidade ética e legal pelos seus atos, conforme dispõe o Código de Ética Médica. Neste sentido, a Câmara Técnica entende que, para fazer quimioterapia, há de se comprovar habilitação específica para tal, conferida pela Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.

Parecer nº 26/2004

Assunto: Terapia Fotodinâmica

Da Consulta

Trata-se do questionamento acerca do procedimento terapia fotodinâmica com utilização de visudyne. “Precisamos saber se o procedimento já é reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina, ou se ainda é um tratamento experimental”.

Dos Pareceres

Do ponto de vista oncológico, o procedimento terapia fotodinâmica com objetivos terapêuticos é meramente experimental.

O procedimento acima é reconhecido pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia, não sendo um ato experimental. Sua indicação é muito precisa, com resultados limitados, já tendo sido, inclusive, aprovado pela FDA (Food and Drugs Administration).

Conforme o exposto acima, entende-se que para a área da oncologia ele é experimental, no entanto, para a especialidade da oftalmologia, o procedimento pode ser usado.

Câmara Técnica de **Cardiologia**

Coordenação:

Dra. Céio Paranhos de Lima

Componentes:

Dr. Alfeu Roberto Rombaldi

Dr. Flávio Veras Aquino

Dr. Gustavo Glotz de Lima

Dr. João Paulo Zouvi

Dr. Roberto Schuster (Presidente)

Dr. Sérgio Vasconcellos Dornelles

Desde a instituição desta Câmara Técnica, fez parte:

Dr. Luiz Carlos Van Der Sand

Parecer nº **28/2002**

Assunto: Interpretação de Laudos de Eletrocardiogramas de Repouso

Da Consulta

A realização do eletrocardiograma de repouso e sua interpretação.

Do Parecer

- 1) O eletrocardiograma de repouso não pode ser dissociado do laudo médico.
- 2) Sua realização pode ser compartilhada com outros profissionais da área médica, mas sua solicitação, laudos ou interpretação são atos privativos do médico.
- 3) Na ausência do médico interpretador, em hospitais e clínicas, o laudo de eletrocardiograma pode ser feito pelo médico solicitante quando habilitado, devendo este ser o beneficiado na relação econômica com o agente financiador.
- 4) O médico interpretador de eletrocardiograma deve estar ciente da sua responsabilidade, respondendo pelos danos e prejuízos decorrentes de imperícia, imprudência ou negligência.
- 5) O laudo eletrônico não pode ser considerado devido, entre outras limitações, a não prever a responsabilidade técnica do ato médico inerente.

Parecer nº 18/2003

Assunto: Hipertensão Arterial Sistêmica

Da Consulta

Qual a especialidade que trata os hipertensos? Nem mesmo nos postos de saúde e hospitais tem-se conseguido uma resposta. Existe um jogo entre clínicos gerais e cardiologistas, acabando sempre com o clínico geral.

Do Parecer

A hipertensão arterial sistêmica é uma patologia que pode ser tratada por qualquer profissional médico. Na divisão por especialidades, foco do questionamento, os médicos que mais freqüentemente tratam a hipertensão são os clínicos (internistas), cardiologistas e nefrologistas.

Parecer nº 20/2003

Assunto: **Marca-passo Cardíaco**

Da Consulta

A Unimed Porto Alegre opera hoje com diferentes contratos assistenciais que apresentam módulos de cobertura contratuais igualmente diferenciados (contratos antigos ainda vigentes). Em vários destes contratos existem cláusulas de exclusão contratual para órteses, próteses ou ambas. Há dificuldades em caracterizar algumas exclusões. A dúvida neste campo é a seguinte:

- 1) Marca-passo cardíaco é considerado órtese ou prótese?
- 2) Podemos considerar a instalação do marca-passo uma cirurgia cardíaca?

Visto que o coração propriamente dito não é abordado diretamente, o implante é realizado por punção e o gerado é instalado no subcutâneo da parede torácica e atualmente o mesmo também é instalado por hemodinamicistas, cardiologistas e intensivistas.

Do Parecer

O marca-passo definitivo implantável constitui-se numa prótese, uma vez que substitui artificialmente uma função do organismo humano danificada por doença ou acidente.

O ato de implante do marca-passo definitivo configura um procedimento cirúrgico de pequeno porte, cuja realização compete ao cirurgião cardíaco e ao cardiologista, quando capacitados. Quanto ao implante do marca-passo temporário, implantado em situações de urgência, é realizado por cardiologistas, cirurgiões ou intensivistas habilitados na área. Cabe lembrar que todo profissional médico tem liberdade para executar qualquer ato privativo da sua profissão. Deve, para isto, estar adequadamente preparado e devidamente habilitado, uma vez que assume a responsabilidade pelo ato e responde, em contrapartida, pelos danos e prejuízos eventualmente provocados por imperícia, imprudência ou negligência.

Da Consulta

- 1) Qual a definição do stent?
- 2) É considerada uma prótese. Se positivo, qual a sua necessidade?
- 3) A partir de quando o stent foi utilizado no Brasil?
- 4) O stent é considerado um procedimento de vida ou morte quando não colocado no paciente?

Do Parecer

As indicações para implante do *stent* são classificadas em:

Classe I: Situações em que existe concordância geral para o uso da endoprótese. Ao lado de cada indicação classe I segue, entre parênteses, o estudo randomizado que lhe serve de fundamento, se houver.

Classe II: Situações em que freqüentemente há indicação para o implante do *stent*, mas não existe concordância geral quanto à necessidade absoluta de seu emprego. Nessas condições, o senso clínico, a experiência e a individualização de cada decisão poderão incluir ou excluir certo número de casos.

Classe III: Situações em que há concordância geral de que o implante não deve ser praticado.

1) Indicações - Classe I

a) situações eletivas

- Pacientes com angina estável ou assintomáticos apresentando testes funcionais positivos, doença uniarterial, vaso-alvo natural ou ponte de safena 2,5mm, lesão primária ou reestenótica 50%, com extensão 30mm, com ou sem presença de cálcio ou trombo, em presença de músculo viável (Benestent I e II, Stress I e II, Rest, Saved).

- Pacientes com angina estável ou assintomáticos, com testes funcionais positivos e doença multiarterial, com lesões próprias para o implante de *stents*, em vasos naturais ou enxertos 3,0mm, lesões primárias ou reestenóticas 50%, extensão das lesões 20mm, em presença de músculo viável (revascularização anatômica completa) – Arts.

b) situações de emergência

- Pacientes portadores de angina instável (recente começo, em repouso, progressiva, pós-infarto), com lesão-alvo em vaso natural ou ponte de safena 2,5mm, lesão 50%, com ou sem trombo, com ou sem comprometimento do fluxo, extensão 20mm, independentemente das repercussões sobre a função ventricular esquerda. Nos casos com comprometimento multiarterial, o operador pode tratar a lesão culpada e as demais num só procedimento ou de forma estagiada, ou então, somente a lesão culpada, se as demais não forem adequadas para o implante de *stents* – nesta circunstância, a revascularização poderá ser completada com cirurgia eletiva – Frisc II.
- Pacientes em vigência de infarto agudo do miocárdio, nas primeiras 12 horas, com ou sem choque cardiogênico, sem o uso prévio de fibrinolíticos, vaso culpado com lesão 50%, independentemente da qualidade do fluxo coronário (*stent* primário), (*stent* pami, cadillac, shock). Entre 12 e 24 horas de retardo, o *stent* primário pode ser empregado, se houver evidências de músculo viável (dor persistente, ST supra-desnivelado).
- Pacientes com infarto agudo no miocárdio, após o uso bem-sucedido de fibrinolíticos, com lesão 50%, independentemente da qualidade de fluxo (o momento do emprego do *stent* fica, fase hospitalar ou até 30 dias pós-IAM, a critério clínico, baseado na evolução e na estabilidade hemodinâmica).
- Pacientes com infarto agudo do miocárdio, após insucesso do fibrinolítico, com retardo de 24 horas, em presença de sinais de músculo viável (persistência da dor e de alterações do segmento ST), com lesão 50%, independentemente da qualidade do fluxo (*stent* de resgate) – Rescue.
- Pacientes que apresentem risco de oclusão aguda do vaso alvo ou oclusão aguda estabelecida, decorrentes de grave dano vascular, devido a manipulações com cateteres diagnósticos coronários (cinecoronariografia) ou pós-ação

do balão, laser ou ateromas, com ou sem instabilidade clínica-hemodinâmica (Stent-by, Tasc I e II).

2) Indicações – Classe II

a) situações eletivas ou de emergência

- Lesões-alvo com extensão 30mm, em pacientes com doença uniarterial e vaso com diâmetro de referência 2,5mm.
- Lesões-alvo aorto-ostiais e não-aorto-ostiais (em leito natural ou enxertos venosos).
- Oclusão crônica, com período estimado de ocorrência de 3 meses, com aspecto em funil e presença de músculo viável, dor anginosa persistente e/ou isquemia miocárdica detectável pelos testes funcionais, com ou sem circulação colateral demonstrável angiograficamente.
- Lesão-alvo em vaso de diâmetro de referência menor a 2,5mm, irrigando importante massa miocárdica, com presença de isquemia demonstrável funcionalmente e/ou de angina.
- Tronco de coronária esquerda não protegido por circulação colateral ou cirurgia de revascularização prévia, em pacientes com contra-indicação operatória, desde que haja sistema de suporte cardiocirculatório (esta indicação passará a classe III caso não haja suporte cardiocirculatório no laboratório de cateterismo cardíaco).
- Pontes de safena degeneradas, com bom leito distal, em qualquer período de evolução pós-operatória.
- Doença multiarterial, em que não se possa promover revascularização anatômica completa, contudo as lesões-alvo que irrigam os maiores territórios em risco possam ser tratadas com stents (revascularização completa funcional).

3) Indicações – Classe III

a) situações eletivas ou de emergência

- Lesões difusas, em vaso-alvo menor 2,5mm, em um ou múltiplos territórios.
- Oclusões crônicas, com anatomia desfavorável, sem presença de músculo viável ou com evolução apreciada em três meses.
- Lesão-alvo em vaso derradeiro 2,5mm, de fácil acesso, adequada para o implante de stent, mas em hospitais que não disponham de sistema de suporte cardiocirculatório (esta indicação passará a classe

II, caso haja suporte cardiocirculatório à disposição, no laboratório de cateterismo cardíaco).

O stent foi utilizado primeiramente no Brasil em 1987, com caráter pioneiro em plano mundial, e a disseminação de seu uso ocorreu alguns anos mais tarde.

Não há dúvidas de que o emprego crescente do stent, hoje utilizado na grande maioria dos procedimentos de coronarioplastia percutânea, constitui o maior avanço da cardiologia intervencionista. O implante do stent aperfeiçoa os resultados imediatos, minimizando os riscos da oclusão coronariana aguda e subaguda, com seus potenciais e expressivas conseqüências vinculadas à morbimortalidade. Adicionalmente, o stent qualifica os resultados tardios com redução da reestenose e da necessidade de reintervenção na obstrução coronariana tratada.

Parecer nº 28/2004

**Assunto: Obrigatoriedade do Exame
ECG Antes dos Testes Ergométricos**

Da Consulta

Solicitação de parecer acerca da obrigatoriedade ou não da realização de ECG de repouso de rotina, antes da realização de teste ergométrico, tanto solicitado pelo cardiologista que realiza o exame como por outro colega.

Do Parecer

- 1) É obrigatória a realização de ECG prévio ao teste, imediatamente antes de sua execução. ECG de dia anterior ou mesmo horas antes do exame não deve ser usado como prévio ao teste.
- 2) Não importa se o teste será ou não realizado pelo médico que solicitou o exame ergométrico e se é ou não cardiologista.
- 3) De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, o ECG prévio faz parte do exame e, portanto, desta forma deve proceder o laboratório de ergometria.
- 4) A cobrança de ECG prévio é controversa e deve ser acertada entre as partes.
- 5) O médico que realizar o teste deve receber o valor de uma consulta além do teste, pois tem que fazer uma anamnese e um exame clínico dirigido antes da realização do mesmo, pois este é um exame de risco.

Parecer nº 13/2005

Assunto: Procedimento Angioplastia Coronária com Stent Clínico ou Cirúrgico

Da Consulta

Procedimento de Angioplastia Coronária com colocação de stent é considerado procedimento clínico ou cirúrgico?

Do Parecer

Em resposta, endossamos o parecer da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista – Departamento da Sociedade Brasileira de Cardiologia, firmado por seu presidente, Dr. Ronaldo da Rocha Loures Bueno:

Em atenção ao ofício CGCT nº 262/04 sobre esclarecimento quanto os procedimentos de cardiologia intervencionista serem classificados na categoria clínico ou cirúrgico, esclarecemos o seguinte:

- 1) Historicamente, a angiologia coronária com colocação de stent tem sido considerada procedimento cirúrgico, para efeitos burocráticos, tanto no sistema público como privado de saúde. No nosso entendimento, com certeza, não se enquadra como procedimento clínico.
- 2) Todos os procedimentos intervencionistas realizados pela Área de Atuação em Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, como a própria denominação diz, são procedimentos intervencionistas.
- 3) Entendemos que os procedimentos intervencionistas realizados não só na cardiologia intervencionista, mas também por outras especialidades, são alternativos à cirurgia. As suas indicações são feitas nas mesmas bases da indicação de um procedimento cirúrgico, porém realizados a céu fechado.”

Câmara Técnica de Cirurgia Cardiovascular

Coordenação:

Dr. Fernando Antônio Lucchese

Componentes:

Dr. Gilberto Venossi Barbosa (Presidente)

Dr. João Ricardo Michielin Sant'Anna

Dr. José Airton Barão Ceratti

Dr. Rubens Lorentz de Araújo

Dr. Wagner Michael Pereira

Parecer nº 42/2005

Assunto: Percentual de Mortalidade em Pacientes Submetidos às Cirurgias Cardíacas.

Da Consulta

Questionamento sobre o percentual de mortalidade nos pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico em determinado município com relação aos percentuais estadual e nacional.

Do Parecer

No referente ao percentual de mortalidade de pacientes submetidos às cirurgias cardíacas, é usual estabelecer este valor em função das características dos pacientes (e que em última análise definem sua gravidade), das condições em que as cirurgias foram realizadas e da experiência da equipe cirúrgica. Assim, não apenas o tipo de cirurgia define um percentual de mortalidade aceitável.

Desta maneira se posiciona a Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, quando consultada pelo Cremers. Apenas é referida uma mortalidade geral de 1 a 10%, não específica aos procedimentos citados.

Contudo, se identifica em publicações nacionais e se reconhece da experiência cirúrgica de equipes a que pertencem membros desta Câmara Técnica que percentuais de mortalidade para cirurgias cardíacas rotineiras podem ser assim definidos:

- Revascularização miocárdica sem uso de CEC: até 8%
- Revascularização miocárdica com uso de CEC: até 6%
- Troca valvar associada a revascularização miocárdica: 5 a 15%
- Plástica valvar múltipla: 4 a 8%
- Implante de prótese valvar: 4 a 12%

Uma análise dos dados apresentados, superficial na medida em que não houve estratificação dos grupos de pacientes, permite revelar:

- 1) O número de pacientes operados a cada período é reduzido, o que pode ter contribuído para a mortalidade uma vez que se pressupõe como um dos fatores capazes de fornecer resultados em medicina de alta complexidade, a experiência e atuação seguida da equipe de atendimento.
- 2) O percentual de mortalidade é elevado nos procedimentos de revascularização miocárdica com uso de CEC, na troca valvar com revascularização miocárdica e na plástica valvar múltipla.
- 3) O percentual de mortalidade é limitado ao observado na experiência nacional e estadual quanto ao implante de prótese valvar.
- 4) O percentual de mortalidade é favorável tanto quanto à experiência nacional e estadual como quanto à cirurgia de revascularização miocárdica sem CEC.

Câmara Técnica de Cirurgia Geral

Coordenação:

Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes:

Dr. Antônio Carlos Weston

Dr. Jarbas Marinho Branco Cavalheiro

Dr. Leandro Totti Cavazzola

Dr. Luiz Alberto De Carli (Presidente)

Dr. Marcelo Garcia Toneto

Parecer nº 07/2003**Assunto: Atuação da Unimed
no Exercício Profissional**

Da Consulta

Pode um convênio impedir o livre exercício do médico ao negar o direito do paciente de resolver mais de uma patologia no mesmo ato cirúrgico, quando os procedimentos não são todos autorizados ou contratualmente contemplados? E quando o paciente tem hérnia apenas ou refluxo sem hérnia tem-se cobrado do plano o procedimento de hérnia ou de refluxo, porém, quando há concomitância das duas patologias entende-se que os dois procedimentos deveriam ser pagos. O revisor do plano justifica o não-pagamento, a atuação em mesma região e mesmos órgãos e, em conduta autoritária e restritora, emite parecer de sala com ar-condicionado, a meu ver fazendo pouco caso da complexidade que envolve muitas vezes uma volumosa hérnia de hiato associado a lesões esofágicas.

Do Parecer

As assertivas e conclusões exaradas nas diferentes instâncias deste Conselho estão todas em convergência e amplamente consubstanciadas pelos princípios bioéticos da beneficência (resolver as patologias do paciente no mesmo ato cirúrgico e anestésico), da não-maleficência (desde que não aumente o risco cirúrgico) e, principalmente da autonomia (visto que o paciente deve ter o arbítrio de submeter-se ou não a vários procedimentos no mesmo momento, ainda que por patologias que desconheciam e foram diagnosticadas pelo cirurgião ao exame físico pré-operatório).

A Câmara Técnica de Cirurgia Geral emitiu seu parecer concluindo que “quando houver indicação cirúrgica evidente e não houver aumento do risco operatório para o paciente, parece-nos preferencial a resolução das diferentes patologias cirúrgicas no mesmo ato”.

Após solicitação de manifestação sobre o assunto, do ponto de vista jurídico, os contratos vinculados aos planos de saúde ou seguro-saúde devem ter suas cláusulas interpretadas de modo a concluir que, sem aumento de riscos para o paciente, mesmo que os procedimentos não sejam autorizados (ou contemplados), é direito do paciente resolver mais de uma patologia no mesmo ato cirúrgico.

Assim sendo, do ponto de vista ético, e, como vimos, também pela óptica jurídica, a resposta oferecida pela Câmara Técnica de Cirurgia Geral, em tese, está completamente justificada.

Quanto à relação contratual, as cirurgias devem ser hierarquizadas, como, por exemplo, já é praxe de todos os convênios para o pagamento de cirurgias múltiplas. Isto é, à cirurgia principal são pagos 100% dos honorários médicos e às secundárias, valores sucessivamente menores.

Somente uma hierarquização poderá determinar cabalmente o risco maior ou a precedência da beneficência ou da não-maleficência em relação à autonomia.

Assim sendo, exemplificamos que não é de todo aceitável valer-se de uma colecistectomia (autorizada por qualquer convênio) para justificar a realização, no mesmo tempo, de uma cirurgia bariátrica (não autorizada ou não contemplada no contrato), pois, no caso, tem precedência o princípio da não-maleficência. Significa dizer que obviamente a cirurgia bariátrica aumenta, e muito, o risco de uma colecistectomia, embora o contrário possa ser possível. Há, portanto, que se ter priorização das patologias a serem tratadas cirurgicamente. As demais ou concomitantes têm que ter o caráter secundário para aquele momento da vida do paciente.

Nesse passo, norma que regule a realização de cirurgias múltiplas deve considerar esta hierarquização de cada procedimento, hierarquização (ou priorização) essa definida à luz dos princípios bioéticos da beneficência e não-maleficência.

Parecer nº 10/2003

Assunto: **Definição de Cirurgia Eletiva e Cirurgia de Urgência**

Da Consulta

Existe alguma resolução (ou coisa parecida) que defina cirurgia eletiva e cirurgia de urgência. Como saber se uma cirurgia traumatológica ou neurológica é urgente e quando deixa de ser urgente?

Do Parecer

De acordo com a Resolução CFM nº 1.451/95, as cirurgias de urgência e de emergência são definidas no Art. 1º, parágrafos 1º e 2º, respectivamente:

§ 1º – 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.

§ 2º – 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*.

As situações que não preencham os critérios acima, e na qual o procedimento pode ser marcado com certa antecedência ou programação entre médico e paciente, devem ser definidas como cirurgias eletivas.

Parecer nº **22/2004**

**Assunto: Qualificação Médica:
Primeiro Auxiliar de Procedimento
Cirúrgico Eletivo.**

Da Consulta

Definição e qualificação do médico “primeiro auxiliar de procedimentos cirúrgicos eletivos”:

- 1) Deve ser cirurgião?
- 2) Pode ser médico não especializado em cirurgia?

Do Parecer

A Resolução CFM nº 1.490/98 normatiza a formação da equipe cirúrgica, determinando em seu artigo 1º que a composição da equipe é de responsabilidade direta do cirurgião titular e deve incluir profissionais de saúde devidamente qualificados.

Câmara Técnica de Cirurgia Plástica

Coordenação:

Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes:

Dr. Alexis Lemos Pacheco

Dr. Everton Figueiredo Oliveira Cezar

Dr. José Francisco Wechsler (Presidente)

Dr. Léo Francisco Doncatto

Dr. Rinaldo De Angeli Pinto

Desde a instituição desta Câmara Técnica, fez parte:

Dr. José Citrin (como Coordenador)

Parecer nº 26/2003

**Assunto: Técnica de Implante
de Cabelo com Laser**

Da Consulta

Questionamento sobre a técnica denominada implante de cabelo fio a fio com laser - se é recomendada, segura, e quais são seus resultados e riscos.

Do Parecer

A técnica denominada implante de cabelo é um procedimento reconhecido e aceito, mundialmente, nos meios científicos.

Todos os demais questionamentos devem ser elucidados quando da consulta ao médico, sendo avaliadas as particularidades de cada caso.

Parecer nº 49/2003

Assunto: Bioplastia e Fio Russo

Da Consulta

Trata-se de três anúncios publicados no *Jornal Zero Hora*, um deles respondendo o que é bioplastia e os demais anunciando a bioplastia e o fio russo.

Do Parecer

Com relação à bioplastia, trata-se de um neologismo que, até o presente momento, não é encontrado na literatura médica especializada. Quanto ao fio russo, produto novo que está sendo utilizado ainda sem publicação científica que justifique sua utilização, não figura na literatura especializada atual, nem em livros recentes e revistas da especialidade.

A Câmara Técnica considera os anúncios avaliados neste expediente propaganda imoderada.

Parecer nº 26/2006
Assunto: Reconstrução Facial

Da Consulta

Pode um médico, que está na área de microcirurgia reparadora e reconstrução facial, confeccionar órteses faciais (externas aos tecidos mucocutâneos) para tratamento complementar reconstrutivo? A órtese facial, que proporciona uma melhora no perfil da reintegração social com o disfarce facial obtido, e a possibilidade da visualização pronta da área afetada removendo-se a órtese, mostram-se de grande valia na condução dos casos afetados.

Do Parecer

A Câmara Técnica de Cirurgia Plástica manifesta que a confecção de órtese facial (leia-se prótese) pode ser realizada por profissional médico.

Câmara Técnica de Cirurgia Torácica

Coordenação:

Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes:

Dr. Airton Schneider

Dr. Alberto Kaemmerer

Dr. Darcy Ribeiro Pinto Filho

Dr. Jayme Oliveira Rios

Dr. José de Jesus Peixoto Camargo (Presidente)

Parecer nº 08/2004

**Assunto: Aneurisma de Aorta Torácica
(Correção da Cirúrgica)**

Da Consulta

Trata-se do questionamento acerca da divergência de interpretação contratual, no que diz respeito ao Aneurisma de Aorta Torácica – correção cirúrgica, código Tabela AMB/92 40.04.001-I: está enquadrado na Cirurgia Cardíaca ou Torácica?

Do Parecer

Após análise do Protocolo Cremers nº 2.424/04, esta Câmara Técnica entende que o aneurisma de Aorta Torácica, correção cirúrgica, está fora da esfera de atuação do cirurgião torácico, estando a cargo do cirurgião cardíaco e/ou vascular.

Câmara Técnica de Clínica Médica

Coordenação:

Dr. Flávio José Mombrú Job

Componentes:

Dr. Alexandre Moretto

Dr. Édison Pizzato (Presidente)

Dr. Jorge Luiz Fregapani

Dr. Marcelo Basso Gazzana

Desde a sua instituição também fizeram parte desta Câmara Técnica os colegas:

Dr. Luciano Castro Gomes de Mello

Dr. Newton Monteiro de Barros

Parecer nº **89/2004**

**Assunto: Legislação que Estabelece
Faixa Etária para Atendimento Clínico**

Da Consulta

Trata-se do questionamento acerca da existência ou não de legislação e/ou literatura quanto ao estabelecimento das faixas etárias atendidas pelo médico clínico.

Do Parecer

Em resposta ao questionamento sobre as faixas etárias atendidas pelo clínico, não existe uma legislação clara e objetiva, tanto da parte do Conselho Federal de Medicina como dos órgãos públicos reguladores. Porém, baseados na legislação e na literatura, podemos afirmar o seguinte:

- 1) No Sistema Único de Saúde (SUS) como nos hospitais privados, existe um limite fixado em 12 anos para que o pediatra preste assistência.
- 2) Quanto à legislação municipal de Porto Alegre, o Conselho Municipal de Saúde considera a adolescência dos 10 aos 20 anos, o Conselho Tutelar, dos 12 aos 18 anos incompletos e em situações especiais até os 21 anos de idade.
- 3) Pelos critérios da Academia Americana de Pediatria, é definida a adolescência dos 13 aos 21 anos.
- 4) Na literatura brasileira, segundo Marcondes, *Pediatria Básica*, Tomo I, a adolescência divide-se em três períodos: pré-puberal, puberal e pós-puberal, numa faixa etária de 10 aos 20 anos.

Concluindo, esta Câmara Técnica entende que existe um limite de idade até os 12 anos para prestação da assistência em Pediatria. Até os 21 anos, a assistência pode ser prestada tanto pelo médico clínico como pelo pediatra. Acima dos 21 anos de idade, o atendimento é realizado pelo médico clínico.

Parecer nº 27/2005
Assunto: Uso de Fitoterápicos

Da Consulta

A Prefeitura de Três Passos, conjuntamente com a Unijui, possui um programa de produção de óleos e plantas medicinais. Como propõe-se ao uso dessas plantas nos postos de saúde locais, gostaria de saber a posição ética e científica dessa Câmara Técnica sobre o assunto.”

Do Parecer

Conforme a Resolução RDC nº 48, de 16 de março de 2004, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), os medicamentos fitoterápicos apresentam regulamentação específica e seu uso deve seguir princípios da farmacologia clínica. Isto é, demonstrar em ensaios randomizados, controlados, duplos-cegos, de tamanho amostral adequado e rigorosa metodologia científica que apresentem segurança terapêutica e eficácia clínica, no contexto para o qual são indicados no respectivo bulário.

Existem, no mercado brasileiro, diversos fitoterápicos comercializados. Muitos de seus princípios ativos não foram testados, conforme as recomendações acima e, conseqüentemente, não podem ser técnica e eticamente recomendados.

Cabe ressaltar que a produção artesanal de fitoterápicos deve ser testada através de estudos de bioequivalência, mesmo que o seu princípio ativo tenha demonstrado eficácia e segurança, visando que o paciente obtenha o benefício esperado.

Parecer nº 85/2005

**Assunto: Como devem ser fornecidas
as informações dos exames realizados?**

Da Consulta

O parecer do eminente Conselheiro Federal, com relação à consulta do CRM-DF, aprovado em sessão plenária de 07/08/03 é bem claro no sentido da não-divisão do comando da assistência médica prestada ao paciente ao mesmo tempo em que não veda qualquer contribuição que lhe seja benéfica.

Tal opinião é endossada no parecer emitido pela Consultoria Jurídica do Cremers, em 02/03/04.

Faço, entretanto, uma observação que a meu juízo é pertinente. Como deve esta sugestão ser encaminhada ao assistente? Penso que a comunicação no corpo do laudo não seja o veículo adequado, pois pode gerar uma situação desconfortável na relação médico-paciente se o assistente conhece em sua totalidade e não apenas o observado quando da realização do exame e pode entender não ser necessário o prosseguimento da investigação, mas existindo a sugestão no laudo há de modo claro, se não interferência no trabalho, um possível ponto inicial de eventual atrito.

O contato deveria ser telefônico?

Por escrito, mas em outro envelope?

Do Parecer

Com base na solicitação acima, a Câmara Técnica de Clínica Médica concorda com os pareceres do Conselheiro do Conselho Federal de Medicina e do Consultor Jurídico do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul.

As informações dos exames realizados devem ser fornecidas diretamente ao médico assistente, já que as suas conclusões podem ser danosas ao paciente, infringindo o artigo 59 do CEM. Ressaltamos que a comunicação final do processo diagnóstico deve ser de responsabilidade do médico assistente do paciente.

Câmara Técnica de Dermatologia

Coordenação:

Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes:

Dr. César Bimbi

Dr. José Carlos Riccardi Guimarães

Dra. Maria de Lourdes Pereira Barradas

Dra. Miriam Pargendler Peres (Presidente)

Desde a sua instituição também fizeram parte desta Câmara Técnica os colegas:

Dr. Antônio Carlos Bastos Gomes (como Coordenador)

Dra. Magda Blessmann Weber

Parecer nº 06/2003
Assunto: Tratamento
com Ácido Glicólico para Estrias

Da Consulta

Esclarecimentos sobre como é feito o tratamento com ácido glicólico, para estrias, em região glútea.

Do Parecer

O ácido glicólico (alfa-hidroxiácido), devido a suas propriedades de esfoliação química, estímulo à renovação celular e síntese de colágeno, pode ser usado para o tratamento de estrias visando à melhoria do aspecto estético da pele acometida, no que tange a sua cor e textura.

O ácido glicólico pode ser usado em terapias associado a outros químicos, como ATA (ácido tricloroacético), antioxidantes, ácido retinólico, etc.

As formulações utilizadas devem respeitar as seguintes diretrizes:

- 1) Concentrações até 10%, com Ph maior ou igual a 3,5%, podem ser usadas em regime domiciliar, de uso contínuo, inclusive em preparatos cosméticos.
- 2) Concentrações maiores, até 70% (com Ph ácido), podem ser usadas em peelings seriados e devem ter prescrição médica, pois induzem maior esfoliação e, conseqüentemente, maior risco de efeitos colaterais (irritação, eritema, discromias, etc.), devendo ter seu uso monitorado por médico.

Quanto aos peelings, é importante salientar:

- 1) Ácido glicólico deve ser neutralizado em tempo hábil.

- 2) Paciente deve ser orientado e seguir, rigorosamente, os cuidados pós-peeling (não exposição solar, higiene adequada, evitar traumatismos, etc.).
- 3) Procedimentos de esfoliação química com objetivos de renovação tecidual – via ativação da função de fibroblastos e aumento nas taxas de proliferação celular – envolvem inevitavelmente graus variados de eritema, descamação, prurido ou ardência no local aplicado. O surgimento desses sinais é normal no procedimento, sendo sua intensidade variável conforme as características individuais.

Parecer nº 73/03

**Assunto: Prática Médica
Superficial com RX de Baixa Voltagem**

Da Consulta

Questionamento acerca da prática médica superficial com RX de baixa kilovoltagem (50 KVP) em consultório de dermatologia. A seguir o solicitado:

- 1) O Cremers reconhece tal prática em consultórios?
- 2) Qualquer médico pode operar este tipo de equipamento (RX de 50 KVP) para fins de tratamento de câncer de pele e de outras afecções de menor gravidade? O questionamento surge do não enquadramento desta prática em serviços de radiodiagnóstico (Portaria 453/98-MS) e de breves alusões desta prática nas normas da CNEM visto que o equipamento é de raios X e de baixa energia.”

Do Parecer

A Portaria da Secretaria de Vigilância Sanitária nº 453, de 1º de junho de 1998, com referência às Diretrizes de Proteção Radiológica em Radiodiagnóstico Médico e Odontológico, no item qualificação profissional, preconiza:

- § 3.32 – Nenhum indivíduo pode administrar, intencionalmente, radiações ionizantes em seres humanos, a menos que:
- a) Tal indivíduo seja um médico ou odontólogo qualificado para a prática, ou seja um técnico, enfermeiro ou outro profissional de saúde treinado e que esteja sob a supervisão de um médico ou odontólogo.
 - b) Possua certificação de qualificação que inclua os aspectos de proteção radiológica, exceto para indivíduos que estejam realizando treinamento autorizado.

§ 3.33 – Para responder pela solicitação ou prescrição de um procedimento radiológico é necessário possuir formação em medicina ou odontologia, no caso de radiologia odontológica.

§ 3.34 – Para responder pela função de RT é necessário possuir:

- a) Formação em medicina ou odontologia, no caso de radiologia odontológica.
- b) Certificação de qualificação para a prática, emitida por órgão de reconhecida competência ou colegiados profissionais, cujo sistema de certificação avalie também o conhecimento necessário em física de radiodiagnóstico, incluindo proteção radiológica, e esteja homologado no Ministério da Saúde para tal fim.

Segundo o Dr. Luiz Karpovas, diretor de Defesa Profissional do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, “na medicina, o único profissional que tem qualificação e certificação em Higiene das Radiações e Proteção Radiológica é o médico portador do título de especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem, obtido através de exame de qualificação elaborado e realizado por comissão específica de titulação do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem e homologado pela Associação Médica Brasileira. Portanto é o único profissional a quem compete a responsabilidade de exames realizados em intensificador de imagem.”

Parecer nº 09/2005

Assunto: Tratamento de Vitiligo e Fototerapia

Da Consulta

Questionamento acerca da fototerapia e o tratamento de vitiligo: “Tive no início de 2003, um diagnóstico de vitiligo com o determinado médico que me encaminhou para a realização de um tratamento de fototerapia. Conforme orientação do meu plano de saúde, seria necessário apresentar com cada nota fiscal: laudo médico, carimbos, assinaturas, etc. Sempre segui as orientações e sempre fui reembolsada. Há alguns dias eles negaram o reembolso com o seguinte argumento: “Sem cobertura para serviços de puvaterapia por diagnóstico de vitiligo, tratamento sem caráter funcional de órgão.” Em outra devolução consta: “Conforme relatório médico e diagnóstico apresentado, o procedimento se refere a tratamento estético, portanto sem cobertura.” Eles argumentam que o tratamento, embora eficaz, somente busca o escurecimento da pele, que é de caráter “cosmético” e não-funcional. Gostaria de saber se este tipo de doença está arrolado na Lei 9.656/98 e se esse tipo de tratamento é compatível. Como proceder para receber o que me é de direito? A informação que tive com o médico é que meu tratamento não é estético.”

Do Parecer

Após reunião conjunta, a Câmara Técnica de Dermatologia e a Comissão de Planos de Saúde decidiram de comum acordo acatar o Parecer nº 64/04, abaixo transcrito, com a ressalva de que é necessário que o Cremers encaminhe a resposta à solicitante citando que o tratamento tem indicações precisas e protocolos assistenciais que devem ser respeitados.

O vitiligo é uma doença dermatológica em que ocorre disfunção dos melanócitos, manifestando-se clinicamente com a perda da pigmentação da pele.

Além da desfiguração que provoca esta patologia, na maioria das vezes, acompanha-se de problemas de ordem psicoemocional, os quais repercutem profundamente no bem-estar físico e social de seu portador, impondo-se medidas terapêuticas que objetivem restaurar este equilíbrio perdido.

A fototerapia é um tratamento eficaz, de comprovação científica internacional, que muito tem beneficiado os pacientes a ela submetidos. Sua indicação somente deverá ser feita por médico dermatologista.

Câmara Técnica de Emergência

Coordenação:

Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes:

Dr. Antônio Rogério Proença Tavares Crespo

Dr. Charly Fernando Genro Camargo

Dr. João Albino Potrich

Dr. Luiz Alexandre Alegretti Borges (Presidente)

Dr. Sérgio Luis Amantéa

Desde a sua instituição também fizeram parte desta Câmara Técnica os colegas:

Dr. Paulo de Tarso Roth Dalcin

Dr. Roberto Pelegrini Coral

Parecer nº **63/2003**

**Assunto: Perfil Médico Plantonista
de Pronto Atendimento**

Da Consulta

Questionamento sobre o perfil do médico plantonista de Pronto-Atendimento de hospital geral.

Do Parecer

Definição de Medicina de Emergência

Medicina de Emergência é a prática da medicina que abrange o diagnóstico e tratamento de qualquer paciente que necessite cuidados diante de uma situação imprevista, sem agendamento prévio, com uma doença ou lesão aguda. A razão da existência da Medicina de Emergência é limitar a morbidade e a mortalidade nesses pacientes. A sua prática abrange desde os cuidados pré-hospitalares até o atendimento hospitalar, cuidados que requerem conhecimentos de todas as especialidades intimamente relacionadas a ela. A prática da Medicina de Emergência requer um conhecimento e reconhecimento adequados de lesões e doenças agudas, com ou sem risco de vida, seguidas de imediato tratamento e estabilização. Ela permite solicitar consultorias adequadas, encaminhar, transportar ou liberar o paciente com critérios e cuidados bem estabelecidos.

Definição do Médico Emergencista

O emergencista é aquele que pratica a medicina de emergência. Um emergencista tem o aprendizado, o treino, a experiência e o compro-

metimento ético necessários para praticar a medicina de emergência de forma eficiente, fazendo desse modo a diferença entre a vida e a morte. Um médico com amplo aprendizado básico, treinamento e experiência clínica dirigidos à prática da medicina de emergência e que fazem dele um médico emergencista.

O médico emergencista atua nas zonas rurais, suburbanas e urbanas. Atua de maneira autônoma ou em grupos, sendo empregado por hospitais ou clínicas, seja pelo Estado, iniciativa privada ou por faculdades de Medicina, tanto com função assistencial como acadêmica.

Os médicos emergencistas são unidos pelo comprometimento comum de prover atendimento imediato à população 24 horas por dia.

Qualificações do Médico Emergencista

O Médico Emergencista deve ter licença para praticar medicina e uma combinação de educação médica, treinamento e prática clínica requeridas para praticar a medicina de emergência, tendo total dedicação e alta qualidade na assistência do paciente. Ter nos cursos como ACLS, ATLS, PALS, BLS, uma excelente fonte de revisão e atualização, sendo o conhecimento oferecido por esses cursos um componente da formação básica do médico emergencista. Deve ser de domínio do emergencista não só o manejo de todas as práticas de emergência, mas sim todo o conhecimento teórico que fundamenta a medicina de emergência. Deve estar atualizado de maneira contínua e permanente com o desenvolvimento da medicina no que diz respeito à emergência, assim como ter o conhecimento sobre estruturação e dinâmica de um Serviço de Emergência, bem como Serviços de Resgate Pré-Hospitalar e Transporte de Pacientes Críticos. Deve ser parte integrante da formação do emergencista a capacidade de organização de atendimento a múltiplas vítimas e catástrofes.

Habilidades do Emergencista

O médico emergencista deve ter conhecimentos e habilidades técnicas para:

- 1) Manejo da via aérea – Ter domínio de todas as técnicas de manutenção da via aérea, desde o reposicionamento do paciente, passando por todos os métodos de intubação, até a obtenção da via aérea cirúrgica como a cricotireoidostomia.
- 2) Manejo da insuficiência respiratória – Ter domínio das técnicas de manejo de pneumotórax e hemotórax, assim como iniciar o suporte ventilatório (ventilação mecânica invasiva e não-invasiva). Ter o domínio das técnicas para desobstrução da via aérea, como fibrobroncoscopia para a retirada de corpo estranho ou secreções.
- 3) Manejo da instabilidade hemodinâmica – Dominar as técnicas de acesso venoso (periférico, central ou flebotomia), saber escolher o tipo de reposição volumétrica (cristalóides, colóides e derivados de sangue) mais adequada, realizar pericardiocentese e dominar o conhecimento sobre drogas vasoativas. Deve ser capaz de realizar e interpretar adequadamente os métodos de diagnóstico nessas situações, como ecografia abdominal, lavado peritoneal, eletrocardiograma e radiografias no âmbito da emergência.
- 4) Manejo do trauma – Ser capacitado para o atendimento global do paciente politraumatizado, dominando as técnicas de imobilização, assim como as indicações de retirada das mesmas.
- 5) Sedar e analgesiar o paciente de emergência, tendo domínio da farmacologia e indicações das drogas usadas para esse fim.
- 6) Organizar e realizar o transporte de pacientes graves, tendo o conhecimento sobre o manejo dos equipamentos necessários para o transporte.
- 7) Realizar manobras de Reanimação Cardio-Cérebro-Respiratória (PCCR), embasadas em protocolos atualizados e recomendados pela comunidade científica especializada.
- 8) Realizar procedimentos diagnósticos invasivos, tais como punção lombar, paracentese, toracocentese, drenagem pleural para pneumotórax, hemotórax e derrame pleural, punção e dissecação de artéria para monitorar PAM, flebotomia para infusão de líquidos e drogas.
- 9) Executar procedimentos invasivos terapêuticos como cardioversão elétrica de urgência nas arritmias com instabilidades hemodinâmicas, drenagem pericárdica quando de tamponamento cardíaco e bloqueios intercostais para alívio de dor aguda.

- 10) Executar manobras de reanimação em casos de afogamento com disfunção respiratória, aspiração e/ou edema agudo de pulmão.
- 11) Atender paciente vítima de choque elétrico com comprometimento neurológico (convulsões), renal (insuficiência renal aguda), cardiológico (PCCR, arritmia) e respiratório (insuficiência respiratória aguda).
- 12) Atender pacientes com intoxicações exógenas por medicamentos, venenos, produtos químicos, com esvaziamento gástrico, utilização de quelantes e antídotos.
- 13) Manejar o grande queimado na fase inicial com cuidados e manobras de via aérea e vigorosa hidratação para prevenção de insuficiência renal.
- 14) Hipotermia grave com suporte cardiológico e respiratório utilizando técnicas de aquecimento interno e externo.
- 15) Tratar crises agudas ameaçadoras da vida tais como: estado de mal asmático, mal convulsivo, crise hipertensiva, edema agudo de pulmão e descompensação diabética.
- 16) Tratar e diagnosticar a dor aguda do IAM, da cólica renal, da pancreatite aguda e perfuração de víscera ôca.

Parecer nº 39/2004**Assunto: Exigência Legal de Prontuário Médico em Pronto Atendimento**

Da Consulta

Formalizar o pedido de parecer da Câmara Técnica de Emergência do Cremers quanto ao que concerne à exigência legal de existência de Prontuário Médico em locais de Pronto Atendimento e Emergência. Cabe salientar que os pacientes que aqui permanecem estão em trânsito, aguardando evolução do quadro clínico e provável alta ou internação hospitalar. O Boletim de Atendimento é nosso local de registro e neste encontra-se todas as intercorrências. A primeira via deste boletim, após a alta do paciente é guardada, identificando-se o lote pela data. A segunda via é entregue ao paciente juntamente com os resultados dos exames laboratoriais e radiológicos aqui efetuados. Nossa dúvida é quanto ao que reza a Resolução CFM nº 1.638/02, a qual define prontuário médico e torna obrigatório a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Gostaríamos de esclarecimento quanto à exigência mínima legal, haja vista a característica do nosso serviço.

Do Parecer

Respondendo à questão da obrigatoriedade da criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde, informamos que a sua exigência é para estabelecimentos ou instituições de saúde que prestam assistência médica completa, com internação.

Com relação ao Pronto Atendimento, temos a dizer que o período de atendimento na emergência com registro em boletim é de 24 horas, conforme Portaria nº 312/02 do Ministério da Saúde. Ultrapassado este tempo, o serviço deverá abrir um prontuário médico para o paciente no qual constarão registros tais como: prescrição diária, evoluções, registro de solicitação e resultados de exames, entre outros.

Lembramos que o prontuário é um documento valioso para o paciente, para o médico e para a instituição de saúde, bem como um instrumento de defesa legal.

Parecer nº **20/2004**

**Assunto: Equipamentos Mínimos
nas Salas de Emergências**

Da Consulta

Apreciação do pedido de normatização da Câmara Técnica de Pediatria sobre Equipamento pediátrico mínimo para atendimento de suporte de vida nas salas de emergências.

Do Parecer

A área de urgência e emergência constitui-se em importante componente da assistência à saúde. Abrange questões relativas a uma demanda crescente, à morbimortalidade, aos custos, à necessidade de qualificação da assistência e uma complexa estruturação de rede e serviços.

O Ministério da Saúde, em 5 de novembro de 2002, publicou no Diário Oficial da União, Portaria/MS sob o nº 2.048, com anexo denominado Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Regulamento de caráter nacional, que aborda de maneira ampla critérios e normas de funcionamento, classificação, regulação e questões específicas de atendimento.

Fundamentados em tal normativa reproduzimos os quesitos relativos a equipamento mínimo para atendimento das emergências, dentro de três níveis de assistência:

- Atendimento Pré-Hospitalar Fixo
- Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências
- Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências

I. Atendimento Pré-Hospitalar Fixo

Assistência prestada, num primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possam levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado. Todas estas unidades envolvidas na atenção primária e no Programa de Saúde da Família devem ter espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento/estabilização de urgências que ocorram nas proximidades da unidade ou em sua área de abrangência e/ou sejam para elas encaminhadas, até a viabilização da transferência para unidade de maior porte, quando necessário.

Materiais: Bolsa auto-inflável de reanimação (Ambu) com reservatório adulto e infantil com máscaras. A bolsa auto-inflável de ventilação deve possuir reservatório mínimo de 450 ml, mas não mais do que 750 ml. Para utilização em adultos deve ter reservatório mínimo de 1000 ml, jogo de cânulas de Guedel (lactente, infantil e adulto), sondas de aspiração (ponta arredondada 8F a 12F), oxigênio, aspirador portátil ou fixo, material para punção venosa, material para curativo, material para pequenas suturas, material para imobilizações (colares, talas e pranchas).

Medicamentos: Adrenalina, água destilada, aminofilina, amiodarona, atropina, brometo de ipratropium, cloreto de potássio, cloreto de sódio, deslanosídeo, dexametasona, diazepam, diclofenaco de sódio, dipirona, dobutamina, dopamina, epinefrina, escopolamina (hioscina), fenitoína, fenobarbital, furosemida, glicose, haloperidol, hidantoína, hidrocortisona, insulina, isossorbida, lidocaína, meperidina, midazolam, ringer lactato, soro glicofisiológico, soro glicosado.

2. Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências

Estas Unidades devem funcionar 24 horas e devem estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível de atendimento de média complexidade.

Materiais e Equipamentos:

Estetoscópio (adulto/infantil), esfigmomanômetro (adulto/infantil), otoscópio com espéculos (adulto/infantil), oftalmoscópio, espelho laríngeo, bolsa auto-inflável (Ambu – adulto/infantil). A bolsa auto-inflável de ventilação deve possuir reservatório mínimo de 450 ml, mas não mais do que 750 ml. Para utilização em adultos, a mesma deve ter reservatório mínimo de 1000 ml. Máscara para bolsa de ressuscitação auto-inflável (tamanhos variados: P, M,G). Desfibrilador com marca-passo externo, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, eletrocardiógrafo, glicosímetro, aspirador de secreções, bomba de infusão com bateria e equipo universal, cilindro de oxigênio portátil e rede canalizada de gases ou torpedo de O_2 (de acordo com o porte da unidade). Maca com rodas e grades, respirador mecânico adulto/infantil, foco cirúrgico portátil, foco cirúrgico com bateria, negatoscópio nos consultórios, serra de gesso, máscaras laríngeas (nº 2-4) e cânulas endotraqueais de vários tamanhos (sem balonete de nº 2,5 a 6,0 e com balonete de nº 6,0 a 7,0). As cânulas endotraqueais, utilizadas em pacientes adultos, de numeração nº 8,0 e nº 9,0; cateteres de aspiração (ponta arredondada 8F a 12F), adaptadores para cânulas, cateteres nasais (vários tamanhos: lactente, criança e adulto), sondas de aspiração traqueal de vários tamanhos (4F, 6F, 8F e 10F), luvas de procedimentos (vários tamanhos), cadarços para fixação de cânula, laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas: lâminas retas (nº 0, 1, 2) e lâminas curvas (nº 2 e 3). Cânulas orofaríngeas (Guedel) de vários tamanhos: lactente, infantil e adulto (0 a 5). Jogos de pinças de retirada de corpos estranhos de nariz, ouvido e garganta, fios cirúrgicos, fios-guia para intubação, pinça de Magyll, bisturi (cabo e lâmina), material para cricotiroidostomia, drenos para tórax (12F a 40F), pacotes de gaze estéril, pacotes de compressa estéril, esparadrapo, material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas e plásticas, agulhas especiais para punção óssea, garrote, equipos de macro e microgotas, cateteres específicos para dissecação de veias (tamanhos adulto/infantil), tesoura, seringas de vários tamanhos, torneiras de três vias, frascos de solução salina, caixa completa de pequena cirurgia, frascos de drenagem de tórax, extensões para drenos torácicos, sondas vesicais, coletores de urina, espátulas de madeira, sondas nasogástricas (14F a 18F), eletro-

dos descartáveis, equipamentos de proteção individual para equipe de atendimento, cobertor para conservação do calor do corpo, travesseiros e lençóis, pacote de roupas para pequena cirurgia, conjunto de colares cervicais (Tamanho P, M e G), prancha longa para imobilização da vítima em caso de trauma, prancha curta para massagem cardíaca, gerador de energia elétrica compatível com o consumo da Unidade, sistema de telefonia e de comunicação.

Medicamentos

Deve contemplar medicamentos a serem utilizados na primeira abordagem dos pacientes graves e também sintomáticos, antibióticos e anticonvulsivantes, uma vez que alguns pacientes poderão permanecer nestas Unidades por período de até 24 horas ou mais (se dificuldade para internação hospitalar).

Adrenalina, água destilada, aminofilina, amiodarona, amitriptilina, ampicilina, atropina, bicarbonato de sódio, biperideno, brometo de ipratropium, bupivacaína, captotril, carbamazepina, carvão ativado, cefalexina, cefalotina, cetoprofeno, clister glicerinado, clordiazepóxido, cloridrato de clonidina, cloridrato de hidralazina, cloreto de potássio, cloreto de sódio, clorpromazina, cloranfenicol, codeína, complexo B injetável, deslanosídeo, dexametasona, diazepam, diclofenaco de sódio, digoxina, dipirona, enalapril, escopolamina (hioscina), fenitoína, fenobarbital, fenoterol, flumazenil, furosemida, gentamicina, glicose isotônica, glicose hipertônica, gluconato de cálcio, haloperidol, hidrocortisona, insulina, isossorbida, lidocaína, manitol, meperidina, metildopa, metilergometrina, metilprednisolona, metoclopramida, metropolol, midazolan, nifedipina, nistatina, nitropussiato de sódio, óleo mineral, omeprazol, oxacilina, paracetamol, penicilina, prometazina, propranolol, ranitidina, ringer lactato, sais para reidratação oral, salbutamol, soro glicofisiológico, soro fisiológico, soro glicosado, sulfadiazina de prata, sulfametoxazol + trimetoprim, sulfato de magnésio, tiamina (vitamina B1), tramadol, tobramicina colírio, verapamil, vitamina K.

3. Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências

Contemplam unidades classificadas como:

- Gerais (Tipo I e II)
- Referência (Tipo I, II e III)

Os recursos mínimos para o funcionamento das Unidades Gerais e de Referência devem ser aqueles disponíveis e descritos para as Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências. Diferenças estão atreladas a recursos humanos, serviços de suporte, recursos tecnológicos de apoio, entre outros.

Parecer nº **76/2005**

**Assunto: Utilização de Água
Destilada ou Soro Fisiológico**

Da Consulta

Informações sobre a legalidade e licitude ética de utilizar como meio diagnóstico água destilada ou soro fisiológico 10ml endovenoso.

É comum na Clínica de Urgência atender-se pessoas com o diagnóstico de síndrome conversiva com toda a sua corte sintomatológica e para tanto utilizamos o recurso acima descrito para comprovarmos o diagnóstico, bem como avaliarmos e mensurarmos outras queixas concomitantes.

Pergunta-se:

- 1) É permitido utilizar este método propedêutico?
- 2) Pode a enfermagem não obedecer ao médico, recusando-se injetar água destilada, alegando orientação superior?
- 3) É um procedimento ético este ato médico?

Do Parecer

Com relação ao primeiro questionamento – É permitido utilizar este método propedêutico? -, a Câmara Técnica de Emergências informa que Quitkin tem demonstrado que o emprego de placebos pode levar a um efeito psicológico real e de considerável magnitude.

A utilização de placebo em estudos nos quais métodos comparativos se impõem é comum para elucidação da eficácia. Portanto, é permitido utilizar água destilada ou soro fisiológico no caso citado, uma vez que o uso demonstra elucidação diagnóstica, evitando assim condutas errôneas e, por outro lado, não acarreta sofrimento ou prejuízo ao paciente, ao contrário, podendo acalmá-lo e tirá-lo da crise.

Respondendo ao segundo questionamento – Pode a enfermagem não obedecer ao médico, recusando-se injetar água destilada, alegando orientação superior? -, quanto ao fato de não obedecer ao médico, informamos que se trata de uma infração profissional, pois se o procedimento é legal, não incorrendo em má prática médica, não há justificativa para a recusa de realizar o procedimento.

Em resposta ao terceiro questionamento – É um procedimento ético este ato médico? -, entendemos que do ponto de vista ético, o uso de placebo em ensaios clínicos estava condicionado à versão de 1964 da Declaração de Helsinque, adotada pela Associação Médica Mundial, que afirmava: “Em todo estudo médico, cada paciente – mesmo aquele que pertence ao grupo de controle, se houver – deve ter acesso aos métodos diagnósticos e terapêuticos que demonstram eficácia comprovada”. Tal diretriz estaria em franco conflito com ponto de vista atual de organismos tais como a “Food and Drug Administration” (FDA) dos EUA, segundo o qual, para serem aprovados, novos medicamentos devem mostrar superioridade em relação ao placebo.

No entanto, esse item foi revisado em 1996, sendo a ele acrescentado um adendo: “Isto não exclui o uso do placebo inerte onde não existe diagnóstico ou tratamento eficaz”. No Brasil, a Resolução nº 196 (10/10/1996) do Conselho Nacional de Saúde observa, no seu item III.3, que o estudo deve “obedecer metodologia adequada” (alínea d) e que deve “ter plenamente justificada, quando for o caso, a utilização de placebo, em termos de não maleficência e necessidade metodológica” (alínea f). Em outras palavras, além de sua justificativa ética, estudos com placebo são amplamente justificados do ponto de vista metodológico.

Portanto, não havendo maleficência e sim elucidação diagnóstica e ganhos terapêuticos, consideramos um procedimento ético. Por outro lado, salientamos que não há no Conselho Federal de Medicina uma legislação clara a respeito.

Câmara Técnica de Endocrinologia e Metabologia

Coordenação:

Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes:

Dr. Airton Golbert

Dr. Marcos Rovinski

Dr. Rogério Friedman

Dr. Sérgio Lérias de Almeida

Desde a instituição desta Câmara Técnica, fez parte:

Dr. Paulo Roberto Weinert

Parecer nº **32/2002**

Assunto: Análise do Fio de Cabelo

Da Consulta

Informações sobre a validade científica de análise do fio de cabelo.

Do Parecer

A análise do fio de cabelo é reconhecida como exame complementar na área de toxicologia onde tem lugar na busca de drogas, venenos, metais tóxicos. Afora estas indicações, seu uso é controverso. Na área endocrinológica não tem aplicações práticas.

Parecer nº 58/2005

Assunto: Bioimpedanciometria

Da Consulta

- 1) Qual a finalidade do exame de bioimpedanciometria?
- 2) Quais as especialidades médicas que podem utilizá-lo?
- 3) Qual a importância da solicitação do exame de bioimpedanciometria, para melhor diagnóstico e prescrição, nas respectivas especialidades?

Do Parecer

Respondendo à primeira pergunta, a Câmara Técnica informa que se trata de um auxílio na avaliação da composição corporal.

Quanto ao segundo questionamento, respondemos: todas as especialidades que necessitarem da avaliação da composição corporal.

Por último, em relação ao terceiro questionamento: Sob o ponto de vista epidemiológico, o aumento de peso às custas do tecido adiposo é correlacionado com uma maior prevalência de doenças crônico-degenerativas. O melhor índice, epidemiologicamente, para avaliação do peso ideal de um indivíduo é o Índice de Massa Corporal (IMC). Não é um método perfeito, gerando em algumas situações a dúvida sobre se o seu aumento deve-se à “massa magra” ou à “massa gorda”. Muitos métodos têm sido desenvolvidos para a medição mais acurada da composição corporal. A maioria deles – por exemplo, Ressonância Magnética e Pesagem Hidrostática – apesar de muito precisos, apresenta uma relação custo-benefício inadequada. A bioimpedanciometria, método que mede o gradiente entre correntes elétricas que atravessam o corpo humano, via “massa magra” e “massa gorda”, tem contribuído para melhor elucidar o percentual de gordura na composição corporal de um indivíduo. Por ser de simples realização e um método relativamente barato, é preconizada a sua utilização nas situações em que o IMC não preencher os requisitos para um diagnóstico nutricional adequado.

Parecer nº 09/2006
Assunto: Insulina Lantus

Da Consulta

Há diferença no tratamento realizado com a Insulina Lantus em relação a outros tipos de insulinas (Lispro, Regular), e ainda acerca das indicações e benefícios comprovados na utilização da Insulina Lantus em detrimento das outras opções existentes e de menor custo.

Do Parecer

Em resposta ao questionamento acima, a Câmara Técnica de Endocrinologia informa que a insulina glargina (Lantus) tem um perfil farmacocinético extremamente diferente das insulinas Lispro e Regular. Tem uma duração de ação entre 20 e 24 horas, teoricamente sem “picos” e é indicada para a manutenção de níveis basais de insulina sérica, não agindo sobre as excursões prandiais da glicemia, papel das insulinas rápidas (Regular) ou ultra-rápidas (Lispro ou Aspart).

O benefício comprovado da insulina glargina é na redução do número de episódios de hipoglicemia grave, especialmente noturna ou não percebida, em pacientes tratados com insulinas de ação intermediária (NPH, Lenta) e que sofrem esta reação com freqüência tal que compromete a qualidade de vida. A Sociedade Brasileira de Diabetes publicou um posicionamento oficial acerca do tema, em 2005.

Câmara Técnica de Ética Médica e Bioética

Coordenação:

Dr. Luiz Augusto Pereira

Componentes:

Dr. Délio José Kipper

Dr. Marco Antônio Oliveira de Azevedo

Dr. Marcos Nestrovski

Dr. Mário Roberto da Silveira

Dr. Moacir Assein Arús

Parecer nº 15/2004
Assunto: Banco de Tecidos

Da Consulta

Solicitação de emissão de parecer sobre Banco de Tecidos, especificamente de ejaculado (dirigido à fertilização futura própria e eventualmente como doação a outrem) e uretra, no que tange à atuação médica: propriedade, gerenciamento, comercialização.

Obs.: Não foi considerada a palavra "uretra" porque nos pareceu fora do contexto.

Do Parecer

A Câmara Técnica de Urologia considerou o assunto da consulta como de foro ético e o encaminhou a esta Câmara Técnica.

Para bem entender-se a consulta e, portanto, para nos orientar corretamente quanto à resposta, será feita, inicialmente, uma análise do que é perguntado:

- trata-se de preservação de sêmen, previamente coletado, pertencente a paciente submetido a vasectomia (contracepção cirúrgica definitiva) e/ou infertilidade prevista em tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico;
- o sêmen só será usado em situações de infertilidade do próprio doador e durante a vida do mesmo.

A consulta se refere, portanto, a homens que, pelos motivos expostos, tornar-se-ão inférteis mas desejam preservar seu sêmen para possível uso futuro, enquanto vivos.

A reprodução assistida foi desenvolvida tendo como fim último o bem-estar da pessoa humana, a sua dignidade, e garantir, a cada pessoa, o

direito de procriação. A impossibilidade de procriar pode se constituir em motivo de sofrimento e em dificuldades na construção de um projeto de vida de muitas pessoas.

O sêmen preservado servirá às técnicas de reprodução assistida, nas seguintes modalidades:

1) Inseminação Artificial: Introdução do esperma no aparelho reprodutor da mulher.

A inseminação artificial poderá ser:

- Homóloga: o sêmen do marido/companheiro estável será colocado no aparelho reprodutor da esposa/companheira estável. Trata-se de inseminação artificial intraconjugal.
- Heteróloga: o sêmen será doado a uma terceira pessoa (mulher), que não é esposa, nem companheira estável. Trata-se de inseminação artificial com doador de esperma.

2) Fertilização *in vitro*: os óvulos são fecundados pelos espermatozóides em tubo de proveta e os embriões resultantes são implantados no aparelho reprodutor da mulher.

A fertilização *in vitro* também pode ser homóloga (espermatozóides e óvulos provêm do casal interessado) ou heteróloga (um deles ou ambos provêm de terceiros).

Da forma como foi feita a consulta, depreende-se que, por se referir o consulente à “doação de sêmen, em situação de uso próprio...”, trataremos apenas de inseminação artificial homóloga e fertilização *in vitro* homóloga.

Legislação

A Lei nº 9.434, de 04/02/1997 (Lei dos Transplantes de Órgãos e Tecidos), no parágrafo único do artigo 1º exclui o sangue, o esperma e o óvulo dessas regulamentações, porque estes materiais biológicos exigem normatização específica:

Art. 1º A disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou post-mortem para fins de transplantes e tratamento, é permitida na forma desta Lei.

Parágrafo único: Para os efeitos desta Lei, não estão compreendidos entre os tecidos a que se refere este artigo o sangue, o esperma e óvulo. A Lei nº 8974, de 05/01/1995 (Lei da Engenharia Genética), no parágrafo único do Art. 3º, também se refere à fecundação *in vitro*.

Art. 3º Para os efeitos desta Lei define-se:

Parágrafo único: Não são considerados como organismos geneticamente modificados aqueles resultantes de técnicas que impliquem a introdução direta, num organismo, de material hereditário, desde que não envolvam a utilização de moléculas de ADN/ARN recombinante ou OGM, tais como: fecundação *in vitro*, conjugação, transdução, transformação, indução, poliploide e qualquer outro processo natural.

A doação de sangue, devido ao longo tempo em que é utilizada, bem como às doenças que pode transmitir e à sua intensa utilização, já possui legislação própria.

A doação de esperma e de óvulo, bem como sua utilização em reprodução assistida, têm como única normatização a Resolução CFM nº 1.358/92, anexa a este parecer.

Na consulta em discussão, a coleta do esperma está dentro da unidade familiar e a sua utilização médica será através da introdução artificial e *in natura* do sêmen no útero da esposa/companheira estável (inseminação artificial homóloga) ou de pré-embriões obtidos *in vitro*, com sêmen e óvulos do casal interessado (fertilização *in vitro* autóloga).

No caso em tela, não há doação sob sigilo, já que doador de sêmen e receptora constituem casal legalmente instituído (casamento/união estável) e não há caráter lucrativo e/ou comercial. Persistem, porém, outras obrigações estabelecidas pela Resolução CFM nº 1.358/92, tais como:

- Exigência do consentimento informado de doador e receptora.
- Proibição de relacionamento de características biológicas do futuro filho, exceto para evitar doenças.

- Proibição do uso destes materiais biológicos (sêmen, óvulo, pré-embriões) em experimentos, ou seja, fora da procriação humana.
- Exigência de declaração do doador sobre o destino a ser dado ao material criopreservado não utilizado.
- Manutenção de registros comprobatórios do cumprimento das cautelas e de todos os deveres discriminados na Resolução.

Em caso de doação do sêmen para terceiros (fecundação *in vitro* – heteróloga) deve ser a Resolução CFM nº 1358/92 seguida inteiramente, inclusive quanto aos aspectos de sigilo, de modo que o doador não conheça a receptora e vice-versa.

A propriedade do sêmen, no caso em discussão, é do próprio doador. O gerenciamento da criopreservação é de responsabilidade da Clínica/Banco de Sêmen em seus aspectos técnicos, éticos e jurídicos, cabendo-lhes a cobrança de taxas referentes aos serviços prestados, à semelhança do que ocorre nos casos de doação/transfusão de sangue.

A Resolução CFM nº 1358/92 estabelece, em seu item IV – Doação de Gametas ou pré-embriões, que a doação nunca será de caráter lucrativo ou comercial.

Parecer nº 16/2004
Assunto: Auditoria Médica

Da Consulta

Sou médico auditor exercendo atividades em Porto Alegre. Tenho sido freqüentemente convidado para ministrar aulas ou treinamento acerca de atividades de auditoria. Em uma palestra recente, foi questionado se não existe problema ético em solicitação de bibliografia médica para garantir sustentação científica para tratamentos de alta complexidade (no caso específico, tratamento oncológico). No meu entendimento é que não é infração ética, bem pelo contrário, é obrigação do auditor, garantir que o paciente seja submetido a tratamentos com reconhecimento científico. Utilizei alguns dados para minha argumentação, mas apreciaria a opinião de nosso Conselho, antes de emitir uma opinião ao colega que me fez a pergunta. É adequada a solicitação de informações tais como bibliografia médica sustentável para que se possa fazer uma análise de termos contratuais? Pode esta prática ser entendida como obstrução da prática médica?

Do Parecer

Considerações éticas

O artigo 21 do CEM estabelece que todo médico tem o direito de "indicar o procedimento adequado ao paciente", porém, "desde que observadas as práticas reconhecidamente aceitas e as normas legais vigentes", o artigo 42, no entanto, proíbe ao médico "praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do país". Logo, ambos os artigos restringem a "liberdade" de prescrever do médico, limitando-a:

- a) Ao que é adequado.
- b) Às práticas reconhecidamente aceitas.
- c) Às normas legais vigentes, proibindo, com efeito, a prescrição de atos desnecessários e os legalmente proibidos.

Empregamos aqui o termo "adequado" como tendo o mesmo sentido que "apropriado". Embora nosso Código de Ética pareça restringir o sentido do termo "adequado" ao que é "reconhecidamente aceito" entre os médicos, os estudiosos da ética médica (e do que se consagrou como sendo âmbito da "bioética") consideram que há uma mudança fundamental nos critérios de avaliação dos tipos de atos médicos considerados apropriados. De fato, essa mudança opera-se em dois níveis: num primeiro nível, trata-se de uma mudança no pensamento dos próprios médicos acerca do que é correto e apropriado em termos clínicos, isto é, de uma mudança no próprio juízo médico sobre o que dita os padrões de diligência, perícia e prudência em medicina. A tendência atual é considerar que o médico, quando indica algum procedimento ou conduta a seu paciente, deve respeitar certos cânones da moderna prática clínica baseada em provas, isto é, que decisões corretas são decisões que interpretam os dados clínicos em conformidade com as melhores provas ou bases evidenciárias encontradas na literatura médica. Não obstante, num segundo nível, trata-se de uma mudança com implicações que vão além do próprio juízo clínico. Atualmente, não é mais apenas o juízo clínico do médico o que define uma conduta apropriada. Segundo Faden e Sharpe, a crença tradicional de que toda a autoridade da decisão clínica repousa apenas no juízo técnico do médico vem sendo substituída pela crença de que há outros fatores e juízos a serem considerados. De fato, a mudança de pensamento entre os próprios médicos em favor da idéia de que é preciso amparar decisões clínicas em pesquisas apropriadas surgiu num momento em que "outros valores, em particular aqueles do paciente e das terceiras partes pagadoras, passaram a ocupar um papel central no processo de decisão sobre cuidados em saúde". Assim, "somando-se a questões em torno de justificativas evidenciárias, determinações de apropriabilidade agora tocam inevitavelmente em questões sobre a desejabilidade e sobre o custo-benefício do tratamento".

É tendo-se em vista essas considerações que os artigos 21 e 42 do CEM devem ser interpretados. Em especial, é visando esses dois níveis de entendimento acerca do que é apropriado em termos médicos que devemos interpretar a expressão contida no artigo 21, de que a liberdade de prescrição do médico deve dar atenção "às práticas reconhecidamente aceitas". Com efeito, práticas médicas reconhecidas hoje são práticas que, primeiro, resultam de juízos clínicos que têm em vista as melhores provas

clínico-epidemiológicas existentes e disponíveis na literatura médica, e, segundo, que, dentro desses limites, resultam igualmente do respeito às preferências dos pacientes, e atendem ao requisito do melhor índice de custo-benefício, considerado não só a saúde, mas também o custo financeiro para o paciente e para as terceiras partes.

Esse é o caso dos chamados “tratamentos de alta complexidade”. São, em regra geral, formas de tratamento recentes, ou em estudo, que empregam ou exigem alta complexidade técnico-científica, e que implicam custos elevados, seja para o paciente, seja para as terceiras partes.

Ora, tendo-se em vista isso, é correto admitir que tanto pacientes como empresas gerenciadoras de planos de saúde estão, portanto, eticamente autorizadas a aproximar a prática médica desses padrões éticos, e que está dentro de sua esfera ética de competência tanto a proteção da liberdade de prescrição médica quanto, ainda que excepcionalmente, a sua restrição, desde que em benefício do paciente, desde que respeitadas as práticas reconhecidamente aceitas (isto é, as melhores recomendações derivadas de análises epidemiológico-clínicas bem conduzidas), e desde que para evitar o abuso, isto é, a realização de atos médicos desnecessários, considerando não só o risco de dano decorrente, como também o ônus financeiro desnecessário (sem falar na intenção legítima de coibir a execução de atos ilegais).

Conclusão

Considerando isso, e a legitimidade da função de auditor médico, conclui-se que é um direito do auditor solicitar ao médico que apresente justificativas embasadas em literatura médica adequada para fundamentar decisões terapêuticas que não figuram, à primeira vista, dentro do que é usual e dentro dos protocolos clínicos e assistenciais existentes ou regularmente conhecidos. Isso não implica, todavia, que a ausência de resposta do médico autoriza o auditor a invalidar, muito menos a modificar, a prescrição do médico assistente. O auditor não pode, sob qualquer hipótese, "intervir nos atos profissionais de outro médico", reservando suas observações para o relatório (Art. 121 do CEM).

Câmara Técnica de **Fisiatria**

Coordenação:

Dr. Cláudio Balduino Souto Franzen

Componentes:

Dr. André Franzen Moll

Dr. Carlos Alberto Issa Musse

Dr. Luciane Fachin Balbinot

Dr. Paulo Henrique Gomes Mulazzani

Dra. Rosane Boger Stelzer

Desde a instituição desta Câmara Técnica, fez parte:

Dr. Alexandre Angelo Zereu

Parecer nº 07/2002
Assunto: Quiropraxia

Da Consulta

Informações sobre as práticas de Quiropraxia e Osteopatia, realizadas pelos médicos.

- 1) São reconhecidas?
- 2) Se não são, como poderemos limitar ou impedir sua divulgação e realização por médicos?
- 3) Outros dados julgados úteis.

Do Parecer

A manipulação ou quiropraxia da coluna vertebral é realizada por um amplo espectro de profissionais médicos e não médicos. Está associada a uma série de efeitos adversos, principalmente quando realizada na região cervical. Esta preocupação já existe há mais de 20 anos.

Os dados da literatura científica atual permitem-nos considerar:

- a) Os pacientes submetidos a manipulação cervical têm cinco vezes mais riscos de fenômeno vascular cerebral do sistema vértebro-basilar que a população em geral.
- b) A manipulação pode provocar desconforto, dor local, cefaléia, dor irradiada após o procedimento.
- c) Vários casos reportados na literatura de lesão grave do sistema vértebro-basilar, infarto medular, dissecação carótida interna com óbito, infarto cerebral, síndrome de Wallenberg.
- d) Há mínimas evidências de que a manipulação tenha efeito específico.
- e) É discutível a afirmação que a manipulação esteja isenta de riscos.
- f) Existem diversas técnicas de realização da manipulação sem haver estudo comparativo de efetividade entre elas ou com tratamentos médicos cientificamente avaliados.

- g) Existem doenças em que é contra-indicada a realização de manipulação. Estas só podem ser diagnosticadas por avaliação médica.

Até que surjam evidências clínicas nítidas de seu benefício, os médicos devem adotar cautela, orientando seus pacientes para não se submeterem a manipulação forçada com elementos de rotação, pois assim estarão se sujeitando a um risco pelo menos não completamente avaliado, embora frequentemente descrito. A indicação e a contra-indicação do procedimento cabem ao médico, a quem igualmente competem, por formação, o diagnóstico e orientação do tratamento do paciente.

Parecer nº 19/2005

**Assunto: Quem pode atuar
sob orientação do fisiatra?**

Da Consulta

- 1) As clínicas de fisioterapia ou fisioterapia podem oferecer serviços de outros profissionais que não os fisioterapeutas e fisiatras, mesmo que sob suas orientações? Em caso afirmativo, que categoria de profissionais estaria habilitada?
- 2) De quem é a atribuição de fiscalizar este tipo de atividade e autuação do serviço por este motivo, da Vigilância Sanitária ou dos respectivos Conselhos de Fisioterapia e de Medicina?
- 3) Caberia à Vigilância Sanitária comunicar aos Conselhos citados a verificação desta prática?

Do Parecer

A tarefa de diagnosticar, prescrever, realizar ou supervisionar o tratamento e dar alta ao paciente, na área da Medicina Física e Reabilitação, cabe ao médico especialista fisiatra (decisão do STF nº 1056).

A execução das técnicas e métodos fisioterápicos cabe ao fisioterapeuta (Decreto Lei nº 938/69).

As atividades de preparação do paciente para a aplicação dos meios físicos terapêuticos podem ser realizadas por auxiliares especialmente treinados para este fim (Portaria 818/GM, de 05.06.01, Anexo I).

É inarredável a presença do médico em qualquer tipo de tratamento fisioterápico, pois é ele quem tem a responsabilidade pelo tratamento como um todo.

- 1) A competência legal de fiscalização dos profissionais e das pessoas jurídicas na área da saúde é dos Conselhos Regionais de fiscalização profissional.

- 2) As empresas deverão estar inscritas no Conselho Regional em que seu Diretor Técnico é inscrito como profissional, bem como sua atividade básica.
- 3) Não cabe à Vigilância Sanitária a fiscalização das profissões regulamentadas e sim aos Conselhos Regionais, conforme suas respectivas leis.

Parecer nº 14/2006

Assunto: Procedimentos Fisioterápicos

Da Consulta

Requisição de procedimentos fisioterápicos é ato exclusivo de médico especialista em fisioterapia ou podem ser solicitados por médico de outra especialidade como, por exemplo, traumatologista?

Do Parecer

Em resposta ao questionamento acima, a Câmara Técnica de Fisioterapia informa que a requisição de procedimentos fisioterápicos não é ato exclusivo de médico especialista em fisioterapia, sendo, entretanto, ato exclusivamente de médico.

Parecer nº 29/2006

Assunto: Questionamento sobre a Fisiatria

Da Consulta

- 1) Quais os cursos (habilitação) exigidos para os auxiliares de serviços médicos que exercem suas funções em clínicas de fisiatria, a qual possui um médico como responsável técnico e um fisioterapeuta como supervisor dos procedimentos?
- 2) Uma pessoa que possui Ensino Médio em outra área pode exercer a função de auxiliar médico numa clínica de fisiatria?
- 3) Uma pessoa que possui certificado de curso de atendente de enfermagem pode exercer a função de auxiliar de serviços médicos em uma clínica de fisiatria?
- 4) Outros dados julgados úteis.

Do Parecer

Quanto ao primeiro questionamento, a Câmara Técnica de Fisiatria informa que a função de auxiliar de serviços médicos não é profissão regulamentada, logo, qualquer profissional ligado ou não à área da saúde pode ser auxiliar de serviços médicos.

Em relação ao segundo e terceiro questionamentos, entendemos que uma pessoa pode exercer a função de auxiliar médico, desde que devidamente treinada para a função sob supervisão do médico responsável.

Câmara Técnica de Gastroenterologia

Coordenação:

Dr. Ismael Maguilnik

Componentes:

Dra. Dvora Joveleviths

Dr. Jorge Olavo Pitta Pinheiro

Dr. José Renato Guterres Hauck

Dr. Luiz Carlos Sperb

Dr. Sabino Vieira Loguercio (Presidente)

Parecer nº 16/2006
Assunto: Hepatopatia Grave

Da Consulta

Por lhe ter sido negado pedido de isenção de imposto de renda uma vez que é portadora de Hepatite C, a consulente questiona um posicionamento do Cremers sobre o conceito de "Hepatopatia Grave".

A Lei 11.052 de 20 de dezembro de 2004 isentou as pessoas que estão nessa condição de saúde.

A consulente informou que o estado do Rio de Janeiro tem concedido benefício aos seus servidores estaduais e prometeu encaminhar ao Conselho cópia dessas decisões.

Do Parecer

A Câmara Técnica de Gastroenterologia avaliou as normas emanadas da Sociedade Brasileira de Hepatologia, abaixo, avalizando-as como procedimento a ser utilizado nesta questão.

Posição da Sociedade Brasileira de Hepatologia

A SBH recebeu, recentemente, consulta a respeito do conceito de hepatopatia grave.

Segundo a Lei nº 11.052 de 29/12/2004, a hepatopatia grave foi incluída entre as doenças que isentam do imposto de renda os rendimentos provenientes de aposentadoria e pensão.

A Sociedade Brasileira de Hepatologia considera que, pelo princípio democrático, todo direito deve ser universal e igualmente distribuído. Direito não universal torna-se privilégio. Por outro lado, tratar de maneira idêntica indivíduos incapacitados passa a ser injustiça e conceder-lhe um benefício pode ser a maneira de restaurar-lhes o direito.

Para definir de maneira exata e objetiva a dimensão desta incapacidade em doenças do fígado, o benefício da lei deve ser concedido apenas aos hepatopatas crônicos que apresentem redução da capacidade produtiva e da qualidade de vida, com perspectiva inexorável desta redução.

Assim, a única forma segura, passível de auditoria e, portanto, imune a fraudes é a aplicação de qualquer uma dentre as duas classificações de gravidade de doenças hepáticas amplamente conhecidas e utilizadas na medicina hepatológica, citadas abaixo:

- 1) Modelo matemático Meld, o qual utiliza três parâmetros laboratoriais, que se obtêm facilmente na rotina de qualquer hepatopatia crônica. A equação para calcular o escore Meld = $9,57 \times \log_e \text{ creatinina mg/dL} + 3,78 \times \log_e \text{ bilirrubina (total) mg/dL} + 11,20 \times \log_e \text{ INR} + 6,42$, arredondando-se o resultado para o próximo número inteiro. O valor máximo de creatinina vai até quatro.

A fórmula do Meld pode ser calculada, rapidamente, na Internet.

Para conceituação de hepatopatia grave, se aceita atualmente o valor do Meld igual ou maior que 15.

- 2) Classificação prognóstica de Child-Pugh, que utiliza três variáveis laboratoriais, igualmente rotineiras em qualquer hepatopatia crônica e duas variáveis de avaliação subjetiva, a saber ascite e encefalopatia hepática. Desta forma, considera-se como inquestionavelmente graves os pacientes da classe C (maior ou igual a 10 pontos), conforme a fórmula acima.

Obs. 1: Casos raros, eventualmente não contemplados pelas classificações referidas, poderão ser reavaliados por Comissão formada por 3 (três) especialistas em hepatologia.

Obs. 2: Pacientes incluídos em lista de transplante de fígado passaram por avaliação de especialistas em Hepatologia, preenchendo assim os critérios estipulados.

Critério – Hepatopatia Grave

CLASSIFICAÇÃO DE CHILD-PUGH			
Dados clínicos e laboratoriais	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS
Encefalopatia (grau)	Ausente	1-2	3-4
Ascite	Ausente	Discreta (ou controlada com diuréticos)	Ao menos moderada apesar do uso de diuréticos
Tempo de Protrombina (segundos além do controle)	<4	4-6	>6
Ou INR	<1.7	1.7-2.3	>2.3
Ou Atividade	>50%	40-50%	<40%
Albumina (EFP) (g/dL)	>3.5	2.8-3.5	<2.8
Bilirrubinas (mg/dL)	<2	2-3	>3
(A): 5-6, (B): 7-9, (C): 10-15			

$$\begin{aligned}
 \text{Meld} = & 9,57 \times \log_e \text{ creatinina mg/dL} \\
 & + 3,78 \times \log_e \text{ bilirrubina (total) mg/dL} \\
 & + 11,20 \times \log_e \text{ INR} \\
 & + 6,42
 \end{aligned}$$

Parecer nº 17/2006

Assunto: Endoscopia Digestiva

Da Consulta

- 1) Título de área de atuação em endoscopia digestiva pertence à especialidade gastroenterologia?
- 2) Médico que tem um título de área de atuação em endoscopia Digestiva pode realizar outros tipos de Endoscopia (respiratória, ginecológica, etc.)?
- 3) Título de Endoscopia (conforme Resolução CFM nº 1.763/05) é uma Especialidade ou continua sendo Área de Atuação de outra especialidade?

Do Parecer

Respondendo ao primeiro questionamento, a Câmara Técnica de Gastroenterologia informa que o título “endoscopia digestiva” pertence à especialidade de endoscopia, conforme a resolução do CFM nº 1.763/05.

Quanto ao segundo questionamento, entendemos que a habilitação à endoscopia digestiva é restrita à mesma.

Em relação ao terceiro a endoscopia é uma especialidade, tendo essa duas áreas de atuação: Endoscopia Digestiva e Endoscopia Respiratória.

Parecer nº 18/2006

**Assunto: Colonoscopia, Polisectomia
e Endoscopia Digestiva**

Da Consulta

- 1) O procedimento de colonoscopia pode ser realizado com paciente acordado e sem anestesia?
- 2) Pode uma pessoa não habilitada à poliposectomia ou mucosectomia proceder ao exame?
- 3) A endoscopia digestiva pode ser realizada com aplicação apenas de xilocaína?

Do Parecer

Em relação ao primeiro questionamento, a Câmara Técnica de Gastroenterologia considera que a resposta é sim, desde que haja concordância e tolerância por parte do paciente.

Quanto ao segundo item, informamos que para a realização dos procedimentos relacionados recomenda-se que a pessoa tenha habilitação na área de atuação ou especialidade.

Ao terceiro item, a resposta é sim, desde que haja tolerância e concordância por parte do paciente.

Câmara Técnica de Geriatría e Gerontologia

Coordenação:

Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes:

Dr. João Senger (Presidente)

Dr. Mariana Flores de Hekman

Dr. Renato de Oliveira Santos

Parecer nº 14/2004

Assunto: Tratamento de Revitalização

Da Consulta

Análise do método sobre Tratamento de Revitalização.

Do Parecer

O Instituto Nacional de Saúde dos EUA tem, entre suas divisões, o *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM – <http://nccam.nih.gov>) que é o ramo denominado “Medicina Alternativa e Complementar”, sendo definido como “um conjunto diferente de sistemas de produtos e práticas médicas e de atenção à saúde que não são consideradas, no presente momento, parte da medicina convencional”.

Considere-se:

- 1) Medicina convencional como a medicina que é praticada pelos portadores dos títulos de M.D. (*Medical Doctors*) ou D.O. (*Doctor of Osteopathy*) e seus profissionais associados, tais como fisioterapeutas, psicólogos e enfermeiros. Outros termos para a medicina convencional incluem alopatia, medicina regular, ortodoxa, corrente, ocidental e biomedicina.
- 2) Outros termos para a medicina alternativa e complementar incluem medicina ou cuidado de saúde irregular, não-provado, não-convencional.

Embora exista alguma evidência científica sobre as terapias da medicina alternativa e complementar, para a maioria ainda existem questões que necessitam ser respondidas através de estudos científicos bem desenhados, tais como se elas são seguras e se elas trabalham para as condições médicas ou para as doenças para as quais são preconizadas.

A lista do que é considerado medicina alternativa e complementar muda continuamente e aquelas terapias que se mostram seguras e efetivas são incorporadas aos cuidados de saúde convencional da mesma forma em que emergem novos enfoques para os cuidados em saúde.

A medicina alternativa pode ser utilizada conjuntamente com a medicina convencional como, por exemplo, o uso de aromaterapia para aliviar o desconforto do paciente após uma cirurgia, e pode ser utilizada no lugar da medicina convencional, como no emprego de uma dieta especial para tratar câncer, ao invés de cirurgia, radioterapia ou quimioterapia recomendados por um médico convencional.

O NCCAM classifica as terapias alternativas em cinco categorias ou domínios:

1) Sistemas médicos alternativos

São estabelecidos num sistema completo de teoria e prática. Como exemplo estão a medicina homeopática e a medicina naturopática.

2) Intervenções corpo-mente

Utiliza várias técnicas delineadas para aumentar a capacidade da mente em afetar as funções e sintomas do corpo.

3) Terapias biológicas

São utilizadas substâncias encontradas na natureza, tais como ervas, alimentos e vitaminas. São exemplos os suplementos alimentares, os produtos de ervas e as terapias "naturais" (como, o uso de cartilagem de tubarão para tratar o câncer).

4) Métodos de manipulação baseados no corpo

São métodos que enfatizam a manipulação e/ou o movimento de uma ou mais partes do corpo, sendo exemplos a quiropraxia ou manipulação osteopática e as massagens.

5) Terapias energéticas

- Terapias de biocampo – Procuram afetar os campos de energia que, supostamente, rodeiam ou penetram no corpo. Exemplos incluem *gi gong*, *reiki* e terapia do toque.

- Terapias bioeletromagnéticas – Envolvem o uso não convencional de campos eletromagnéticos, tais como ondas de pulso, campos magnéticos ou campos de corrente contínua.

Cumpra lembrar que o envelhecimento é um processo biológico inevitável, caracterizado por um declínio global nas funções fisiológicas e que pode ser definido como uma probabilidade aumentada de morte quando a idade do organismo aumenta com o acúmulo de várias mudanças adversas. Isto é contrabalançado pelos fatores de manutenção e reparo que contribuem para a longevidade do organismo.

Nos seres humanos é difícil distinguir entre a expressão fenotípica do envelhecimento devido ao processo de envelhecimento *per se* e as doenças que ocorrem com uma maior prevalência na população mais velha, tais como doença cardiovascular, artrite, osteoporose e câncer.

Diminuir o processo de envelhecimento tem uma importante implicação para a sociedade e para o mundo. Se a diminuição do processo de envelhecimento aumenta a vitalidade e qualidade da vida máxima de um indivíduo, então pode haver um benefício direto.

Contudo, muitas teorias têm sido propostas para explicar o processo de envelhecimento, como, por exemplo, a teoria cross-linking molecular, as mudanças nas funções imunológicas, os danos causados pelos radicais livres, os genes da senescência no DNA e, mais recentemente, o encurtamento do telômero. Nenhuma única teoria é aceita – “Este notável processo permanece um mistério” (Hayflick, L. *Origins of longevity*. In *Modern Biological Theories of Aging*. H.R. Warner, R. N. Butler, R. L. Sprott & E.L. Schneider, Eds.: 21-34. Raven Press. 1987. New York) e “É dúbio que uma única teoria possa explicar o mecanismo de envelhecimento” (Vijg, J. *Searching for the molecular basis of aging: The need for life extension models*. *Aging (Milano)* 2: 227-229, 1990).

Desta forma, os tratamentos de revitalização e/ou rejuvenescimento passam a ser considerados apenas tratamentos paliativos, haja vista que, enquanto são apreçados como diminuidores do processo de envelhecimento, na realidade não o fazem. Estes tratamentos podem trazer algum bem-estar físico ou psicológico momentâneo, mas são incapazes de impedir a inexorável evolução do processo de envelhecimento. Como exemplo, o paciente, ao submeter-se a um tratamento estético, apenas retira superficialmente linhas da expressão de sua idade (neste

caso considere-se envelhecimento), o que o deixa com um bem-estar psicológico e com aumento de sua auto-estima, mas, ao mesmo tempo, o processo de envelhecimento continua *per se*.

Os médicos praticantes de tais tratamentos devem estar atentos para o Código de Ética Médica em seus artigos 9º, 42, 124, 127, 129, 132 e 133.

Além disto, dentre os Princípios da Beneficência que estabelece a obrigação moral de agir em benefício dos outros, no contexto médico é o dever de agir pelo interesse do paciente. Encontramos, também, o Princípio da Não-maleficência que propõe a obrigação de não infligir dano intencional. Este princípio deriva da máxima da ética médica "*Primum non nocere*".

Estando atentos ao Código de Ética Médica, aos Princípios da Bio-ética e respaldados no conhecimento médico atual, segundo uma das mais sérias e prestigiosas instituições de pesquisa médica do mundo, que são os Institutos Nacionais de Saúde dos EUA (NIH-USA), podemos concluir, sem entrar no mérito em si da terapêutica, que os tratamentos de revitalização e/ou de rejuvenescimento não são recomendados para o fim a que se propõem. Além disso, as palavras "revitalização" e "rejuvenescimento" são apenas palavras de marketing e não são métodos terapêuticos alicerçados na medicina baseada em evidências.

Jamais um médico pode esquecer a máxima do Juramento Hipocrático: "Usarei meu poder para ajudar os doentes com o melhor de minha habilidade e julgamento; abster-me-ei de causar danos ou de enganar a qualquer homem com ele".

Parecer nº **71/2005**

Assunto: Medicina Ortomolecular

Da Consulta

Gostaria de saber se Medicina Ortomolecular é aceita pelo Conselho Federal de Medicina? Uma paciente minha "consultou" com um senhor não médico que tinha um receituário onde estava escrito "Medicina Ortomolecular" e outras terapias. Alertei-a que não fizesse uso de tal prescrição, porém, gostaria de um esclarecimento formal destas práticas que assolam nosso país.

Do Parecer

A Câmara Técnica de Geriatria informa que, com base na Resolução CFM nº 1.763/05 (publicada no D.O.U, de 06/03/05 seção I, p. 189 – 192) a Medicina Ortomolecular não é reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina.

Além disso, conforme a Resolução CFM nº 1.500/98 (publicada no D.O.U de 03/09/98, p.101), 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:

- 1) Megadoses de vitaminas.
- 2) Antioxidantes para melhorar o prognóstico de pacientes com doenças agudas ou em estado crítico.
- 3) Quaisquer terapias ditas antienvhecimento, anticâncer, antiarterioesclerose ou voltadas para patologias crônicas degenerativas.

- 4) EDTA para remoção de metais pesados fora do contexto das intoxicações agudas.
- 5) EDTA como terapia antienvelhecimento, anticâncer, antiarterioesclerose ou voltadas para patologias crônicas degenerativas.
- 6) Análise de fio de cabelo para caracterizar desequilíbrios bioquímicos.
- 7) Vitaminas antioxidantes ou EDTA para genericamente “modular o estresse oxidativo”.

Quanto à questão de ser prescrito por pessoa não médica, cabe a denúncia por prática ilegal da medicina.

Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia

Coordenação:

Dr. Antônio Celso Koehler Ayub

Componentes:

Dr. Fernando Ferreira Bernd

Dr. Gustavo Py Gomes da Silveira

Dr. João da Rosa Michelin

Dr. Plínio Vicente Medaglia Filho

Dr. Sérgio Hofmeister de Almeida Martins Costa

Desde a instituição desta Câmara Técnica, fez parte:

Dra. Mariangela Badalotti

Parecer nº **20/2004**

Assunto: Percentual de Cesarianas Considerado Normal

Da Consulta

Qual seria o percentual “normal” de cesarianas por obstetra?

Do Parecer

Em primeiro lugar, há que considerar o percentual de cesarianas para regiões e/ou países: A questão da percentagem adequada de cesarianas tem sido motivo de intenso debate, tanto em periódicos científicos quanto nos meios de comunicação leigos.

O OMS, embasada em um consenso de especialistas, recomendou em 1985 uma taxa máxima nacional de cesarianas de 15%. Entretanto, estudo realizado pelo Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP) mostrou que nos países da América Latina a mortalidade materna diminui à medida que aumenta a taxa de cesarianas até 15%, pois acima desse índice não mais se verifica um efeito benéfico (nem prejudicial) na taxa de mortalidade materna, sugerindo que 15% de cesarianas para a América Latina seja uma taxa mínima, e não máxima.

Nas últimas décadas registrou-se um incremento na incidência de cesarianas na maioria dos países. Aqueles com taxas mais elevadas são o Chile com 45 e o Brasil com 37%. A análise das taxas de cesarianas e tendências de incremento e estabilização em diversos países permite concluir que os percentuais de cesarianas considerados adequados devam variar entre 15% e 25%, dependendo do grau de risco da população analisada (Ex.: Nos EUA a taxa de cesarianas é estável, em torno de 25% há duas décadas).

Em segundo lugar, consideraremos o percentual de cesarianas por médico obstetra.

Não há como estabelecer uma taxa de cesarianas por obstetra que seja “normal” ou aceitável. Essa taxa pode variar tanto pelo tipo de paciente atendida, quanto pela maneira como o atendimento obstétrico está estruturado. Um obstetra especialista ou consultor para gestações de alto risco necessariamente apresentará taxas mais elevadas do que outro que atende gestantes de menor risco. Em um plantão médico, pode ocorrer que, por questões de afinidade ou habilidade, um médico obstetra seja incumbido de realizar as cesarianas, e outro, os partos e as curetagens. Estes e outros fatores podem aumentar ou diminuir os percentuais individuais de cesarianas, sujeitando, assim, a análise por médico a grandes distorções.

Embora atualmente a cesariana eletiva seja um procedimento extremamente seguro, podendo inclusive minimizar riscos inerentes ao trabalho de parto e ao parto tanto para a parturiente quanto para o neonato, sua realização sem indicação médica precisa implica desnecessariamente riscos para a mulher, em especial o risco de mortalidade materna em uma eventual futura gestação. Portanto, não deve ser considerada boa conduta indicar uma cesariana sem justificativa médica precisa. Tal ato infringe o Código de Ética Médica no seu artigo 42 – Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do país.

Parecer nº **74/2004****Assunto: Realização de Histerossalpingografia após Ligadura Tubária***Da Consulta*

Questionamento acerca da realização de histerossalpingografia após o procedimento de ligadura tubária, como meio de garantia de que o procedimento tenha tido êxito.

Do Parecer

Trata-se de consulta oriunda da Secretaria Municipal de Saúde que fora instada a pronunciar-se pelos ginecologistas do HMIPV. Estes teriam ouvido de um membro do Ministério Público que, em casos de processos contra médico por “falha” da esterilização tubária – resultando em gravidez –, a definitiva forma de defesa do médico seria a existência de histerossalpingografia comprovando a efetiva obstrução tubária bilateral. Diante disso, os ginecologistas estariam dispostos a solicitar, rotineiramente, a histerossalpingografia após a realização de esterilização tubária. Esse procedimento encarece sobremaneira a conta hospitalar, inviabilizando, praticamente, a esterilização.

A avaliação da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia mostra que o risco de “falha” da esterilização – recanalização tubária – ocorre em 0,1 a 0,5% dos casos (ou seja, de um caso em 200 a um caso em 1000 procedimentos). Considerando um dos casos, apenas para argumentar (uma falha em cada 200 casos), a realização sistemática de histerossalpingografia resultaria em 199 exames desnecessários. Considerando que o exame não é isento de risco, o custo e o fato de que a “histero” em si pode causar a desobstrução tubária, a avaliação de risco e custo-benefício é totalmente desfavorável. Por outro lado, a informação constante do termo de consentimento informado (além de uma explicação verbal, clara e compreensível)

de que há um certo número de falhas, é providência bastante para impedir ou prosperar de eventuais processos contra médicos.

Pelo exposto, somos contrários à orientação de realizar histerossalpingografia rotineira após esterilização tubária.

Parecer nº **52/2006**

**Assunto: Utilização de Exames
para Detecção Precoce
de Câncer de Colo de Útero**

Da Consulta

Solicito que esse Conselho, ouvidos os organismos próprios, defina-se aos ginecologistas, frente à obrigação de rastrear, diagnosticar e tratar o câncer do colo de útero em suas pacientes, dentro dos conhecimentos atuais, é legítimo abster-se da utilização de exames de biologia molecular para HPV. Ou se, por outro lado, subsistem situações, e quais seriam, em que exames acrescentariam benefícios à rotina de detecção precoce do câncer de colo uterino, bem como, na avaliação das alterações vulvares?

É inescapável que os gestores de planos de saúde administram recursos que, em última análise, pertencem aos usuários. Considerando o elevado custo de exames de biologia molecular, cabe assegurar aos colegas, com precisão, se e quando solicitá-los.

Do Parecer

A Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia, respondendo ao questionamento acima, informa que o rastreamento do câncer de colo uterino tem sua efetividade comprovada ao longo de 60 anos de utilização na prática médica, servindo de exemplo para rastreamento de tumores em outras áreas. No colo uterino os mesmos exames para rastreamento servem também para detectar as lesões precursoras, as neoplasias intra-epiteliais. Os exames admitidos como úteis no rastreamento, determinando uma redução superior a 90% nos índices de câncer de colo, são:

- 1) Exame clínico especular do colo uterino.
- 2) Observação do colo uterino sob solução de ácido acético.

- 3) Prova de Schiller.
- 4) Exame citopatológico.
- 5) Colposcopia.

A sensibilidade e a especificidade desses exames são muito adequadas. Os índices baixos de falso positivo e de falso negativo caracterizam um rastreamento útil para a prática assistencial.

As pesquisas de HPV, seja por captura híbrida ou por PCR, não integram a lista de exames para rastreamento de câncer de colo, não por causa de seu alto custo, mas em virtude de:

- 1) A infecção por HPV atinge mais da metade da população feminina com vida sexual ativa, dependendo da faixa etária.
- 2) Exames que pesquisem HPV resultarão num número muito alto de positividade.
- 3) As infecções pelo HPV mais freqüentemente são autolimitadas, curando espontaneamente.
- 4) A relação encontrada entre a infecção pelo HPV e as lesões de colo uterino pré-malignas e malignas, embora real, não ocorre na imensa maioria das jovens infectadas.
- 5) No momento atual, a infecção pelo HPV não tem cura conhecida.
- 6) Detectando-se uma infecção pelo HPV, na ausência de lesões no trato genital inferior, em nada irá modificar o programa de rastreamento do câncer de colo nessa paciente.
- 7) Sabedora a paciente de ser portadora do vírus HPV, poderá se desencadear um quadro de temor, o que o patologista argentino, prof. Marcos Pellufo chamou de “iatrogenia psicológica”.
- 8) Nenhuma vantagem atual tem a mulher em se submeter a pesquisa de HPV na ausência de lesões.
- 9) A pesquisa de HPV não deve integrar a rotina de rastreamento e diagnóstico de lesões do trato genital inferior.

Parecer nº **89/2005**

Assunto: Gestação de Substituição

Da Consulta

Solicitamos o parecer deste Conselho para fins de concessão de Fertilização *in vitro* (FIV) utilizando útero de substituição temporária em pessoa não familiar, devido à impossibilidade de gestação e seu seguimento nas circunstâncias atuais de saúde reprodutiva que a mesma se encontra.

Do Parecer

A Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia, em resposta ao questionamento acima, informa que, sob o ponto de vista técnico, o relato de caso da paciente enquadra-se nas situações em que a gestação de substituição (doação temporária de útero)   uma possibilidade terapêutica.

Sobre essa possibilidade, a Resolução CFM não 1.358/92, na seção VII, reza que ela seja contemplada, “desde que exista um problema médico que impeça ou contra-indique a gestação na doadora genética”. No item I há, expressamente, menção às condições para doadoras temporárias: “devem pertencer   família da doadora genética, num parentesco até 2  grau, sendo os demais casos sujeitos   autorização do Conselho Regional de Medicina”.

Assim sendo, opinamos que o caso apresenta características que permitem que seja proposta a gestação de substituição. A autorização cabe ao Cremers e para que ela seja discutida devolvemos o presente protocolo.

Câmara Técnica de Hematologia

Coordenação:

Dr. João Pedro Escobar Marques Pereira

Componentes:

Dra. Almeri Marlene Balsan

Dr. Hiram de Azambuja Schuh

Dra. Inês Guterres

Dra. Lúcia Mariano da Rocha Silla

Desde a instituição desta Câmara Técnica, fez parte:

Dra. Liane Esteves Daudt

Parecer nº 14/2003

Assunto: Doadores de Sangue e a Acupuntura

Da Consulta

Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 343, de 13 de dezembro de 2002, que revoga a Portaria nº 1376/93, SVS/NS/SPS/MS, de 13 de novembro de 1993.

Do Parecer

A acupuntura realizada por médicos ou técnicos autorizados é causa de inaptidão temporária para doação de sangue pelo prazo de três dias após sua realização.

A acupuntura, piercings e tatuagens, em condições de antiassepsia impossíveis de serem avaliadas, são causas de inaptidão temporária de doação de sangue por 12 meses após sua realização.

É o nosso parecer, salvo melhor juízo.

Parecer nº 01/2005

**Assunto: Dosagem de drogas
em amostra de fio de cabelo**

Da Consulta

Questionamento acerca da existência ou não de embasamento científico para a divulgação do teste para dosagem de drogas em amostra de cabelo.

Do Parecer

A Câmara Técnica de Hematologia, após busca na literatura científica disponível, tem a dizer:

Drogas incorporadas à matriz do cabelo permanecem detectáveis por meses.

O teste da análise do cabelo com resultado positivo pode ser usado para confirmar se a pessoa usou ou foi exposta à droga, não podendo diferenciar estas duas possibilidades, úteis em exposições pregressas e em medicina legal.

O teste com resultado negativo não implica em não exposição à droga (exposição muito recente).

Parecer nº 16/2005

Assunto: **Transfusão de Sangue Sem Prova de Compatibilidade e a Responsabilidade Médica**

Da Consulta

Solicitação de parecer em referência aos quesitos de responsabilidade nos procedimentos de transfusão de sangue, especificamente, a transfusão de extrema urgência, conforme definida no item I.1.3 da Resolução RDC nº 153, de 14/06/04, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, sem provas de compatibilidade, nas condições citadas no regulamento técnico. Os quesitos a serem respondidos são:

- 1) Que tipo de responsabilidade recai exatamente sobre o médico solicitante: fazer o possível e o impossível para manter uma vida ou responder se alguma coisa ocorrer com o paciente devido à transfusão, mesmo que a tenha autorizado com o único e exclusivo propósito de salvar uma vida?
- 2) Quem deve oferecer segurança e tranquilidade para atender emergências: o hospital, o banco de sangue, a autorização assinada pelo médico solicitante?
- 3) A responsabilidade deve ser mesmo do médico solicitante, conforme a Resolução da Anvisa?
- 4) O médico solicitante deve realmente assinar esse termo de responsabilidade (termo de responsabilidade assinado pelo médico responsável pelo paciente no qual está sendo realizado o procedimento)? Em que termos será redigido esse documento?

Do Parecer

A Câmara Técnica, após apreciação do tema acima referido, informa que a responsabilidade que recai sobre o médico solicitante é a de fazer todo o possível para manter a vida. A RDC nº 153, no item A-1, diz

que “toda a transfusão de sangue traz em si um risco, seja ele imediato ou tardio, devendo, portanto, ser criteriosamente indicada”, já que nenhuma transfusão é 100% segura. A segurança do procedimento hemoterápico é oferecida pelo serviço transfusional e reside na elaboração e observância de procedimentos operacionais padronizados (POP).

Fica implícito, entretanto, que o paciente deverá receber sangue compatível no sistema ABO, que as provas serão concluídas e que eventuais incompatibilidades sejam imediatamente comunicadas ao médico solicitante.

O termo de responsabilidade sugerido por esta Câmara Técnica é o modelo utilizado no Serviço de Hemoterapia do GHC.

Câmara Técnica de Homeopatia

Coordenação:

Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes:

Dra. Ângela Augusta Lanner Vieira

Dr. Ben-Hur Fernando Cassol Dalla Porta

Dr. Erico Dornelles

Dra. Universina Nunes de Oliveira Ramos (Presidente)

Desde a instituição desta Câmara Técnica, fez parte:

Dra. Maria de Lourdes Ruga

Parecer nº 18/2004

Assunto: A Homeopatia e o Currículo da Faculdade de Medicina

Da Consulta

Questionamento de um médico, cursando Pós-Graduação de Homeopatia – Instituto Brasileiro de Estudos Homeopáticos (Ibehe), em São Paulo, no momento desenvolvendo estudo sobre Escolas Médicas e Homeopatia, pergunta: Por quais razões os ensinamentos de Homeopatia não estão contemplados no currículo da Faculdade de Medicina?.

Do Parecer

O ensino da homeopatia já faz parte do currículo das Faculdades de Medicina no Brasil. Somente em uma delas é considerada como disciplina obrigatória, tendo, inclusive residência médica em Homeopatia, nas demais, consta como disciplina eletiva.

Abaixo, relacionamos as Universidades em cujo programa está inserida a sua condição de obrigatória ou eletiva:

1) Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), Dr. Francisco José de Freitas – Homeopatia como disciplina obrigatória no currículo.

Residência Médica:

Hospital Gaffrée Guinle – Unirio

2) Universidade Federal de São Paulo, Dr. Flávio Dantas – Homeopatia como disciplina eletiva no currículo

3) Universidade de São Paulo (Pinheiros), Dr. Marcus Zulian – Homeopatia como disciplina eletiva no currículo

- 4) Universidade Federal de Pernambuco, Dra. Odimariles Dantas –
Homeopatia como disciplina eletiva no currículo
- 5) Universidade Federal da Paraíba, Dr. Climérico Avelino de Figueiredo
– Homeopatia como disciplina eletiva no currículo
- 6) Centro Universitário Newton Lins (Amazonas), Dr. Plínio Monteiro
– Homeopatia como disciplina eletiva no currículo
- 7) Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Dr. Roberto Dimenstein
– Homeopatia como disciplina eletiva no currículo

Parecer nº 06/2006

Assunto: Tratamento de Revitalização

Da Consulta

Questionamento acerca do tratamento de revitalização.

Do Parecer

- 1) A proposta do uso dos medicamentos homeopáticos como revitalizantes foge completamente dos princípios que regem a teoria e a prática da homeopatia.
- 2) A homeopatia tem como princípio básico a teoria do semelhante, que afirma que um quadro mórbido é curado por uma substância capaz de produzir um quadro sintomático semelhante em organismos sãos.
- 3) Para cada quadro de doença temos somente um medicamento que pode ser adequado ao organismo neste momento.
- 4) A revitalização através de medicamentos homeopáticos é conseguida pelo uso do medicamento semelhante de cada paciente, respeitando a sua individualidade.
- 5) Não há, portanto, na concepção homeopática, medicamentos que sejam revitalizantes para todos os indivíduos aleatoriamente.
- 6) A proposta de revitalizar com medicamentos preparados homeopaticamente, mas usados aleatoriamente sem a aplicação da lei do semelhante, que é o princípio fundamental da homeopatia, não tem embasamento científico.
- 7) O uso de medicamentos homeopáticos associado a pontos de acupuntura é uma técnica nova que foge tanto dos limites científicos da homeopatia como também da acupuntura clássica.

Considerando o acima exposto, concluímos que esta prática não pode ser denominada homeopática.

Câmara Técnica de **Infectologia**

Coordenação:

Dr. Cléber Ribeiro Álvares da Silva

Componentes:

Dr. Breno Riegel Santos (Presidente)

Dr. Eduardo Sprinz

Dr. Gabriel Azambuja Narvaez

Dra. Giórgia Torresini Ribeiro

Dra. Marineide Melo Rocha

Desde a instituição desta Câmara Técnica, fez parte:

Dr. Paulo Renato Petersen Behar

Parecer nº 10/2002

**Assunto: Autorização de Exames
Anti-HIV/Anti-HCV**

Da Consulta

Necessidade de autorização do paciente para realização de exames Anti-HIV e Anti-HCV na vigência de acidentes com material biológico em laboratório de análises clínicas.

Do Parecer

Parecer nº 54/00 da Dra.Maely Gischkow Golbert

De acordo com o parecer emitido pelo Conselheiro Tomaz Barbosa Isolan (Parecer Conselheiro 13/00) que analisa exaustivamente o assunto objeto da consulta.

De fato, tanto o Parecer CFM nº 14/88 quanto a Resolução CFM nº 1.359/92 declaram que o sigilo profissional deve ser respeitado em relação a pacientes soropositivos. Porém, a quebra do sigilo é permitida por justa causa, ou seja, a proteção à vida de terceiros. Assim, em caso de acidentes com material biológico em laboratório de análises, este deve ser informado ao paciente e solicitado seu consentimento para realização dos exames anti-HIV e anti-HCV. Em caso de recusa, os exames devem ser feitos da mesma forma, informando-se o resultado ao paciente. Em caso de sorologia positiva, cabe a comunicação à Vigilância Sanitária, por determinação legal.

Parecer nº 13/00 do Conselheiro Tomaz Barbosa Isolan

“Assim, resta analisar a conduta do estabelecimento em relação ao paciente do qual foi retirado o material. A preocupação da consulen-

te, como já relatou o Dr. Bastos Gomes, é quanto ao segredo médico. Questionou se é necessário que o dono desse material biológico autorize a realização de exames como anti-HIV e anti-HCV.

O CDC (*Center for Disease Control and Prevention*), agência do Departamento de Saúde e Serviços Humanos com sede em Atlanta/EUA, visa à promoção da saúde e da qualidade de vida por intermédio da prevenção e controle das doenças, ferimentos e incapacidades. Essa agência estabelece que esses exames só podem ser realizados após consentimento do paciente. É uma posição interessante, que deve ser observada, mas com cautela.

Sem sombra de dúvida, a melhor conduta a ser adotada nesses casos é entrar em contato com o paciente, explicar o ocorrido e solicitar seu consentimento esclarecido para a realização dos testes, que serão gratuitos e de cujos resultados receberá cópia.

Observando que o paciente está relutante, ou em face de uma negativa, deve o profissional expor ao paciente que por imperativo legal e ético, esse exame terá que ser realizado dentro de um período de no máximo de duas a quatro horas e o resultado ser informado. No caso do anti-HIV ser reagente, toma-se as medidas profiláticas medicamentosas. Em verdade, o Código Penal Brasileiro diz que não há crime e o Código de Ética Médica assevera que será permitida a quebra do sigilo por justa causa, caracterizada na proteção da saúde e da vida do funcionário acidentado, algo muito mais relevante que o bem-estar individual.

Tanto o Parecer CFM nº 14/88 como a Resolução CFM nº 1.359/92 declaram que o sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação a pacientes soropositivos. Contudo, ambos permitem a quebra do sigilo por justa causa (proteção à vida de terceiros).

Dessa forma, entende-se que em casos de acidente com material biológico em laboratório de análises, deve-se informar o paciente e solicitar seu consentimento. Em caso de recusa, os exames do material devem ser feitos da mesma forma, informando-se o resultado ao paciente.”

Parecer nº 76/2003

Assunto: Solicitação de Receitas/Atestados sem a Presença do Paciente

Da Consulta

Atendo a pacientes com Aids que fazem tratamento com medicações fornecidas pelo Ministério da Saúde (anti-retrovirais e antimicrobianos para infecções oportunistas), mediante entrega de receita médica. Conforme norma do Ministério da Saúde, a cada consulta são emitidas três receitas, suficientes para três meses de tratamento, devendo o paciente retornar à reconsulta para renovação ou troca de tratamento. A interrupção do tratamento é muito danosa para o paciente, devendo ser evitada ao máximo. Os pacientes também necessitam realizar exames periodicamente (CD4 e Carga Viral para HIV), atestados para a perícia do INSS, retirada do FGTS e Passe Livre, em média a cada três meses. O que tem ocorrido é a ausência do paciente na consulta médica, sendo representado por familiar ou amigo, em uma ou várias consultas consecutivas, na maioria das vezes por motivos citados abaixo:

- 1) Paciente acamado em que familiar tem dificuldades para trazer no ambulatório.
- 2) Paciente psiquiátrico que familiar não consegue fazê-lo vir à consulta.
- 3) Paciente que está preso em regime fechado.
- 4) Paciente que está em clínica de recuperação para uso de drogas.
- 5) Paciente que está no Exterior (não é fornecido anti-retrovirais no Exterior como no Brasil).
- 6) Paciente não consegue marcar consulta (agenda lotada), etc.

Tendo em vista ser desaconselhável o fornecimento de receitas e atestados sem a presença do paciente no atendimento médico e, ao mesmo tempo, o não fornecimento ser danoso à saúde do mesmo, solicito ao Conselho orientação quanto à conduta mais correta nestes casos.

Do Parecer

Todas as condutas citadas, renovação de receitas, atestados que não sejam para afastamento do trabalho, devem ser respaldadas por anotações contidas em prontuário médico.

Os pacientes não podem interromper o uso de anti-retrovirais (ARV) nem abrir mão de direitos (FGTS, INSS, etc.) por entrave burocrático, criado pela demanda de consultas maior do que a rede pública oferece. Além disso, as situações descritas existem e são insuperáveis.

Não encontramos na revisão da Resolução CFM nº 1.627/01 que define o ato médico, na Resolução CFM nº 1.658/02, que normatiza sobre o atestado médico, e nem no Código de Ética Médica, infração do médico que renove receitas para medicamentos de uso continuado, bem como atestados, baseados no histórico clínico registrado em prontuário, sem a presença do paciente. Isso não se aplica para atestados de dispensa de trabalho, que obrigatoriamente devem ser fornecidos somente após exame clínico do solicitante.

Em vista dos tipos de atestados listados pela colega, os quais são embasados nos registros de prontuário de paciente e em exames laboratoriais, previamente registrados, entendemos que a presença do paciente para o fornecimento de tais documentos não é imprescindível.

Numa situação ideal, seria recomendável que o paciente pudesse consultar a cada três meses para renovar suas receitas, avaliar exames laboratoriais e solicitar atestados. Entretanto, o que se verifica, na prática, é que isso não acontece mesmo em consultórios privados.

Parecer nº 19/2006

**Assunto: Uso de Antibióticos
nas Unidades Hospitalares**

Da Consulta

- 1) O uso de antibióticos nas unidades hospitalares, incluindo a verificação de necessidade de sua padronização, é estabelecido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) com a cooperação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), ou é definido exclusivamente pela CFT?
- 2) Pode um hospital não liberar resultado do teste anti-HIV para médico infectologista do seu corpo clínico, assistente do paciente ou realizando consultoria a pedido do médico assistente, através da intranet com senha pessoal específica?

Do Parecer

Com relação ao primeiro questionamento, a Câmara Técnica de Infectologia salienta que os modernos hospitais brasileiros vêm implementando as normas de uso de antimicrobianos desde a década de 1980, quando a ocorrência de infecções nos hospitais tornou-se de domínio público, fazendo com que as autoridades sanitárias comesçassem a regularizar o assunto tornando obrigatória a criação de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) independentes e com autoridade para, de um ponto de vista cientificamente sólido, emanar políticas para o uso racional de antimicrobianos.

Por outro lado, as drogas antimicrobianas, como outros medicamentos modernos, são sensíveis do ponto de vista econômico, podendo, se padronizadas inadequadamente, representar impactos econômicos graves a qualquer instituição pública ou privada.

As Comissões de Farmácia e Terapêutica (Comedi) têm, entre suas atribuições, intermediar interesses muitas vezes milionários, podendo em-

prestar à discussão esta perícia, cooperando com as CCIHs para encontrar a melhor solução econômica para lidar com epidemias de infecções hospitalares identificadas por estas.

É neste balanço que os modernos hospitais precisam estabelecer o equilíbrio, isto é, conciliar a agregação de novos antimicrobianos para enfrentar as epidemias próprias de cada hospital ou região, e as normas da instituição para aquisição de novas drogas, aí incluídos os antibióticos.

Ora, se a Portaria do MS nº 2.616 (DOU 13/05/98) estabelece que a política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares deverá ser definida pela CCIH, em cooperação com a Comedi, a Resolução do CFM nº 1.552/99 reconhece e embasa a atribuição da CCIH de emitir as normas para prescrição de antibióticos nas unidades hospitalares. Ainda, conforme a Resolução CFM 1.552/99, parágrafo 1º, os protocolos científicos para uso de antimicrobianos não se subordinam a fatores de ordem econômica.

Sendo o perfil de resistência dos microorganismos causadores de infecções hospitalares aos antimicrobianos um componente crucial da Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares em qualquer instituição organizada, cabe à CCIH a definição das melhores políticas para inclusão, exclusão e o uso racional dos antimicrobianos. Isto é particularmente básico quando uma instituição complexa depara com germes resistentes a todos os antibióticos disponíveis rotineiramente (multi ou pan-resistência).

Portanto, à CCIH cabe identificar e monitorar o comportamento da resistência dos microorganismos aos antibióticos e reagir aos indicadores através de políticas para o uso racional destas drogas, bem como a incorporação de novos antimicrobianos que se façam necessários. Estas decisões devem ser embasadas em sólidos indicadores da realidade local e na literatura.

Cabe à Comedi cooperar com a CCIH reconhecendo nesta a instância técnica adequada para a definição das políticas institucionais para o uso de antimicrobianos.

Em resumo, é atribuição técnica inalienável das CCIHs monitorar surtos de infecções hospitalares por germes multirresistentes e identificar os antimicrobianos adequados, cabendo às Comedis cooperar para este fim.

Respondendo ao segundo questionamento, observamos que, de acordo com a Resolução CFM 1.638/2002, Art. 1º, o prontuário médico é um documento único, constituído de um conjunto de informações,

sinais e imagens registradas de caráter legal, sigiloso e científico que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. Portanto, o médico de consultoria faz parte da equipe que atende ao paciente e, como tal, deve ter acesso ao prontuário.

Diz a Resolução CFM 1.639/2002: “Considerando que o sigilo profissional visa preservar a privacidade do indivíduo, deve estar sujeito às normas estabelecidas na legislação e no Código de Ética Médica, independente do meio utilizado para o armazenamento dos dados no prontuário, seja eletrônico ou em papel”. Resolve, Art. 1º; aprovar as Normas Técnicas para o uso de Sistemas de Informatização para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico, possibilitando a utilização e o arquivamento de prontuário em meio eletrônico. Nas Normas Técnicas, no quesito II, Privacidade e Confidencialidade, consta que “faz-se necessário que o sistema de informações possua mecanismos de acesso restrito e limitado a cada perfil de usuário de acordo com a sua função no processo assistencial”.

Portanto, se o médico é “consultor” e faz parte da equipe que assiste ao paciente, independente de qual a forma de armazenamento das informações contidas no prontuário médico (papel ou eletrônico), deve ter acesso a todos os dados (inclusive resultados de exames) para elucidação do caso.

Câmara Técnica de Informática em Saúde

Coordenação:

Dr. Luiz Augusto Pereira

Componentes:

Dr. Gerson Martins Pereira

Dr. Marcelo Garcia da Rocha

Dr. Paulo Marcelo Zimmer

Dra. Sandra Abrantes Krug Seabra

Desde a instituição desta Câmara Técnica, fez parte:

Dra. Mariza Machado Klück

Parecer nº 11/2005

**Assunto: A Prescrição Médica
e a Forma de Executá-la**

Da Consulta

- 1) Existe algum impedimento legal para o médico realizar prescrição médica hospitalar em papel timbrado do hospital e com letra impressa?
- 2) Existe obrigação do médico em realizar a prescrição por computador, com sistema interligado à farmácia?
- 3) É dever do médico procurar executar uma prescrição de forma legível e compreensível?
- 4) Pode a farmácia do hospital suspender o fornecimento de medicação aos pacientes porque a prescrição é realizada em papel timbrado do próprio hospital e com letra impressa?
- 5) Que atitude o médico deve tomar quando não há fornecimento de medicação por parte da farmácia aos seus pacientes?

Do Parecer

A Câmara Técnica, quanto ao primeiro questionamento – Existe algum impedimento legal para o médico realizar prescrição médica hospitalar em papel timbrado do hospital e com letra impressa? –, responde que é dever e obrigação da direção da instituição hospitalar organizar o Sistema de Prescrição Hospitalar, padronizando rotinas pertinentes, dentro das normas e princípios éticos do Código de Ética Médica e das Resoluções do Conselho Federal e Conselho Regional de Medicina, além da legislação em geral. Neste sentido, é requisito mínimo que conste de forma clara a identificação da instituição na prescrição. A forma impressa tem sido adotada cada vez mais dentro dos sistemas informatizados, o que tem facilitado o ato de prescrever e gerado maior segurança para os pacientes. Não é recomendável que se permitam procedimentos isolados em relação ao sistema de prescrição da instituição.

Quanto à segunda pergunta – Existe obrigação do médico em realizar a prescrição por computador, com sistema interligado à farmácia? –, a resposta é: se este já for o sistema adotado na instituição, o que é a tendência atual e o mais recomendável, e desde que não implique em prejuízo para o paciente e não interfira eticamente no exercício da medicina, o médico deve procurar se adequar e se harmonizar às rotinas do hospital e, adicionalmente, deve colaborar para que as mesmas se aperfeiçoem e sejam corrigidas naquilo que o profissional julgar estar em desacordo com os princípios norteadores da prática médica.

Referente à terceira questão – É dever do médico procurar executar uma prescrição de forma legível e compreensível? –, a resposta da Câmara Técnica é sim, sendo esta uma das vantagens dos sistemas informatizados de prontuário eletrônico.

Respondendo à quarta pergunta, – Pode a farmácia do hospital suspender o fornecimento de medicação aos pacientes porque a prescrição é realizada em papel timbrado do próprio hospital e com letra impressa? –, a Câmara Técnica informa que as farmácias dos hospitais, em primeiro lugar, devem estar evidentemente integradas ao Sistema de Prescrição Médica da instituição, seguindo as rotinas estabelecidas e dispensar medicações dentro deste contexto. Se, por qualquer motivo, ocorrer mudança nos critérios padronizados e isto gerar interrupção ou atraso no fornecimento de medicamentos, prejudicando os pacientes, deve o médico assistente informar imediatamente às direções técnica e clínica do hospital para que se apurem os fatos e seja identificado quem deu causa a que o problema ocorresse, principalmente se houver uma situação de emergência.

E, por último, referente à quinta indagação, – Que atitude o médico deve tomar quando não há fornecimento de medicação por parte da farmácia aos seus pacientes? –, a Câmara Técnica entende que se faz necessário informar imediatamente a direção do hospital para que se tomem as providências e, se necessário, dirigir-se à Comissão de Ética Médica da instituição.

Parecer nº **78/2005**

**Assunto: Utilização de Prontuário
Eletrônico como Única
Forma de Guardar Informações**

Da Consulta

Questionamento acerca da utilização de prontuário eletrônico como forma única de guarda de informações dos pacientes pelos hospitais.

Do Parecer

No momento atual a legislação vigente é a Resolução CFM 1.639-02. Essa prevê, especificamente, como forma de guarda das informações dos pacientes, além do suporte em papel, duas situações:

Art. 5º Autorizar, no caso de emprego da microfilmagem, a eliminação do suporte de papel dos prontuários microfilmados, de acordo com os procedimentos previstos na legislação arquivística em vigor (Lei nº 5.433/68 e Decreto nº 1.799/96), após análise obrigatória da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 6º Autorizar, no caso de digitalização dos prontuários, a eliminação do suporte de papel dos mesmos, desde que a forma de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça à norma específica de digitalização contida no anexo desta resolução e após análise obrigatória da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Salientamos que devem ser atendidas as Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico, estabelecidas na mesma resolução.

Essas considerações estão sujeitas a modificações, previstas inclusive pelo CFM, e que podem mudar, substancialmente, o conteúdo deste documento.

Parecer nº 15/2006

**Assunto: Software de Prontuários
Médicos com Selo de Qualidade**

Da Consulta

Solicito o auxílio dos senhores quanto à informação sobre a existência, no presente momento, de alguma empresa ou "software" que já tenha passado pela auditoria do Cremers, e possua "selo de qualidade" do mesmo, para ser adotado como prontuário eletrônico em meu consultório. Isso auxiliaria, com a lista, a não contratação de serviço não autorizado, conforme meu conhecimento da lei que envolve a utilização do prontuário eletrônico.

Do Parecer

O sistema tem que estar em acordo com a resolução vigente (Resolução CFM nº 1.639/2002). No presente momento, está em andamento pelo CFM e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde o processo de certificação de software (fase I). Não há atualmente nenhum software que tenha completado o processo de avaliação. A Câmara Técnica sugere que o acompanhamento deste processo pelo site do CFM (<http://www.sbis.org.br/certificacao>).

Câmara Técnica de Medicina Desportiva

Coordenação:

Dr. Cláudio Balduino Souto Franzen

Componentes:

Dr. Alexandre José Vianna (Presidente)

Dra. Cátia Boeira Severo

Dr. Geraldo Gomes da Silveira

Dr. Luis Fernando Varela Brenes

Dra. Marta Goldman Feder

Desde a sua instituição também fizeram parte desta Câmara Técnica os colegas:

Dr. João Ricardo Turra Magni

Dra. Maria Eugenia Bresolin Pinto

Parecer nº 35/2002**Assunto: Associação de Bebida Alcoólica
com o Esporte**

Da Consulta

Está sendo veiculada na mídia propaganda de cerveja, onde uma tartaruga faz "embaixadas" com uma lata, associando desta forma a bebida alcoólica ao esporte. A Lei 9.294/96, que regula as propagandas de bebidas associadas ao esporte, considera como "bebida alcoólica" somente aquelas que possuem quantidade superior a 13° de teor alcoólico, excluindo desta forma as cervejas, que concentram teor menor ao referenciado na lei. Estamos reunindo pareceres especializados que comprovem dano e/ou dependência e esclareçam através de argumentos técnicos específicos que a ingestão de bebidas alcoólicas não privilegiam as habilidades esportivas e sim ao contrário, mesmo que o teor alcoólico não alcance os referidos 13°, para tentarmos de alguma forma intervir nesta lei.

Do Parecer

Desde o início do século passado, o álcool nos faz pensar em relaxamento muscular. Porém, ao contrário do que alguns atletas pensam, o álcool deprime as funções fisiológicas solicitadas durante a atividade física. O álcool deprime o coração e a respiração mesmo em indivíduos jovens. Portanto, se estabelece um conjunto de efeitos na direção contrária do que um atleta poderia esperar.

O Colégio Americano de Medicina Esportiva também estabeleceu um parecer a este respeito, ou seja, o uso do álcool nos esportes, colocando dois pontos principais:

- 1) O consumo do álcool prejudica a habilidade esportiva em modalidades que solicitam tempo de reação rápida, equilíbrio, precisão e coordenação motora.
- 2) O álcool diminui a força, a potência muscular, a velocidade, a resistência muscular localizada e a resistência cardiovascular.

Como ponderações finais, entende-se importante afirmar que, apesar do alto conteúdo calórico que o álcool apresenta, sua energia é de lenta obtenção. Ele é metabolizado no fígado e não nos músculos e o que realmente é necessário, na fase da recuperação após o exercício, é a ingestão de carboidratos para a restauração de energia.

Da mesma forma, principalmente no caso da cerveja, famoso reidratante, após os jogos ela não cumpre seu propósito de repor a água perdida pelo suor. A razão disto é que o álcool tem um potente efeito diurético, provocando enorme perda de água pela urina, gerando um efeito contrário ao de um reidratante.

Câmara Técnica de Medicina do Trabalho

Coordenação:

Dr. Iseu Milman

Componentes:

Dr. Antônio Mário de Carvalho Guimarães

Dr. Arthur da Motta Lima Netto (Presidente)

Dr. Cláudio Schmitt

Dr. Dirceu Francisco de Araújo Rodrigues

Dr. João Alberto Maeso Montes

Dr. Sérgio Francisco Xavier da Costa

Desde a sua instituição também fez parte desta Câmara Técnica o colega:

Dr. Mauro Azevedo de Moura

Parecer nº 15/2002
Assunto: PCMSOS

Da Consulta

Questionamentos acerca do Programa de Controle Médico em saúde ocupacional-PCMSO, que cada coordenador de PCMSO pode coordenar.

Do Parecer

Repondendo à pergunta sobre por quantas PCMSOs cada coordenador poderia ser responsável, informamos que este número nunca foi definido. Tem razão o requerente quando refere que nas policlínicas um só médico coordenador se responsabiliza por um grande número de PCMSOs. Temos notícias de que uma comissão mista formada entre o CFM e o MTE estaria tratando do assunto. Lembramos que o médico coordenador, além dos exames citados que traduzem o estado de saúde de cada indivíduo, possui ações na saúde coletiva, com preocupações com epidemiologia e visitas ao local de trabalho. Também seria preciso considerar se o médico coordenador é quem executa, ou não, os exames dos trabalhadores. Entendemos pertinente o questionamento e que o Cremers deveria ter um posicionamento sobre o assunto, após ouvir a sociedade organizada.

Sobre a validade da realização denexo causal e nexotécnico presumido por médico que assina atestado constante da CAT, a Resolução do CFM nº 1.488/98 tem efetivamente abrangência para cumprimento de todos os médicos, indistintamente, pertençam ou não aos quadros da empresa. No entanto, a legislação previdenciária permite a emissão de CAT não apenas pelo empregador, mas também por terceiros, incluindo sindicatos da categoria.

Desta forma, se, por um lado, qualquer médico pode emitir CAT, por outro, os médicos que assinam estes documentos, para não descumprirem a Resolução do CFM, devem ter presente que lhes compete, sob o ponto de vista ético e profissional, realizar a visita ao posto de trabalho em questão, para, então, com conhecimento de causa, estabelecer a relação de nexos entre o posto do trabalho, com seu risco específico, e o diagnóstico que será configurado no atestado da CAT.

Não podendo realizar esta visita ao posto de trabalho, deverá, necessariamente, explicitar no atestado da CAT que fez tal relação, sem a vistoria, ao referido posto.

Sobre emissão de pareceres médicos em atestados, é evidente que qualquer parecer médico traduz um diagnóstico. Assegurar que este diagnóstico está relacionado com algum ambiente de trabalho é, por vezes, temerário. Entretanto, se o médico assistente resolver inspecionar o ambiente de trabalho para fazer a correlação entre causa e efeito, será provavelmente impedido. Entendemos que o médico assistente deve apenas firmar seu diagnóstico, abstendo-se de sugerir a emissão da CAT. A conduta que o caso será de responsabilidade do médico do trabalho da empresa.

Sobre as opiniões técnicas entre médicos peritos do INSS e médicos do trabalho das empresas, entendemos que o médico perito do INSS concede alta em termos de saúde, enquanto que o médico do trabalho da empresa possui condições de verificar a aptidão para a execução de determinada tarefa. Se os médicos peritos conhecessem os ambientes de trabalho, não deveria haver divergências de opiniões. Assim como os médicos assistentes devem se abster de sugerir a emissão de CAT por desconhecimento dos ambientes de trabalho, os médicos peritos do INSS, pelo mesmo motivo, devem acolher o parecer dos médicos do trabalho das empresas ou, no mínimo, visitar os locais de trabalho.

Por fim, sobre hierarquia entre atestados médicos, temos a dizer que as leis citadas, nº 605/49 e nº 5.890/73, não foram revogadas. A primeira Lei nº 605/49, em seu parágrafo 2º, redação dada pela Lei 2.761/56, define a hierarquia dos atestados médicos da seguinte forma:

Art. 6º Não será devida a remuneração quando, sem motivo justificado, o empregado não tiver trabalhado durante toda a semana anterior, cumprindo integralmente o seu horário de trabalho.

§ 2º – A doença será comprovada mediante atestado médico da Instituição de Previdência Social a que estiver filiado o empregado, e, na falta deste e sucessivamente, de médico do Serviço Social do Comércio ou da Indústria; de médico da empresa ou por ela designado; de médico a serviço de repartição federal, estadual ou municipal, incumbida de assuntos de higiene ou de saúde pública; ou não existindo estes, na localidade em que trabalhar, de médico de sua escolha.

Quanto à 2º lei citada, nº 5.890/73, ressaltamos que ela alterou o Art. 25 da Lei nº 3.807/60 (Lei Orgânica da Previdência Social), o qual define que durante os primeiros 15 dias de afastamento do trabalho, por motivo de doença, incumbe à empresa pagar ao segurado o respectivo salário. (Redação dada pela Lei nº 5.890/73).

Parágrafo único – À empresa que dispuser de serviço médico próprio ou em convênio caberá o exame e o abono das faltas correspondentes ao citado período, somente encaminhando o segurado ao serviço médico do Instituto Nacional de Previdência Social quando a incapacidade ultrapassar 15 dias. (Incluído pela Lei nº 5.890, 08/06/1973).

Informamos que o Tribunal Superior do Trabalho já fez constar o seguinte enunciado em sua Súmula:

Enunciado 15 - A justificava da ausência do empregado motivada por doença, para a percepção do salário-enfermidade e da remuneração do repouso semanal, deve observar a ordem preferencial dos atestados médicos estabelecidas em lei.

Parecer nº 30/2003

Assunto: Perfil do Profissional Previdenciário

Da Consulta

É considerado ético informar de forma generalizada ao INSS os resultados de avaliações médicas de todos funcionários da empresa, mesmo constatando as referências de "normal" ou "alterado"?

É ético que estas informações sejam do conhecimento de pessoas não pertencentes às áreas médicas das empresas, tais como Recursos Humanos e Engenharia de Segurança e suas respectivas equipes, bem como às áreas não técnicas do INSS?

Do Parecer

O Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP) instituído pela Instrução Normativa (IN) nº 78, da Diretoria Colegiada do INSS, em 16/7/2002, com previsão de vigência a partir de 1º de janeiro de 2003, gerou uma série de discussões e controvérsias sobre seu conteúdo.

Em virtude da polêmica desencadeada pelo PPP, o início de sua vigência foi adiado para 1º de julho de 2003, conforme a IN nº 84, de 17/12/2002. Permanecem, porém, as discussões, principalmente no que se refere às questões éticas que este documento desperta.

Considerando:

- 1) As inúmeras manifestações dos diversos setores envolvidos pelo Perfil Profissiográfico Previdenciário, em especial trabalhadores e empregadores.
- 2) As manifestações de expressivo número de profissionais que atuam na Medicina do Trabalho.
- 3) A recomendação do Ministério Público Federal/RS (12/11/2002).

- 4) O posicionamento da Associação Nacional de Medicina do Trabalho (Anamt) (30/11/2002).
- 5) O Parecer nº 111.584, do Cremesp, homologado em 10/12/2002.
- 6) As Resoluções Cremesp nº 76/96 e CFM nº 1.488/98.

Esta Câmara Técnica, tendo analisado detidamente os aspectos éticos contidos neste documento, manifesta a necessidade de realização de mudanças no texto da referida Instrução Normativa do INSS, pois, sem tais alterações, em nosso entendimento, ela fere o Código de Ética Médica nos seguintes artigos:

Art. 11 O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade.

É vedado ao médico:

Art. 102 Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Parágrafo Único – Permanece essa proibição:

- a) Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido.
- b) Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.

Art. 105 Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 108 Facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

Parecer nº 10/2004

Assunto: Elaboração de Programa de Prevenção de Risco Ambiental

Da Consulta

Solicitação de parecer sobre autuação recebida pelos consultantes, originária do Conselho Regional de Engenharia e Arquitetura (Crea) acerca de elaboração de Programas de Prevenção de Risco Ambiental (PPRA), que o Conselho entende ser ato privativo de engenheiro.

Do Parecer

A Câmara Técnica de Medicina do Trabalho, após análise do expediente, informa que a Portaria nº 25, de 29 de dezembro de 1994, que alterou a NR 9 da Portaria nº 3.214/78, do Ministério do Trabalho, e criou o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), não define qual o profissional que pode, com exclusividade, executá-lo.

Portanto, não entendemos que tenha havido exercício ilegal por praticar ato privativo. Informamos, também, a sentença expedida pela Justiça Federal de Goiás, datada de 23 de novembro de 2001, na qual se afirma: "A atividade necessária à elaboração do PPRA é de natureza multidisciplinar; portanto, não pode ser exclusiva do profissional da área de engenharia".

Nos termos do item 9.3.1.1, da NR 9 da Secretaria de Segurança e Saúde do Trabalho, a elaboração, implementação, acompanhamento e avaliação do PPRA poderão ser feitas pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) ou por qualquer pessoa ou equipe de pessoas que, a critério do empregador, sejam capazes de desenvolver as atividades estabelecidas na referida Norma Regulamentadora.

Parecer nº **28/2005**

**Assunto: Habilitação do Médico
para Elaborar PPRA/LTCAT**

Da Consulta

Qual a habilitação que o médico do trabalho deve possuir para a elaboração do PPRA e do LTCAT?

Do Parecer

A Câmara Técnica entende que a Norma Regulamentadora nº 9, contida na Portaria 3.214/78, que faz parte da Lei 6.514/77, do Ministério do Trabalho, é bastante explícita para trazer a resposta pretendida, quando diz:

9.3.1.1 – A elaboração, implementação, acompanhamento e avaliação do PPRA poderão ser feitos pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT, ou por pessoa ou equipe de pessoas que, a critério do empregador, sejam capazes de desenvolver o disposto nesta NR.

Por outro lado, como no desenvolvimento do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e do Laudo Técnico de Condições Ambientais do Trabalho (LTCAT) podem estar presentes os conceitos “insalubridade” e/ou “periculosidade”, deve prevalecer na sua elaboração o que determina o Artigo 195 da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho): Art. 195 A caracterização e a classificação da insalubridade e da periculosidade, segundo as normas do Ministério do Trabalho, far-se-ão através de perícia a cargo de Médico do Trabalho ou Engenheiro do Trabalho, registrados no Ministério do Trabalho.

Assim sendo, a elaboração dos programas referidos no questionamento acima – quando feita por médico do trabalho – dispensa quaisquer outros níveis de habilitação ou especialização.

Parecer nº **37/2005**

Assunto: Responsabilidade Legal do Médico do Trabalho na Contratação de Menores

Da Consulta

Questionamento sobre a responsabilidade legal do médico do trabalho quando da contratação de menores de 18 anos de idade.

- 1) Quais as responsabilidades do médico do trabalho quando a contratação de menor para trabalhar em empresa? Sei que não podem desempenhar funções insalubres, mas quando usam os equipamentos de proteção, teoricamente não estão expostos. Assim adequadamente protegidos, há alguma diferença de conduta entre menores e maiores de 18 anos?
- 2) Qual a responsabilidade legal do médico se a empresa contrata alguém nessas condições (menor em trabalho insalubre, com proteção) mesmo que o jovem tenha sanidade física e mental para desempenhar a função?
- 3) Empresas de alimentos (restaurantes, cozinhas industriais) onde teoricamente não há riscos ocupacionais específicos, existe algum protocolo de exames a serem realizados nos manipuladores de alimentos? Ou essas normas ficam a cargo da Vigilância Sanitária?
- 4) Quando um funcionário esteve em benefício (INSS) e recebe alta ainda sem condições laborativas, qual o procedimento adequado? Sei que cada caso deve ser analisado individualmente, mas, a grosso modo, devo considerar apto e tentar um retorno ao trabalho? Considerar inapto e reencaminhar para a perícia? Daí surge um problema: Nesse período em que o funcionário espera a nova perícia e não pode trabalhar, como fica (sem renda)? Posso anular ambas alternativas do ASO (apto e inapto) e colocar uma observação de que o funcionário teve alta da perícia médica apenas?

Do Parecer

Em resposta ao primeiro e segundo questionamentos, referentes à responsabilidade do médico do trabalho quando da contratação de menores para trabalhar em empresa e à responsabilidade legal do médico quando a empresa contratar algum menor para trabalho insalubre, mesmo que o jovem tenha sanidade física e mental para desempenhar a função, a Câmara Técnica informa que a Constituição Federal de 1988 estabelece, em seu Art. 7º, incisos XXX e XXXIII, e no Art. 227, as normas de proteção ao trabalho do menor. A CLT, em seus artigos 80, 402 a 439, trata de forma específica sobre duração do trabalho, admissão em emprego, CTPS, deveres dos responsáveis legais de menores e dos empregadores, aprendizagem e disposições gerais de proteção ao trabalho do menor. Há, ainda, a Lei nº 8.069, de 13/07/90, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e reservou todo seu capítulo V para tratar do Direito à Profissionalização e à Proteção no Trabalho (artigos 60 a 69). Portanto, a responsabilidade é do empregador, cabendo ao médico – se constatar a infração – apenas negar-se a compactuar com ela e denunciá-la às autoridades competentes.

Quanto à terceira pergunta, como se trata de assunto técnico, não tendo relação com aspectos éticos, entendemos que deva ser feito contato com a Vigilância Sanitária.

Quanto ao quarto, que envolve aspectos legais, a Câmara entende que o assunto deve ser tratado diretamente com o INSS e a Delegacia Regional do Trabalho.

Parecer nº **34/2006**

Assunto: Obrigatoriedade da Entrega dos Prontuários a Outra Empresa

Da Consulta

Parecer da Câmara Técnica de Medicina do Trabalho quanto à obrigatoriedade de entrega ou não dos prontuários para outra empresa do segmento de medicina do trabalho, principalmente quando não há a indicação do médico coordenador responsável.

De acordo com a NR 07 PCMSO de 1º de outubro de 1996, no item 7.4.5, a orientação é que a conservação dos prontuários médicos é de responsabilidade do médico coordenador, porém não deixa claro qual o procedimento de entrega de prontuário, nem se há obrigatoriedade ou não da entrega para empresas que não têm coordenação médica.

Do Parecer

A Câmara Técnica de Medicina do Trabalho informa que a obrigatoriedade da entrega dos prontuários médicos de uma empresa para outra do segmento de Medicina do Trabalho em que há a indicação de um médico coordenador nos parece clara e indiscutível, sempre mediante solicitação e protocolo de entrega destes prontuários ao coordenador da nova empresa, que passará então a ser o responsável pela guarda da documentação, segundo a NR 07, itens 7.4.5, 7.4.5.1 e 7.4.5.2.

Nos casos em que não houver médico coordenador, por não haver obrigatoriedade legal, mas apenas médico responsável pelo PCMSO, o procedimento deverá ser o mesmo.

Por outro lado, nos casos em que não houver médico coordenador ou médico responsável pelo PCMSO ou ainda médico examinador dos trabalhadores dessa empresa, os prontuários não deverão ser entregues.

Recomenda-se que nos casos em que houver a entrega dos Prontuários Médicos sejam realizadas cópias dos mesmos.

Câmara Técnica de Medicina Intensiva

Coordenação:

Dr. Jefferson Pedro Piva

Componentes:

Dr. Edemar Manuel Costa Pereira

Dr. Jairo Constante Bitencourt Othero (Presidente)

Dr. Mauro Luiz Kaufmann

Dra. Tânia Maria Rohde Maia

Desde a instituição desta Câmara Técnica, fez parte:

Dra. Eliana de Andrade Trotta

Parecer nº 25/2002
Assunto: Utilização de UTI
por Pacientes Cirúrgicos

Da Consulta

Solicitação de parecer sobre a utilização de sala de recuperação em Unidade de Tratamento Intensivo, estando esta com sua capacidade lotada.

Do Parecer

CONSIDERANDO que os atos médicos devem ser respeitados no âmbito do conhecimento de cada especialidade e que, por conseguinte, a distribuição de recursos na UTI é uma atribuição da prática assistencial dos médicos intensivistas.

CONSIDERANDO que a distribuição de recursos assistenciais em UTI deve levar em conta primordialmente a gravidade, a reversibilidade, a disponibilidade naquele momento e o real benefício para o paciente.

CONSIDERANDO que a gravidade e a reversibilidade do doente são os principais determinantes na distribuição de recursos assistenciais em UTI, a sua hierarquização fica assim definida:

Prioridade I: Pacientes instáveis que necessitem de cuidados intensivos como ventilação mecânica ou uso de drogas vasoativas.

Prioridade II: Pacientes estáveis que necessitem de monitorização constante e que possam necessitar de intervenção imediata.

Prioridade III: Pacientes instáveis cujo estado funcional prévio, doença de base ou patologias agudas diminuam a possibilidade de cura e de benefício com o tratamento intensivo.

Prioridade IV: Pacientes que, mesmo tendo condições de cronicidade ou terminalidade, tiverem necessidade de medidas de conforto, de caráter pessoal, do grupo familiar ou equipe assistencial.

CONSIDERANDO que após um ato cirúrgico os cuidados prestados para recuperação podem ser limitados apenas ao ato anestésico-cirúrgico em si, ou tratar-se da assistência intensiva do *continuum* de uma patologia para a qual a intervenção cirúrgica acrescentou temporariamente mais riscos para esse paciente.

Recomendações:

- 1) A disponibilização de recursos na UTI é uma atribuição que compete ao intensivista, respeitadas as particularidades das instituições e demais equipes médicas assistenciais.
- 2) Os cirurgiões e anestesistas devem, preventivamente e com adequada antecedência, solicitar leitos nas UTIs para aqueles pacientes que, em seu preparo anestésico-cirúrgico, se anteciparem às indicações de internação em UTI.
- 2) Mesmo havendo essa reserva, a admissão em UTI dependerá das condições do paciente, suas prioridades assistenciais e recursos disponíveis, cabendo a decisão ao médico intensivista, sendo esta decisão motivada e encaminhada ao médico assistente.
- 2) Em não havendo leitos disponíveis na UTI para pacientes que deles necessitarem, é recomendável que os médicos envolvidos nessa assistência, com a anuência da direção da instituição, definam a melhor solução para sua continuidade, possibilitando, inclusive, a sua transferência intra ou inter-hospitalar.

Parecer nº 46/2003

Assunto: Pacientes Graves em UTIs Lotadas

Da Consulta

- 1) Pode o médico assistente entrar com um paciente grave, que não recebeu todo o primeiro atendimento indicado na enfermaria, em uma CTI lotada, sem avisar o médico plantonista?
- 2) Qual deverá ser a atitude do médico plantonista frente a esta situação?
- 3) A conduta do médico assistente está correta?

Do Parecer

A consulta permite que se elaborem considerações e recomendações conceituais, não agregando juízo de julgamento, à medida que a avaliação de conduta médica pressupõe o conhecimento particularizado da situação clínica em todas as suas dimensões e componentes, naturalmente não disponíveis nesse nível de consulta.

Por outro lado, a análise de relações assistenciais multidisciplinares, em que um mesmo paciente é assistido por mais de um médico, muitas vezes em um mesmo cenário, e, particularmente entre médicos de diferentes especialidades, não está formalmente detalhada em nosso atual Código de Ética Médica (CEM – Resolução CFM I.246/88), exigindo de todos um entendimento indireto e compreensivo da teia deontológica que sustenta a prática médica contemporânea, como forma de compormos uma discussão construtiva.

Esclarecimentos

Do ponto de vista ético, a primeira expectativa que se joga sobre o médico hoje em dia é a da competência técnica. Nesse sentido, considerando-se que o paciente como descrito foi transferido para a UTI sem que os

cuidados básicos para o suporte cardiorrespiratório tenham sido oferecidos por completo, ainda que não tenha sido esclarecida a natureza médica da condição do paciente naquele momento, revela-se uma inadequação assistencial. Ou seja, o paciente gravemente enfermo precisa, antes de ser transferido para um cenário de maior competência assistencial, ter garantido um mínimo de sustentação de seus sistemas vitais, notadamente cardiorrespiratório, que lhe permita ser deslocado com alguma proteção perfusional e não ser acrescentado um segundo dano nesta fase de instabilidade.

Ainda do ponto de vista ético, é pertinente que uma transferência de paciente inclui necessariamente um partilhamento de responsabilidades entre colegas. Nesse sentido, fica claro que uma transferência nas condições acima não contempla uma co-responsabilidade ético-profissional. Numa relação ideal, isso implicaria em uma troca de informações, um planejamento assistencial, uma estratégia visando ao melhor benefício dos pacientes envolvidos. Naturalmente, as perspectivas de salvabilidade individuais para cada doente devem compor o plano de assistência.

Mesmo tratando-se de uma situação de emergência, deve-se considerar no contexto da UTI a disponibilidade de leitos, de equipe, de equipamentos, condições e a gravidade dos demais pacientes, sob pena de colocar em risco todo o sistema.

Dessa forma examinada a questão, a atitude ética que se espera numa circunstância como a descrita é bem outra: oferecer uma assistência imediata que garanta ao paciente a sustentação de seus sistemas vitais, solicitar a avaliação do médico intensivista, conferenciar sobre os cuidados, acordada a transferência, promovê-la com a devida segurança para um ambiente de tratamento intensivo em que existam condições de oferecer o suporte vital necessário e indicado.

Considerando tratar-se de um paciente que tem necessidade inequívoca de cuidados intensivos, o médico intensivista é o especialista com condições de melhor assistir ao paciente. Ainda que as condições de transferência tenham sido de todo equivocadas, uma negativa sua de prestar atendimento ao paciente, neste momento, trará grande risco de dano adicional ao mesmo. É, pois, inequívoco que não poderá o intensivista negar esse atendimento.

Caso o cenário assistencial permita, deverá o médico intensivista promover os remanejamentos necessários para acolher esse novo paciente na

UTI. Nesse caso, a supervisão administrativa, oportunamente, deverá ser comunicada do ocorrido.

Caso o cenário assistencial não permita qualquer remanejo para acolher esse novo paciente, quando consideradas a gravidade dos demais pacientes, a disponibilidade terapêutica e diagnóstica, e mesmo disponibilidade assistencial, deve o médico intensivista acionar, imediatamente, a supervisão administrativa, para que esta assistência se dê de alguma forma, mesmo que seja a transferência para outro hospital.

Considerando, por fim, tratar-se de um paciente que não tem indicação inequívoca de cuidados intensivos, caberá ao médico intensivista a decisão final de como e onde esse paciente deverá ser acolhido, não sem levar em conta as necessárias conversações e entendimentos com o paciente, seus familiares e seu médico assistente.

Finalmente, considerando que as variadas nuances do cuidado muitas vezes nos escapam no julgamento dos méritos, os dados disponíveis não são suficientes para que se emita um julgamento definitivo.

Entretanto, do ponto de vista ético a melhor conduta, pelo conjunto dos elementos expostos, não seria a adotada, cabendo o atendimento das dimensões levantadas, quais sejam:

- 1) Prestar atendimento de emergência básico é ato médico inerente a qualquer especialidade.
- 2) Transferir um paciente grave para a UTI pressupõe contato prévio com o MI.
- 3) Oferecer assistência intensiva é mais do que levar o paciente para dentro da UTI, pressupondo a necessidade de leito, equipe, equipamento, recursos diagnósticos e terapêuticos.
- 4) Não raramente a terminalidade e salvabilidade se confundem, sendo a conferência médica e a discussão aberta com os pacientes e seus familiares uma melhor maneira de enfrentá-los.

A expectativa natural de comportamento médico em situação como a descrita seria a de oferecer os primeiros cuidados ao paciente, conferência médica com o intensivista e então, quando for o caso, a transferência com segurança para a UTI.

Parecer nº 60/2003

Assunto: A quem cabe a responsabilidade pela colocação de Cateter de Hemodiálise

Da Consulta

Questionamento sobre a quem cabe a responsabilidade de colocação de cateter de hemodiálise.

Do Parecer

Cabe ressaltar que este mesmo questionamento já havia sido respondido, em agosto de 1997, pelo Presidente da Sociedade de Terapia Intensiva do Rio Grande do Sul (Sotirgs). Apesar de transcorridos seis anos da referida resposta, devemos ressaltar que o seu conteúdo continua atual e condizente com a realidade, não havendo necessidade de nenhum acréscimo ao ali respondido.

Na referida resposta, destaca-se:

- 1) Faz parte do treinamento regular dos intensivistas a habilidade e prática com procedimentos invasivos.
- 2) Que os procedimentos inerentes a situações de urgência/emergência em pacientes de Unidade de Tratamento Intensivo (por exemplo, intubação em parada cardiorrespiratória, acesso venoso profundo para ressuscitação volumétrica, etc.) são de responsabilidade do intensivista.
- 3) Que procedimentos, invasivos eletivos ou não, caracterizados como urgentes (por exemplo, acesso venoso para hemodiálise) em pacientes internados em UTI, não são de responsabilidade do intensivista e, sim, do médico assistente.

- 4) Que o procedimento de hemodiálise é responsabilidade do nefrologista, havendo inclusive normatização do Ministério da Saúde neste sentido.
- 5) Que ao intensivista, durante a hemodiálise, cabe a manutenção dos cuidados cardiorrespiratórios e metabólicos do paciente no sentido de otimizar o rendimento deste processo.
- 6) Obviamente, por seu treinamento, prática e habilidade, o intensivista, atendendo à solicitação expressa de um colega e a título de colaboração, pode responsabilizar-se pela colocação do cateter de hemodiálise. Entretanto, deve-se ressaltar que esta não é uma obrigação e, que, caso venha a fazê-lo, deve ser devidamente remunerado por esta atividade.

Parecer nº 19/2004

Assunto: Quem está habilitado a coletar Sangue Arterial para Gasometria

Da Consulta

Questionamento acerca de quem está habilitado a coletar sangue arterial para gasometria, em Unidades de Tratamento Intensivo.

Do Parecer

A indicação é médica e intransferível. O ato de coletar o sangue arterial é atribuição médica podendo ser delegada a outros profissionais, como o enfermeiro e coletadores do laboratório, desde que adequadamente treinados e supervisionados.

Em situações especiais, essa supervisão deve ser mais constante e limitada a um pequeno grupo de pessoas selecionadas.

O procedimento deve ser definido com o médico que o indicou. Cabe à direção do hospital, com o apoio dos coordenadores da UTI, estabelecer rotinas para a realização do ato da coleta.

Desta forma, em relação à coleta de sangue arterial, entende-se que:

- 1) É um procedimento que tem sua indicação ou solicitação de responsabilidade restrita ao médico e intransferível.
- 2) A sua execução pode, em situações específicas, ser delegada a profissionais da equipe de saúde, desde que adequadamente habilitados e qualificados.
- 3) Em situações especiais (crianças, pacientes com coagulopatia, instabilidade hemodinâmica, entre outras) cabe ao médico solicitante, baseado no binômio risco-benefício, avaliar a propriedade da coleta, o sítio de punção e forma, bem como sua indicação.

- 4) As margens da responsabilidade de cada profissional envolvido neste procedimento estão delimitadas pela capacitação técnica de cada um, não devendo se exceder nesses limites.
- 5) Cabe à direção do hospital estabelecer a estrutura da equipe, bem como definir as responsabilidades de cada profissional e monitorar seu desempenho, oferecendo treinamento continuado.
- 6) No caso da coleta de sangue arterial para gasometria, ela é uma atribuição médica, mas pode ser delegada a outros profissionais (enfermeiros/laboratórios), desde que adequadamente treinados e supervisionados.

Parecer nº 18/2005

**Assunto: Capacitação do Intensivista
para Execução e Supervisão
de Métodos Dialíticos em UTIs**

Da Consulta

Tem-se encontrado, cada vez com maior frequência, situações clínicas em que os pacientes necessitam ser submetidos a métodos dialíticos temporários, como a diálise peritoneal e a hemolenta. Por ser um hospital de trauma, se tornaria inviável, do ponto de vista administrativo, contarmos com nefrologistas para acompanhamento destes procedimentos que, neste momento, estão sendo realizados pelos médicos intensivistas da UTI.

Como há dúvidas destes colegas quanto à posição do Conselho Regional de Medicina sobre a capacitação dos intensivistas para execução e supervisão de métodos dialíticos temporários no ambiente da UTI, solicito a manifestação da Câmara Técnica sobre a situação.”

Do Parecer das Câmaras Técnicas de Medicina Intensiva e Nefrologia:

- 1) Está previsto no Programa de Residência Médica em Medicina Intensiva o treinamento e capacitação para a execução e supervisão de métodos dialíticos temporários no ambiente da UTI.
- 2) O cenário e a natureza da condição clínica do paciente justificam a iniciativa do médico intensivista, frente à falta de um nefrologista para assumir o procedimento, naquele momento.
- 3) Na continuidade da assistência, o hospital deve prover um nefrologista para trabalhar de forma colaborativa e desta maneira assumir a condução do processo dialítico, sob risco de infringir o artigo 17 do Código de Ética Médica, não o fazendo.
- 4) É responsabilidade dos hospitais do Tipo II proverem recursos tecnológicos suficientes para o melhor atendimento das necessidades de seus pacientes mais graves, dentre os quais a Terapia Renal Substitutiva, conforme a Portaria MS nº 2.048/02, item 2.2.3.2.2.

- 5) O médico intensivista deve assumir a execução e supervisão dos processos dialíticos, mesmo provisórios, desde que se sinta em condições para tal. Não incorrerá em falta ética se não o fizer, desde que não se caracterize como omissão.

Câmara Técnica de Nefrologia

Coordenação:

Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes:

Dra. Clotilde Druck Garcia

Dr. Domingos Otávio Lorenzoni D'Ávila

Dr. Ivan Carlos Ferreira Antonello

Dr. João José Andreuchetti de Freitas

Desde a sua instituição também fizeram parte desta Câmara Técnica os colegas:

Dr. Cesar Amaury Ribeiro da Costa

Dr. Ivan Carlos Ferreira Antonello (como Coordenador)

Dra. Nara Regina Lessa Pimentel

Parecer nº 47/2004
Assunto: Enxerto Artificial
para Acesso Vascular Definitivo

Da Consulta

Orientação referente a implante de enxerto artificial para acesso vascular definitivo (FAV) para o paciente com insuficiência renal crônica em programa de hemodiálise. Estamos enfrentando dificuldades para viabilizar procedimento, pois este é um procedimento somente autorizado por AIH e somente em alguns hospitais cadastrados para compra de material.

Tendo como objetivo proporcionar o acesso seguro e definitivo para o paciente, sabendo que o problema de acesso vascular é uma importante causa de morbimortalidade nestes pacientes, solicitamos a orientação sobre como proceder para resolução deste problema, pois este é um procedimento de alto custo e a clínica de hemodiálise não tem como cobrá-lo por Apac.

Do Parecer

Conforme o parecer emitido pela Câmara Técnica de Nefrologia, a realização de fístula arteriovenosa com implante de enxerto artificial é um procedimento cirúrgico hospitalar. Assim, sua cobrança deve ser realizada utilizando-se a guia de internação hospitalar.

As clínicas de diálise devem encaminhar seus pacientes para o hospital de referência com o qual mantêm convênio, pois, não sendo procedimento ambulatorial, não pode ser cobrada por Apac.

Parecer nº 02/2006

Assunto: **Exames Complementares**

Da Consulta

A proprietária de uma clínica de doenças renais encaminha consulta relatando dúvida surgida por ocasião da inspeção realizada na sua clínica, pelo Núcleo de Vigilância Sanitária do RS.

Causou-lhe estranheza que os inspetores entenderam como irregular a ausência de exames periódicos trimestrais para acompanhamento da evolução clínica dos pacientes: proteínas totais e frações, ferro sérico, medição da saturação de transferrina, dosagem de ferritina.

A obrigatoriedade dos tais exames prender-se-ia à Resolução RDC nº 154 de 15/06/2004, emanada da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que estabelece o Regulamento Técnico para funcionamento dos Serviços de Diálise.

Afora inúmeras outras disposições da Resolução, que por sua impraticabilidade motivaram até mesmo a impetração de mandado de segurança pela ABCDT – Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante, a exigência dos exames periódicos de que aqui se fala acaba instituindo profunda desconformidade com as normas, princípios, direitos e deveres do Código de Ética Médica antes reproduzidos.

Como exemplo da impropriedade da exigência de exames periódicos, a consulente invoca o caso do trimestral de ferro sérico.

Lembra que, em virtude do uso de ferro parenteral, uma grande parcela de pacientes superam em muito os níveis da normalidade. E qualquer profissional medianamente conhecedor da medicina sabe da impossibilidade de tal nível de ferritina depositada no organismo do paciente consumir-se em apenas três meses (mesmo sob uso de medicação Eritropoetina Humana). Assim, representaria uma verdadeira tolice médica exigir-se ao cabo deste periódico, rotineiramente, um novo exame do *pool* do ferro.

O mesmo vale para outras exigências não só da citada Resolução como de quaisquer disposições jurídicas de caráter legal que, desbordando daquilo que verdadeiramente deve orientar a exigência de exames, é o estado clínico do paciente, pretenda limitar a soberania do profissional, impondo-lhe condutas contrárias aos ditames de sua consciência médica.

A consulente, portanto questiona objetivamente se, em situações que tais, o médico – que é afinal responsável pelos benefícios ou malefícios advindos ao paciente – deve desviar-se de suas obrigações éticas para submeter-se a preceitos legais absolutamente ineptos?

Do Parecer

Com relação à presente consulta, a Câmara Técnica de Nefrologia informa que há uma norma técnica da Anvisa que estabelece a periodicidade de realizações de exames subsidiários em pacientes que se submetem a diálise cronicamente. (Item 3.7b do Regulamento Técnico para o Funcionamento de Serviços de Diálise).

Nesta norma há a exigência da realização dos exames em discussão pela consulente a cada três meses. Os membros da Câmara Técnica concordam com o que estabelece a norma citada.

Parecer nº 27/2006

**Assunto: Responsabilidade pela passagem
de Cateter Central Duplo Lumem**

Da Consulta

Quando baixar um paciente com diagnóstico de insuficiência renal aguda ou insuficiência renal crônica que tenha indicação de hemodiálise, e que for necessária passagem de cateter central duplo Lumem para acesso a hemodiálise, esta passagem de cateter é de responsabilidade do nefrologista ou do cirurgião vascular?

Do Parecer

O procedimento de hemodiálise é de responsabilidade do nefrologista, assim como a obtenção do acesso vascular temporário necessário para a sua realização. A decisão de quem colocará o acesso vascular depende da competência técnica para fazê-lo. Se o nefrologista se julgar incompetente para realizá-lo, cabe a ele indicar outro profissional para executar o procedimento.

Câmara Técnica de Neurologia e Neurocirurgia

Coordenação:

Dr. Ivan de Mello Chemale

Componentes:

Dr. Eduardo Beck Paglioli

Dr. Jaderson Costa da Costa

Dr. Mario Ferreira Coutinho (Presidente)

Dr. Nelson Pires Ferreira

Dr. Sérgio Roberto Haussen

Parecer nº 18/2002

Assunto: Critérios para Morte Cefálica

Da Consulta

- 1) Existe determinação legal que estabelece os critérios para definição de morte encefálica, visando especialmente à possibilidade de doação de órgãos?
- 2) Uma vez cumpridos todos os passos e concluindo-se que efetivamente estamos tratando um paciente em morte encefálica com diagnóstico etiológico estabelecido (descartadas a hipotermia e drogas depressoras do SNC, realizados dois exames clínicos por médicos distintos nos prazos estabelecidos e realizado exame complementar-Ecodoppler, angiografia ou EEG). Frente a recusa da família para a doação dos órgãos, pode-se suspender o tratamento de suporte oferecido ao paciente, inclusive o suporte ventilatório?

Do Parecer

A Lei 9.434 de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e parte do corpo humano para fins de transplantes e tratamento, determina, no seu artigo terceiro, que compete ao Conselho Federal de Medicina definir os critérios para o diagnóstico de morte encefálica. Os parâmetros estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina estão claramente definidos na Resolução nº 1.480/97.

Uma vez cumpridos todos os passos, estabelecendo-se que efetivamente estamos diante de um paciente com morte encefálica, caracteriza-se a irreversibilidade do caso. Nestes casos, a suspensão das medidas de suporte do paciente não implica em violação dos aspectos éticos, legais e deontológicos.

Parecer nº 38/2003

Assunto: Especialistas que Tratam de Insônia

Da Consulta

Existe um profissional da área médica especializado em terapia do sono, pois minha mãe tem problemas para dormir e precisa tomar remédios?

Do Parecer

As áreas médicas que tratam de problemas de insônia são bastante abrangentes, incluindo, preferencialmente, psiquiatras, neurologistas e médicos generalistas.

Parecer nº **51/2004**

Assunto: Colocação de Próteses em Pacientes Ortopédicos e Neurológicos

Da Consulta

Questionamento acerca da colocação de próteses em pacientes ortopédicos e neurológicos, suas indicações e contra-indicações.

Do Parecer

Conforme *Long-John*, M.D, PhD Chefe do Serviço de Neurocirurgia do *The Johns Hopkins Hospital*, Baltimore, EUA: “Existem cirurgiões que nunca usam próteses, cirurgiões que às vezes usam e cirurgiões que quase sempre usam”.

Evidências não comprovadas, mas aceitas como universais, indicam:

- 1) Em hérnia discal não complicada, não se usa fusão vertebral – cirurgia clássica.
- 2) Em hérnia discal mais espondilolistese degenerativa ou ístmica se usa fusão.
- 3) Em hérnia discal com instabilidade franca ao estudo funcional flexoextensão, usa-se fusão.
- 4) Em recidiva de hérnia discal (duas ou três cirurgias) com quadro clássico de lombalgia acentuada, usa-se a cirurgia clássica associada à fusão.

Se nos ativermos à opinião dos diversos autores que publicam em revistas da área, haveremos de encontrar suporte para as mais diversas condutas.

Geralmente, a síntese mais formal se obtém na opinião de autores selecionados por um Conselho Editorial para publicação do capítulo referente em livro de texto.

Por exemplo, no *Operative Neurosurgical Techniques*, de Henry H. Schmidek – no capítulo 153, o autor Bernard Finesson assim se manifesta:

“Should disc excision be followed by fusion? We don’t perform routinely a combined disc excision and spinal fusion, but reserve this combined procedure for unusual situations.”

No capítulo 157 da mesma obra, Edward Tarlov opina: “At the present the safest, simplest and most reliable technique is still the open surgery using magnified vision.”

O conflito entre os custos da moderna medicina e os recursos disponíveis para a área nos levaram a um estudo da situação: Segundo Charles V. Burton (Excelsior-Minnesota-U.S.A./2004) um *cage* de *titanium* sai da fábrica por U\$100, por vários motivos chega ao hospital por U\$1,8 mil e aparece na conta do paciente por U\$3,6 mil. "What does it actually cost to manufacture a titanium cage. Why are they so expensive?" (The Burton Report – May/2004). O assunto dos custos em medicina é antigo. O monge franciscano William of Occam, filósofo conceituado na Inglaterra, em 1285 afirmava: “It is needless to do more when less will suffice.”

O neurocirurgião Isadore M. Tarlov, em 1969, referia na obra *The principle of parsimony in Medicine* (Charles C. Thomas: Springfield, 1969): “What we have not generally done in medical practice, even in the twentieth century, is to use Occam’s razor as wisely and effectively as Copernicus used it in the sixteenth century.”

O *National Guidelines Clearing House* (28-03-2004), no capítulo *Guidelines for Lumbar Fusion*, diz : “Está contra-indicada a fusão lombar associada a laminectomia dissecotomia para hérnia discal lombar não complicada.”

Neste último ano, 150 mil fusões espinhais foram realizadas nos EUA. A cirurgia que removeu discos lombares e estabilizou a coluna foi de grande benefício para os pacientes com fraturas da coluna ou tumores espinhais. Mais freqüentemente, no entanto, foram realizados procedimentos deste tipo para aliviar a dor lombar crônica. Quão efetivo ele foi? Quanto custou aos prestadores de serviços médicos? (The New Yorker – 2002)

Nos Estados Unidos, os sistemas de benefícios oferecem mais para um paciente desabilitado que fez a cirurgia do que para aquele que não foi operado, e oferecem mais ao que se submeteu à fusão vertebral do que a quem se submeteu tão-somente à dissecotomia. (The New Yorker/2002).

Parecer nº **05/2006**

**Assunto: Médico que Presta
Consultoria para Fabricante de Implantes**

Da Consulta

É considerado ético que um médico com formação em cirurgia de coluna, membro da Sociedade Brasileira de Coluna, com conhecimentos técnicos em engenharia e ciências de materiais, preste consultoria médica a empresa fabricante de implantes para cirurgia espinhal? Esta consultoria abrangeria as seguintes atividades, e se daria nos seguintes termos:

- 1) Consultoria para a área de engenharia, no desenvolvimento de implantes e instrumentos cirúrgicos de coluna, em reuniões, nas quais seriam passadas para os engenheiros e desenhistas as informações médicas relevantes a este tipo de desenvolvimento.
- 2) Esclarecimento de dúvidas e treinamento de instrumentadores para cirurgia de coluna.
- 3) Pesquisa de normas técnicas nacionais e internacionais sobre testes e/ou especificações de materiais, como ISO, ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas), ASTM (*American Association of Tests and Materials*), etc.
- 4) Acompanhamento de testes e ensaios realizados em materiais da empresa, junto aos laboratórios em que estes são realizados.
- 5) Realização de revisões bibliográficas pertinentes.
- 6) Auxílio no desenvolvimento de convênios entre a empresa e universidades ou entidades de pesquisa, para desenvolvimento de testes e materiais para cirurgia de coluna.
- 7) Este trabalho seria realizado em carga horária combinada entre empresa e consultor.
- 8) O tipo de relação seria explicitado em contrato de consultoria.
- 9) A remuneração por este trabalho seria prefixada, e estaria relacionada apenas ao trabalho desenvolvido, totalmente independente de vendas,

percentagens, lucros decorrentes dos produtos, compromissos de uso de material, etc.

Do Parecer

Com relação à presente consulta, a Câmara Técnica de Neurologia e Neurocirurgia considera éticas as atividades relacionadas com a consultoria referida.

Câmara Técnica de Nutrologia

Coordenação:

Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes: Dra. Elza Daniel de Mello

Dr. Luiz José Varo Duarte

Dr. Paulo Francisco Henkin (Presidente)

Parecer nº **69/2004**

Assunto: Bioimpedanciometria

Da Consulta

- 1) Qual a finalidade do exame de bioimpedanciometria?
- 2) Quais as especialidades médicas que podem utilizá-lo?
- 3) Qual a importância da solicitação do exame de bioimpedanciometria, para melhor diagnóstico e prescrição, nas respectivas especialidades?

Do Parecer

Sobre a finalidade do exame de bioimpedanciometria, informamos tratar-se de um auxílio na avaliação da composição corporal.

Quanto à segunda pergunta – quais as especialidades médicas que podem utilizá-la? –, todas as especialidades que necessitem da avaliação da composição corporal.

E, por último, com relação ao terceiro questionamento – qual a importância da solicitação do exame de bioimpedanciometria, para melhor diagnóstico e prescrição, nas respectivas especialidades –, afirmamos: Sob o ponto de vista epidemiológico, o aumento de peso às custas do tecido adiposo é correlacionado com uma maior prevalência de doenças crônico-degenerativas. O melhor índice, epidemiologicamente, para avaliação do peso ideal de um indivíduo é o Índice de Massa Corporal (IMC). Não é um método perfeito, gerando em algumas situações a dúvida sobre se o seu aumento deve-se à “massa magra” ou à “massa gorda”. Muitos métodos têm sido desenvolvidos para a medição mais acurada da composição corporal. A maioria deles – por exemplo, ressonância magnética e pesagem hidrostática – apesar de muito precisos, apresentam uma relação custo-benefício inadequada. A bioimpedanciometria, método que mede o gradiente entre correntes elétricas que atravessam o corpo humano, via “massa magra” e “massa

gorda”, tem contribuído para melhor elucidar o percentual de gordura na composição corporal de um indivíduo. Por ser de simples realização e um método relativamente barato, é preconizada a sua utilização nas situações em que o IMC não preencher os requisitos para um diagnóstico nutricional adequado.

Parecer nº **23/2006****Assunto: Dieta Cozida versus Dieta Fervida***Da Consulta*

Um oncologista pediátrico tem interesse em realizar um estudo randomizado não duplo-cego para avaliar se o uso de dieta cozida e fervida em comparação à dieta normal, sem cozidos e fervidos, tem alguma repercussão nos pacientes pediátricos que internem para tratamento de neutropenia febril.

Todos eles serão tratados com antibioticoterapia endovenosa, com hemotransfusões. Apenas um grupo receberá dieta hospitalar cozida e fervida e outro grupo receberá dieta não cozida e fervida com frutas e legumes, carne poderá ser mal passada, por exemplo.

Será avaliado, entre outros, se o tempo de neutropenia, dias e episódios de diarreia, hemoculturas, serão diferentes.

Eles serão estudados durante a internação e receberão apenas dieta hospitalar, não se aceitará, que familiares lhes ofereçam outra. Se tiverem alta com neutropenia, mas afebril, terão orientação de continuar usando dieta cozida e fervida mesmo se no estudo estiveram no outro braço.

O embasamento científico do uso dessa dieta na literatura não é muito consistente: Usa-se mais pois é uma medida barata, um bom senso.

Poucos estudos comprovam o valor dessa variável única nos episódios de neutropenia febril, e muitos incluem adultos.

Há estudo dizendo que o cozimento e fervura alteraria o perfil nutricional e vitamínico de tal dieta e que apenas essa dieta careceria de complexos vitamínicos ou mesmo na manutenção calórica ideal. Inclusive os pacientes verbalizam quando poderão passar a não usar essa dieta pois sua palatibilidade é baixa. Éticamente, esse estudo poderia ser conduzido?

Do Parecer

Sob o ponto de vista ético, desde que obedecido os preceitos do Comitê de Ética da Pesquisa e do Consentimento Informado, sob o ponto de vista nutrológico, é válido o desenvolvimento do referido estudo.

Os alimentos, nas formas cruas e cozidas, apresentam diferentes propriedades, todas elas fundamentais para a nutrição humana. As características do cozido e do cru são diferentes sob o ponto de vista físico, químico e biológico, podendo, portanto, impactar na questão “neutropenia”, em função das diferentes reações que o organismo apresenta frente à constituição física, química e biológica do alimento.

O impacto nutricional advindo da intervenção na dieta normal (cru e cozido) do indivíduo, ao optar-se por uma dieta de cru ou cozido, há que ser considerado em seu tempo de duração, aspectos de carência nutricional específica, ao longo de um determinado tempo, certamente maior do que 90 dias, devem ser avaliados e ponderados.

Câmara Técnica de Oftalmologia

Coordenação:

Dr. Joaquim José Xavier

Componentes:

Dr. Afonso Reichel Pereira

Dr. Marco Antônio Munari Antunes de Oliveira

Dr. Vitor Saalfeld

Parecer nº 27/2003
Assunto: Catarata

Da Consulta

- 1) Que tipo de complicações e seqüelas em cirurgias de catarata pode ocorrer, utilizando a facoemulsificação?
- 2) Qual o percentual aceitável de complicações e quais as possíveis seqüelas em cirurgias de catarata utilizando a facoemulsificação e realizadas em serviços de oftalmologia credenciados pelo Colégio Brasileiro de Oftalmologia?
- 3) Fragmentos de núcleo do cristalino na câmara anterior do olho, descompensação corneana, pontos de sutura exteriorizados, lentes intra-oculares descentradas, dor intensa persistente, fotofobia e secreções, são complicações e/ou seqüelas comuns em cirurgias de catarata?

Do Parecer

Quesito nº 1

As complicações da cirurgia de catarata pela técnica de facoemulsificação ultra-sônica são diversas, porém, em mãos experientes, tornam-se raras ou incomuns. Eis as mais freqüentes:

- 1) Queimadura térmica da incisão tunelizada: A ponteira do facoemulsificador desprende calor durante a sessão de emulsificação do núcleo cristalino, determinando, por vezes, a queimadura da incisão.
- 2) Edema de córnea transitório ou persistente (ceratopatia bolhosa) ou descompensação da transparência corneana: As ondas de ultra-som devem ser isoladas do endotélio corneano (células perenes) através de substâncias visco-elásticas e por abordagem técnica adequada, sob pena de lesão transitória ou persistente, com falência da transparência corneana.

- 3) Irite ou iridociclite transitória ou persistente: A manipulação intra-ocular na facoemulsificação desprende pigmentos e libera prostaglandinas capazes de desenvolver uveíte anterior.
- 4) Ruptura capsular posterior do cristalino : Seja por trauma direto do instrumental cirúrgico junto à cápsula posterior, seja pelo turbilhonamento dos restos corticais da catarata.
 - a) Com herniação do humor vítreo,
 - b) sem herniação do humor vítreo.
- 5) Inserção de fragmentos da catarata no segmento posterior do olho (para dentro do humor vítreo). Vide item 4.
- 6) Ruptura zonular
- 7) Edema macular cistóide: Geralmente transitório, podendo desenvolver-se meses após o ato cirúrgico.
- 8) Endoftalmite : Quadro grave pela dificuldade de penetração antibiótica na barreira hematoliquórica e pela rapidez na deterioração visual. 9) Deslocamento ou descentração da lente intra-ocular.
- 10) Contração da cápsula anterior.
- 11) Opacificação capsular posterior.
- 12) Lesão do esfíncter pupilar.
- 13) Hemorragia intra-ocular.
- 14) Hemorragia expulsiva.
- 15) Descolamento de coróide.
- 16) Descolamento de retina.
- 17) Astigmatismo.
- 18) Miopia.
- 19) Hipermetropia.
- 20) Glaucoma pós-operatório imediato (transitório ou persistente).
- 21) Prolapso da íris pela incisão.
- 22) Hipotonia P.O. por perda de humor aquoso pela incisão não selante.

Quesito nº 2

Em média o índice de complicações em mãos experientes não ultrapassa 2%. Não é emitida, pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia,

qualquer nota de credenciamento para a utilização do equipamento de facoemulsificação ultra-sônica. É facultada ao médico cirurgião a sua utilização sem qualquer tipo de fiscalização das entidades de classe. Cabe ao profissional buscar a instrução, obedecendo aos preceitos do Ato Médico.

As variadas seqüelas podem ser fruto da falta de adequado manejo da cirurgia ou do pré e pós-operatório. Grande parte das complicações/seqüelas acima citadas é beneficiada pelo cuidadoso acompanhamento dos pacientes no pós-operatório. A primeira resposta negativa ou seqüela é a baixa da acuidade visual. Dor ocular, hiperemia, depressão e indignação seguem como algumas reações inerentes ao ato médico malsucedido.

Quesito nº 3

A facoemulsificação ultra-sônica é uma técnica de uso corrente, segura e que revolucionou o tratamento da catarata. As situações relacionadas neste quesito não fazem parte da boa prática cirúrgica, tanto na técnica citada quanto na tradicional extração extra-capsular da catarata.

Parecer nº 37/2003
Assunto: Técnica Lasek

Da Consulta

Informações a respeito da técnica italiana Lasek no que diz respeito ao seu reconhecimento no Brasil.

Do Parecer

A Câmara Técnica de Oftalmologia, baseada na resposta do Conselho Brasileiro de Oftalmologia sobre a técnica Lasek, endossa o parecer abaixo, emitido pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia - CBO.

Conforme solicitado parecer sobre o Lasek, informamos que as técnicas mais usadas nas Cirurgias Refrativas são o PRK e o Lasek. A técnica Lasek é apenas uma variante do PRK que pode ser utilizada a critério do médico. A técnica é mais difícil e pouco utilizada no Brasil, mas é reconhecida pela Comunidade Internacional.

Parecer nº 43/2003

Assunto: Técnica de Pterígio

Da Consulta

A partir da ocorrência de inúmeros casos de solicitação de autorização para cirurgia de correção de pterígio, temos encontrado as condutas de pterígio – exérese, AMB (92) 5003003-5 e também está acrescida de transplante conjuntival, AMB(92) 5003007-8. Consultas em sites da Internet não nos foram conclusivos sobre a técnica correta nestes casos e, às vezes, os dados clínicos que acompanham a solicitação do procedimento não são esclarecedores. Visando o melhor para os pacientes e na tentativa de evitar atritos desgastantes e desnecessários com colegas oftalmologistas, solicito parecer desta Câmara com a orientação a ser seguida.

Do Parecer

A técnica usual para correção de pterígio é de exérese simples (AMB- 5003003-5), sem transplante de conjuntiva. A técnica acima poderá ou não ser acrescida de colírios antimetabólicos que têm a função de inibir recidivas. Também, como variante da técnica acima, pode ser feita a rotação de retalho conjuntival, que ainda não se constitui TX de conjuntiva.

Existem trabalhos científicos dando orientação de que o transplante conjuntival (AMB –5003007-8) pode ser utilizado como técnica primária em casos de pacientes jovens (abaixo de 40 anos) diminuindo-se o índice de recidivas. Entretanto, deve ser respeitada a autonomia do cirurgião dadas as características de cada caso. Serve como sugestão ao impasse em questão o confronto estatístico deste procedimento com as outras cooperativas.

Parecer nº 17/2004

**Assunto: Emissão e Validade
de Atestados por não oftalmologistas**

Da Consulta

Questionamento acerca da validade de atestado de acuidade visual emitida por médico clínico geral/médico do trabalho. Tenho recebido atestados emitidos sem ser por oftalmologistas e tenho dúvidas quanto a sua validade, uma vez que não são emitidos por especialista. Como proceder?

Do Parecer

A Câmara Técnica entende que são válidos, desde que sejam realizados por profissional médico habilitado.

Parecer nº **78/2004**

Assunto: Tonometria e Lentes de Contato

Da Consulta

- a) A tonometria deve ser paga pelos convênios e cooperativa?
- b) Consulta de lentes de contato – A cooperativa deve pagar os honorários?

Do Parecer

À primeira pergunta, a Câmara Técnica responde que sim, a tonometria deve ser paga por qualquer plano de saúde. O serviço requer aparelhagem específica e onerosa, além de não prescindir do médico oftalmologista na sua execução.

Quanto à segunda questão, a Câmara responde com o parecer do Dr. Marco Antônio Becker, tesoureiro do Cremers.

A refração e a adaptação de lentes de contato são atos exclusivamente médicos. Tendo em vista a solicitação da Justiça e o grande número de consultas recebidas neste Conselho sobre refração, emitimos o parecer sobre o assunto, conforme segue:

Existem certos estrabismos cujo único tratamento é o uso de lentes adequadas. Há, portanto, uma relação causa-efeito no sistema nervoso central através do terceiro par craniano, em que a prescrição de lentes corretas é essencial para o tratamento dessa patologia.

Os defeitos de refração nem sempre são meras disfunções refratométricas, mas sim doenças: a miopia, por exemplo, traz consigo, muitas vezes, degenerações ao nível da retina, predispondo a futuros descolamentos.

Alterações bruscas de grau podem ser um sinal de doenças sistêmicas com repercussão no olho ou até mesmo tumores oculares, cuja tentativa de correção óptica poderá falsear o real diagnóstico.

O diabetes, a hipertensão arterial e muitas outras enfermidades são diagnosticadas e acompanhadas através do exame de “fundo do olho”.

Os tumores oculares são passíveis de tratamento, evitando a morte do paciente, se descobertos precocemente. O glaucoma crônico, doença que raramente traz sintomas, mas que é uma das maiores causas da cegueira, é diagnosticado e acompanhado pela tomada de pressão dos olhos, dos campos visuais, além de outros exames. A instilação de colírios midriáticos (para dilatar a pupila) pode provocar um glaucoma agudo de conseqüências desastrosas para o paciente, se não for evitada a tempo.

Estas são algumas das patologias oculares e sistêmicas que passariam despercebidas pelo óptico ou sedizente optometrista, em conseqüência do seu desconhecimento da medicina, se este tivesse o direito de exercer a refração (receita de lentes), causando prejuízos incalculáveis para a saúde da população.

Conclui-se que ao óptico compete fabricar e comercializar as lentes, mas que tão somente o médico é que está apto a adaptá-las aos olhos dos pacientes e de exercer a prática da refração (receita de lentes), por implicar em conhecimentos da anatomia, fisiologia, patologia e clínica. O exercício destas atividades por pessoas não médicas pode pôr em perigo uma das mais nobres funções do corpo humano, que é a visão.

Por que as lentes de contato devem ser adaptadas por médicos?

O ato de adaptação de lentes de contato tem início com um exame biomicroscópico minucioso dos olhos e seus anexos, com o intuito de se detectar possíveis patologias que poderão contra-indicar formalmente o seu uso.

A seguir, utilizando aparelhos médicos, tomam-se as medidas dos parâmetros corneanos (diâmetros e curvaturas). Se se concluir que o paciente, após os exames pertinentes, pode usar lentes de contato, coloca-se em seu olho “lentes de teste”, escolhendo a que melhor se adaptar a ele, levando-se em conta a oxigenação necessária da córnea e a acuidade visual.

Considerando que as lentes de contato são corpos estranhos sob controle, o seu uso necessita, além de sua indicação correta, avaliações periódicas para evitar lesões ou úlceras de córnea que poderão afetar seriamente a visão. Para tal, utilizam-se aparelhos e conhecimentos especializados. A detecção precoce desses problemas pelo médico permite o seu pronto tratamento e solução. A lente de contato tem o seu uso baseado em um diagnóstico, prescrição e prognóstico, sendo, portanto, matéria eminentemente médica.

Por que não existe receita de lentes de contato?

O ato de adaptação de lentes de contato não se esgota no momento da encomenda. A lente obedece a cinco parâmetros: o grau, o diâmetro, a espessura, as curvaturas e o índice de permeabilidade ao oxigênio, além do menisco formado pelo filme lacrimal entre a face interna da lente e a superfície anterior da córnea. Os parâmetros variam de acordo com o fabricante, não havendo forma de prescrevê-las, pois não há índices numéricos. As lentes são trabalhadas pelo oftalmologista ou sob a supervisão deste, de acordo com a necessidade de se abrir as curvaturas periféricas ou diminuir diâmetros para melhor oxigenar as córneas ou, até mesmo, trocar as lentes.

Por analogia: o protético faz a prótese dentária que é encomendada pelo odontólogo, mas somente este pode adaptá-la na cavidade oral.

As ópticas não estão autorizadas a vender lentes de contato baseadas nas receitas de óculos, porque a prescrição destes está relacionada somente a um parâmetro: o grau (a lente de contato depende de cinco). Profissionais não médicos desconhecem o estado de saúde dos olhos para aconselhar arbitrariamente o uso de um corpo estranho em um órgão tão nobre.

O médico não vende as lentes de contato nos consultórios, mas cobra os seus honorários do “ato médico de adaptação” (Parecer Ofício 0993/85 do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul), do qual a lente é parte integrante. De forma análoga, o odontólogo não comercializa o amálgama, mas cobra os honorários de restauração, da qual é parte integrante. Bem como o radiologista, que não vende os filmes de raios X, mas cobra os honorários de interpretação, da qual são partes integrantes e indispensáveis ao ato.”

Parecer nº **54/2005**

Assunto: Tratamento Cirúrgico de Estrabismo

Da Consulta

- 1) Como se define o tratamento do estrabismo?
- 2) Quais as patologias desencadeantes?
- 3) Há formas de tratamentos diferenciados? Quais são estes tratamentos?
- 4) Para terapêutica cirúrgica, quando se considera corretiva funcional e quando será considerada meramente estética?

Rastreamos nossa solicitação no mínimo de tratamentos cirúrgicos em pacientes com idades que variam da primeira à sexta década de vida em que não temos as indicações precisas demonstradas, o que nos leva a questionar os benefícios cirúrgicos.

Do Parecer

Tratamento cirúrgico de estrabismo é um procedimento que visa a atingir simetria e equilíbrio da musculatura extrínseca do olho, determinando ao final a orientação de posição primária do olhar na posição ortostática.

Patologias desencadeantes:

- 1) Congênita
- 2) Acomodativa
- 3) Trauma
- 4) Catarata
- 5) Glaucoma
- 6) Pós-cirúrgico (descolamento de retina)
- 7) AVC

- 8) Diabete (D.M.)
- 9) Neuro degenerativa

Formas de tratamento

- 1) Cirúrgico
- 2) Óculos ou lente de contato (estrabismo acomodativo)
- 3) Toxina botulinica, etc.

Cirurgia Funcional

Considera-se cirurgia funcional quando o objetivo é a restituição do equilíbrio funcional muscular (uni ou binocular), por exemplo, correção de diplopia, torcicolo, estrabismo congênito, etc.

Cirurgia Estética

A cirurgia estética se baseia no reposicionamento de olho amaurótico ou amblíope severo. Deve-se observar a condição psicossocial (relação interpessoal, laboral etc.).

Câmara Técnica de Ortopedia e Traumatologia

Coordenação:

Dr. Sílvio Pereira Coelho

Componentes:

Dr. Afrane Serdeira

Dr. Isaias Levy

Dr. Ivo Schmiedt

Dr. Lauro Machado Neto

Parecer nº **71/2003**

**Assunto: Implantes Ortopédicos
e os Planos de Saúde**

Da Consulta

1) Há alguma resolução do Cremers em relação aos convênios quanto à autorização de materiais de implante ortopédico? Solicito o que acho mais adequado ao meu paciente e os convênios tentam impor o similar mais barato, mesmo sendo os materiais de fabricação nacional.

2) Qual a atitude devemos tomar? Aceitar?

Se existe alguma normatização do Conselho em relação a este assunto, gostaria de tomar conhecimento dela.

Faço parte da diretoria da Sociedade Brasileira de Medicina e Cirurgia do Pé (SBMCP) e preciso fornecer pela SBMCP um parecer para um convênio, com relação ao uso de implantes na cirurgia ortopédica. Existe, atualmente, uma interferência muito grande dos convênios com relação ao uso de implantes. Gostaria de receber orientação do nosso Conselho com relação as resoluções estabelecidas na definição do material a ser utilizado pelo médico. Sei que o médico deve escolher livremente os materiais, mas preciso do embasamento da lei com relação a este assunto.

Do Parecer

O médico tem autonomia na escolha do material de implante a ser usado em seu paciente (Código de Ética Médica, artigos 16, 81 e 121). No entanto, é parecer desta Câmara Técnica que os implantes nacionais registrados na Anvisa, órgão do Ministério da Saúde, similares aos importados, deverão ter preferência de escolha pelo profissional. Em casos excepcionais, em que não exista material nacional para o procedimento, o médico tem o direito de exigir que lhe seja disponibilizado aquele que for necessário, ou que se adeqüe ao caso.

Ver, a respeito, Parecer da Consultoria Jurídica do Cremers de nº 34/2002.

Parecer nº **57/2004**

**Assunto: Artrodese/Pacientes
Ortopédicos e Neurológicos**

Da Consulta

- 1) Colocação de próteses em pacientes ortopédicos e neurológicos, sua indicação e contra-indicação.
- 2) Informações sobre cirurgia de coluna vertebral, mais especificamente em relação à artrodese de coluna vertebral e a sua complicação, a pseudo-artrose pós-artrodese.
- 3) Quais os protocolos para indicação cirúrgica de artrodese de coluna, conforme os termos da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia?

Do Parecer

Uso de implantes metálicos e próteses de disco para fixação interna da coluna vertebral

A instabilidade da coluna vertebral é um desafio para os ortopedistas porque são grandes as dificuldades para fixar os segmentos que são compostos de estruturas muito móveis, superpostas e influenciadas por várias solicitações mecânicas (Nachemson & Morris, 1964).

A artrodese com enxerto ósseo associada a implantes metálicos é o recurso atualmente considerado mais eficiente para assegurar a consolidação desejada e estabilizar a coluna vertebral.

Existem protocolos (Defino 1995 Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto) que nos auxiliam nas decisões de cirurgia levando em conta os seguintes dados:

- 1) Sexo, idade
- 2) Diagnóstico
- 3) Localização da lesão

- 4) Avaliação ortopédica: dor, mobilidade, força muscular, claudicação
- 5) Avaliação neurológica: sensibilidade, reflexos e funções esfinterianas
- 6) Avaliação por imagem: Raio X simples, tomografia computadorizada
avaliação clínica e laboratorial

O protocolo idealizado pelo Dr. Helton Defino é usado como gerenciador das patologias da coluna compilando dados e resultados. A grande dificuldade está em padronizar as condutas que variam muito conforme o avanço da tecnologia e dos recursos que cada cirurgião pode dispor. Recentemente a Sociedade Brasileira de Coluna lançou um Gerenciador de Patologias da Coluna, baseado no protocolo original do Dr. Defino e ampliado (www.coluna.com.br).

De um modo geral os pacientes apresentam diferentes graus de incapacidade funcional e dor intensa, fator importante na decisão para o tratamento cirúrgico, pois não obtiveram qualquer alívio com tratamento conservador.

Em trabalhos nacionais, analisando o fator idade dos pacientes que necessitam cirurgia, os sintomas e sinais das patologias incidem entre os 16 e 76 anos, assim distribuídos:

- 1) dos 11 aos 20 anos, ocorreram 12,5%,
- 2) dos 31 aos 40 anos, 25%,
- 3) dos 41 aos 50 anos, 40%,
- 4) dos 51 aos 60 anos 12,5%,
- 5) dos 61 aos 70 anos, 7,5%,
- 6) dos 71 aos 80 anos 2,5%.

Estes achados são comparáveis com os publicados por Rissanen (1960), Twomey & Taylor (1982), Frymoyer & Nachemson (1991), Barros Fº & Basile (1993).

A artrodese para tratamento de lombalgia discogênica, segundo estes autores, pode ser indicada nas seguintes circunstâncias:

- 1) Dor e incapacidade funcional por mais que um ano.

- 2) Falha do tratamento conservador e de condicionamento físico por mais de quatro meses.
- 3) Imagem da ressonância magnética evidenciando degeneração avançada do disco.
- 4) Avaliação psiquiátrica.

A história do tratamento cirúrgico da coluna vertebral por artrodese com fixação metálica e enxerto ósseo é bem conhecida, tendo início no século passado, com várias publicações: Wilkins (1887), Albee (1911), Hibbs (1911), Holdsworth (1943), Toumey (1943), King (1948), Straub (1949), Boucher (1959), Harrington (1962), Knodt & Larrick (1964), Dubuc (1975), Pohler & Straumann (1975), Resina & Alves (1977), Luque et al. (1983), Nin Vivo et al. (1983), Cotrel & Dubousset (1984), Roy-Camille, Saillant & Mazel (1986), Steffee, Biscuit & Sitrowski (1986), Zielke (1989), Wiltse (1991), Moss (1992).

A fixação pedicular com parafusos está mundialmente se popularizando, e todos os sistemas existentes com essa técnica dependem da capacidade do parafuso de obter e manter apoio no corpo vertebral através do pedículo até que os enxertos alcancem uma sólida fusão (Zindrick, 1986).

Apesar da ampla variedade dos sistemas de fixação metálica para coluna vertebral, a tendência é optar pela fixação pedicular. Pode também ser associada com a artrodese por via anterior.

A rigidez dos sistemas de fixação é determinada por ensaios repetitivos com modelos mecânicos bem definidos para testar suas qualidades biomecânicas.

Tem sido de grande valor no Brasil o intercâmbio científico entre laboratórios, tais como o LIM-41 do Instituto de Ortopedia do Hospital das Clínicas de São Paulo desde 1992, do Cedefco (Centro de Deformidades de Columna, de Montevideú) e o Serviço de Ortopedia e Traumatologia da PUCRS.

Estudos conjuntos permitiram que fossem introduzidos aperfeiçoamentos nos implantes nacionais. Por exemplo, alterações na geometria espacial de fixação e padronização das dimensões de acordo com os testes mecânicos.

Tendo em vista a grande diversidade de implantes e de métodos de fixação da coluna existentes, e estando estes métodos em constante evo-

lução, pensamos que o importante é possuir experiência com um sistema de fácil manejo e embasado em pesquisa científica. O cirurgião deve estar ciente das peculiaridades técnicas do implante, das vantagens, das dificuldades e dos cuidados que o seu uso requer. (Hanley et al., 1991).

As próteses de disco são atualmente muito usadas na Europa e Estados Unidos, com indicações muito precisas e restritas, em pacientes portadores de lesão de disco com preservação dos elementos posteriores da coluna.

A prótese tem por finalidade preservar os movimentos da coluna lombar e cervical. Todos os trabalhos estão em fase adiantada de projeto e produção e são muito dispendiosos no momento. Ainda não existem evidências que mostrem vantagens entre o uso das próteses e outros métodos cirúrgicos no tratamento das patologias da coluna.

Conclusões

- 1) O fixador interno está indicado para tratamento cirúrgico de patologias da coluna vertebral que requeiram artródese.
- 2) Pode ser usado na face posterior dos corpos vertebrais.
- 3) Possibilita artrodeses curtas, pois o método se baseia na sustentação pedicular.
- 4) Permite mobilização precoce do paciente, com índice baixo de falhas mecânicas e de pseudo-artrose.
- 5) Não existem evidências que mostrem vantagens entre o uso das próteses e outros métodos no tratamento das patologias da coluna.

Parecer nº 77/2004

**Assunto: Prescrição e Indicação
de Próteses a Pacientes amputados**

Da Consulta

- 1) A qual profissional compete a prescrição de prótese para pacientes amputados?
- 2) A qual profissional compete a indicação do modelo de prótese mais apropriado à realidade do paciente amputado, assim como o momento de iniciar a protetização desse paciente?
- 3) Um profissional, não médico e intitulado “protesista” pode emitir laudo após exame do paciente, contendo os procedimentos referidos nas questões 1 e 2?

Do Parecer

A Câmara Técnica de Ortopedia e Traumatologia assim, responde ao questionamento:

A prescrição de prótese compete ao médico assistente e a indicação de modelo de prótese ao paciente amputado é da competência do médico assistente.

Profissional não médico, protesista, não pode emitir laudo referente às perguntas dos itens 1 e 2. Entretanto, o protesista tem autonomia para realizar os atos pertinentes à sua profissão, como, por exemplo, a descrição da prótese, o material com a qual é confeccionada, seu peso etc..

Parecer nº 85/2004

Assunto: Nucleoplastia para Tratamento de Hérnia de Disco

Da Consulta

Considerando que temos recebido com freqüência crescentes pedidos para realização de nucleoplastia para o tratamento de hérnia discal, o qual não consta nas tabelas utilizadas para autorização de procedimentos, nem no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde (ANS), solicitamos parecer deste Conselho a respeito da realização do procedimento anteriormente citado. Existem evidências médicas suficientes a respeito do procedimento e se este é reconhecido e consagrado como tratamento médico ou se é considerado procedimento de caráter experimental?

Do Parecer

Referente à nucleoplastia, existem muitos trabalhos científicos sobre o assunto. Hoje, no mundo todo, já foram praticadas mais de 30 mil nucleoplastias. O resultado é bom quando o cirurgião é experiente e treinado na técnica. Esse procedimento não é mais considerado de caráter experimental.

Parecer nº **14/2005**

**Assunto: Vantagem e Desvantagem do
Material Importado em Relação ao Nacional**

Da Consulta

- 1) Vantagens e desvantagens do uso de material importado (próteses) em relação ao material nacional.
- 2) A diferença de preço se justifica pela correspondente diferença de qualidade?

Do Parecer

O material importado possui vantagens em relação ao material nacional. Entretanto, a procedência do material importado também deve ser levada em consideração, já que é necessária boa procedência de indústrias idôneas, com história no mercado. Comparando-se o material de boa procedência com o material nacional, podemos afirmar que a principal vantagem do material importado é a disponibilidade de ensaios clínicos em revistas científicas sérias. Este tipo de ensaio clínico não é disponível para nenhum material nacional e, em medicina, devemos nos basear por pesquisas científicas e não apenas por laudos de órgãos reguladores.

Quanto à segunda pergunta, não podemos avaliar a diferença de preço de um material importado em relação ao nacional, pois esta não é a função deste órgão e os valores de materiais importados em nosso país seguem regras complexas de comércio internacional, como taxas e impostos de importação, o que torna impossível para leigos no assunto esta avaliação.

Parecer nº 46/2006
Assunto: LER/Dort

Da Consulta

Trata-se do questionamento com relação a médico ortopedista emitir atestados de que o segurado é afetado por LER/Dort, apesar da Resolução do CFM dispondo que esta conclusão somente pode ser feita se o médico inspecionar o local de trabalho do paciente. Desta forma, qual a conduta que o médico perito poderá tomar com relação aos atestados recebidos?

Do Parecer

A Câmara Técnica de Ortopedia e Traumatologia informa que a constatação da doença designada como LER/Dort pode ser atestada pelo médico ortopedista quando do exame físico do paciente, não sendo apanágio do médico do trabalho.

A Resolução CFM nº 1.488/98, artigo 2º, determina que no estabelecimento do nexa causal o médico deva considerar todas as circunstâncias que envolvem o paciente, remetendo-se então tal atribuição ao médico do trabalho, principalmente no que se refere ao estudo do local da atividade do doente.

Câmara Técnica de Otorrinolaringologia

Coordenação:

Dr. Geraldo Druck Sant'Anna

Componentes:

Dr. Alberto Alencar Nudelmann

Dra. Berenice Dias Ramos

Dr. Gerson Schulz Maahs (Presidente)

Dr. José Seligman

Dr. Marcelo Zanini Correa

Desde a instituição desta Câmara Técnica, fez parte:

Dra. Maria Beatriz Rotta Pereira

Parecer nº 04/2003
Assunto: Próteses Auditivas
e Prescrição Médica

Da Consulta

- 1) A indicação, prescrição ou receita de aparelho auditivo é baseada no diagnóstico reservado exclusivamente ao médico?
- 2) Seleção de aparelho auditivo (tipos, característica e regulagens) pode ser feita por médico ou fonoaudiólogo?
- 3) Recomenda-se que a indicação, prescrição ou receita de aparelhos auditivos seja feita por profissional médico que tenha título de especialista fornecido pela Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia, referendado pela Associação Médica brasileira e devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina de seu Estado?"

Do Parecer

A indicação de órtese (prótese) auditiva é ato médico, pois decorre de diagnóstico clínico e de diagnóstico diferencial de outras doenças auditivas. A seleção e a adaptação de prótese auditiva poderão ser realizadas por médico ou fonoaudiólogo, de acordo com a Lei nº 6.965 de 09/12/81 e Decreto nº 87.218 de 31/05/82.

Parecer: **26/2005**

**Assunto: Questionamentos sobre
Septoplastia e Desvio de Septo Nasal**

Da Consulta

- 1) Se o procedimento cirúrgico designado como septoplastia inclui, em todo e qualquer caso, igualmente o procedimento turbinectomia.
- 2) Se, obrigatoriamente, para o diagnóstico de desvio do septo nasal, é necessária a avaliação de, e especificamente de, exame complementar radiológico, no caso, Raio X dos seios paranasais e do cavum, isto é, se é não apenas recomendável, e sim tecnicamente obrigatória a avaliação desse exame de imagem, não havendo, portanto, outros meios de obter, com perícia, o mesmo diagnóstico.
- 3) Se, obrigatoriamente, para a realização de cirurgia de correção de desvios do septo nasal, o cirurgião necessita de avaliação radiológica ou outro exame de imagem.

Do Parecer

A septoplastia não necessariamente inclui a realização concomitante de turbinectomia, entretanto, é elevada a frequência de casos em que são realizados ambos os procedimentos.

Não é obrigatória a realização de Raio X de seios paranasais e do cavum para o diagnóstico do desvio de septo nasal. A avaliação do desvio nasal deve ser feita através do exame físico (rinoscopia anterior) e/ou rinoscopia nasal.

O cirurgião, para realização de cirurgia de correção de desvios do septo nasal, não necessita, obrigatoriamente, de avaliação radiológica ou de outro exame de imagem.

Câmara Técnica de **Pediatria**

Coordenação:

Dr. Ênio Rotta

Componentes:

Dr. Alfredo Floro Cantalice Neto

Dr. Carlos Eduardo Nery Paes

Dr. Ércio Amaro de Oliveira Filho

Dr. Luiz Fernando Loch

Desde a sua instituição também fez parte desta Câmara Técnica o colega:

Dr. Paulo Roberto Antonacci Carvalho

Parecer nº 17/2003
Assunto: Alta Hospitalar
Consentimento Informado

Da Consulta

Trata-se da mãe que pede alta hospitalar da criança, antes que o pediatra assistente a considere curada. Ou mesmo a mãe que pede para trocar de pediatra, enquanto a criança está hospitalizada. Existe algum texto, formulário ou pedido de alta, que seja padrão, que seja ético e que resguarde o profissional nestas situações?

Do Parecer

A Câmara Técnica referenda a Resolução nº 872/78, do Conselho Federal de Medicina, e o parecer nº 04/91, emitido pelo Dr. Oscar Gomes Nunes, com a transcrição do seguinte trecho do parecer supracitado:

A alta a pedido é uma alta contra indicação médica, forçada pelos responsáveis pela criança e se constitui, obviamente, em ato que viola o melhor interesse da criança e portanto configura abuso do pátrio poder, uma vez que essa atitude expõe a criança a risco.

Considerando que, seguindo o entendimento da autoridade judiciária, a simples assinatura de responsabilidade, por parte do pai ou do responsável, não exime o médico e/ou a Instituição de responsabilidade decorrente, e, ainda, que não é inerente à atividade hospitalar manter pacientes sob custódia, ou extrapolar as relações contratuais de prestação de serviços, o constituinte, no Art. 227 da Carta Magna, expressou que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de co-

locá-los a salvo de toda a forma de negligência, discriminação, violência, crueldade e opressão.

Por sua vez, o Estatuto da Criança e do Adolescente dispõe, no Art. 7º: A criança e o adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Embora, infelizmente, a assistência efetiva à criança, não só no plano da saúde, como também no educacional, não tem ainda ido muito além da retórica dos textos legais, é forçoso convir que esse ônus recai sobre toda a sociedade e, em especial, sobre aqueles que, por profissão ou dever de ofício, dela não podem ou não devem se eximir.

Nenhum direito suplanta o direito à vida e à saúde, de modo que não há de se opor a tal direito qualquer prerrogativa que decorra do pátrio poder. O pátrio poder antes de ser um direito é um complexo de obrigações e deveres e o seu exercício só é legítimo enquanto benéfico para o menor.

O médico é o único árbitro da alta hospitalar.

No entanto, havendo uma relação médico-família conflituosa, sugere-se a opção de troca de médico ou de hospital, mediante nota de transferência com todos os dados relacionados à condição do paciente.

Parecer nº 83/2004

Assunto: Faixa Etária que o Pediatra Atende

Da Consulta

Questionamento acerca da existência de legislação e/ou literatura científica quanto ao estabelecimento das faixas etárias atendidas pelo médico pediatra.

Do Parecer

O Conselho Federal de Medicina, em sua relação de especialidades reconhecidas, dispõe, dentre outras, como áreas de atuação da Pediatria: a Neonatologia e a Medicina do Adolescente.

Conforme o Dicionário Médico Stedman, 25ª Edição, Editora Guanabara Koogan, RJ, 1996, à página 855:

- 1) Neonatologia: especialidade médica relacionada com os estudos do neonato.
- 2) Neonatal: relativo ao período imediatamente posterior ao nascimento e que continua nos primeiros 28 dias de vida.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os conceitos de puberdade, adolescência e juventude são diferentes. Enquanto o primeiro diz respeito ao conjunto de modificações orgânicas, a adolescência compreende o período de transição biopsicossocial que ocorre entre a infância e a idade adulta (delimitado cronologicamente dos 10 aos 20 anos), e a juventude engloba momentos intermediários e finais da adolescência e primeiros da maturidade, num período social entre 15 e 25 anos. Desta forma, informamos que a literatura disponível descreve que a faixa etária relativa ao período neonatal até o final da adolescência engloba as idades de zero à 25 anos.

Parecer nº **24/2006**

**Assunto: Responsabilidade Civil de Médico
Frente à Ressuscitação Cardiorrespiratória**

Da Consulta

Qual a responsabilidade civil do médico frente a seqüelas advindas da ressuscitação cardiorrespiratória?

Do Parecer

Com relação ao questionamento acima, a Câmara Técnica de Pediatria informa que não vê possibilidade de responsabilidade civil do médico quanto a seqüelas porventura advindas por ressuscitação cardiorrespiratória, desde que o médico empregue manobras preconizadas por protocolos de ressuscitação reconhecidos (existem diversos deles registrados na literatura).

Sendo utilizado um protocolo adequado, as eventuais seqüelas serão aquelas da patologia base ou da parada cardiorrespiratória em si. Salientamos que a ressuscitação cardiopulmonar não é um procedimento isento de riscos para o paciente.

Parecer nº **25/2006**

**Assunto: Assistência ao Parto
e ao Recém-Nascido**

Da Consulta

Apreciação da minuta de resolução sobre assistência ao parto e ao recém-nascido, elaborada pela Secretaria da Saúde, Departamento de Ações em Saúde, Programa Viva a Criança.

Do Parecer

É parecer desta Câmara Técnica que o Cremers não pode concordar com a possibilidade de o atendimento do recém-nascido na sala de parto ser realizado por enfermeiro ou qualquer outro profissional não médico.

Quanto ao material necessário em sala de parto para assistência ao recém-nascido, já está regulamentado por este Conselho em sua Resolução nº 04/99 e não achamos que deva ser permitido à Secretaria Estadual de Saúde estabelecer, para funcionamento de hospitais públicos e filantrópicos – que atendem prioritariamente à população menos protegida – critérios diferentes dos exigidos pelo Cremers para os demais hospitais.

Câmara Técnica de Perícias Médicas

Coordenação:

Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes:

Dra. Débora Maria Vargas de Lima

Dr. Gerson Petrillo Nunes (Secretário)

Dr. Nelson Antônio Tombini (Presidente)

Dr. Paulo Ricardo Fabris

Dra. Tatiana Bragança de Azevedo Della Giustina

Parecer nº 28/2006

Assunto: Valor mínimo para Perícia Médica

Da Consulta

Informação sobre resolução, norma ou manifestação oficial do Cremers acerca de valor mínimo para perícia médica em processo judicial, perito indicado pelo juiz, perito assistente e perícias de outra natureza. O TRT 4ª Região está finalizando a forma de lidar com as perícias, em especial aquelas em que pelo menos uma das partes goza de assistência judiciária gratuita.

Do Parecer

A Câmara Técnica de Perícias Médicas informa que compete ao médico perito designado pelo juiz seguir todas as etapas da elaboração de um laudo médico, mencionadas a seguir:

- 1) Queixa principal.
- 2) História da doença atual.
- 3) História ocupacional detalhada, especificando o tempo trabalhado em cada atividade.
- 4) Exame físico.
- 5) Exames complementares atualizados.
- 6) Descrição desses exames.
- 7) Discussão dos dados obtidos através das informações colhidas e dos exames complementares.
- 8) Análise de todos os documentos já constantes no processo e/ou prontuário.
- 9) Elaboração da conclusão.

Salienta-se ainda que o perito deve:

- 1) Responder a todos os quesitos oferecidos pelas partes interessadas.
- 2) Responder aos quesitos suplementares ou complementares.
- 3) Apresentar nos laudos médicos o número do documento de identidade do periciado (RG), bem como informar a idade e a procedência deste, para eventuais futuros dados estatísticos.
- 4) Consubstanciar seu laudo com os dados atualizados da literatura médica.
- 5) Observar que como médico-perito tem responsabilidade técnica por tudo que registrar em seu laudo.

Assim sendo, diante da complexidade do trabalho, da diligência e zelo profissional exigidos, tempo de tramitação processual, necessidade de deslocamento e eventual exigência de equipamentos especiais para realização do seu trabalho, esta Câmara Técnica sugere que o valor dos honorários médicos para pagamento de assistência judiciária gratuita corresponda a um salário mínimo médico, conforme a Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, no seu artigo 5º.

Parecer nº 42/2006

Assunto: Assistência Judiciária Gratuita

Da Consulta

Avaliação do Parecer nº 35/2004, emitido pela Consultoria Jurídica do Cremers, e da Portaria GP nº 0506/2004, referente à assistência jurídica a pessoas que estão sob o pálio da Justiça Gratuita ou da Assistência Judiciária Gratuita.

Do Parecer

A Câmara Técnica de Perícias Médicas informa que o valor a ser pago para o perito médico em processos de Justiça não Gratuita é estipulado em três salários mínimos. No Parecer CJ nº 035/2004, o valor estipulado é a metade do valor dos honorários periciais.

Com base na Portaria nº GP 0506, de 1º de outubro de 2004, anexo I, sugerimos o valor de um salário mínimo nacional e meio (o que corresponde à metade do salário mínimo médico), para o pagamento de perito médico em processos de Assistência Justiça Gratuita.

Parecer nº 43/2006
Assunto: Avaliação de Sida

Da Consulta

Considerando que é vedado por lei a solicitação de teste de HIV em exames de admissão a emprego, é solicitado um parecer quanto à especificação abaixo:

Um candidato aprovado comparece para exame médico admissional com exames do edital de concurso público federal à perícia médica. Apesar de estar assintomático, um Raio X de tórax evidencia infiltrado intersticial difuso pulmonar bilateral de aspecto nodular.

A seguir, uma tomografia de tórax confirma este achado e, após uma broncoscopia negativa, uma biópsia pulmonar a céu aberto permite o diagnóstico anatomopatológico e imunoistoquímico de uma pneumonia intersticial linfocítica ou linfóide.

Tal entidade pode ocorrer em associação com Sida (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) correspondendo ao CID B22.1. Sida é uma doença especificada em lei com direito à aposentadoria imediata. Portanto, por não haver carência, o candidato na situação descrita acima, se tiver a doença e for admitido através de um exame pericial que o considere apto, poderia aposentar-se no dia seguinte ao de sua admissão. De acordo com o exposto, solicita-se orientação sobre as seguintes questões:

- 1) Pode o médico perito solicitar a contagem de CD4?
- 2) Pode o médico perito solicitar o teste HIV na avaliação de saúde para ingresso a emprego quando identificada uma ou mais patologias relacionadas à Sida?

Do Parecer

Em resposta ao questionamento acima, a Câmara Técnica de Perícias Médicas informa que não é pertinente a solicitação de tais exames, tendo em vista que ambos, em exame admissional, constituem prática discriminatória na relação de trabalho.

O assunto é abordado de forma genérica no Art. 3º, inciso IV, da Constituição Federal e também na Lei nº 9.029, que em seu preâmbulo diz:

“Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho...”.

Parecer nº **72/2006**

Assunto: Incapacidade Laborativa (Médico Assistencial x Médico Perito)

Da Consulta

Peritos médicos previdenciários, vêm mui respeitosamente, dirigir a esta Câmara Técnica consultoria a respeito da relação da perícia médica com a rede assistencialista da saúde.

Ocorre, que é do conhecimento de sua senhoria que a área é envolta em conflitos constantes uma vez que emite parecer favorável ou contrário ao pleito do cidadão. Por si só, isso já é ponto de discordância, gerando muitas vezes até agressões físicas e ameaças, no momento em que o cliente tem seu pleito contrariado. A situação é agravada quando o mesmo porta atestados de médicos assistentes da rede da saúde, gerando-lhe expectativas de benefícios para os quais o mesmo não está, muitas vezes, contemplado do ponto de vista administrativo.

Por outro lado, não podemos ignorar o fato de o médico assistencialista da rede pública não receber orientação nesse sentido e sentir-se muitas vezes pressionado a emitir atestados não adequados do ponto de vista ético, por desconhecimento e mesmo não haver regulamentação adequada sobre as atribuições e limitações no que diz respeito a esse assunto.

Da parte da perícia médica há falta de reconhecimento da comunidade, poder judiciário e até da comunidade médica de que é uma carreira médica, com profissionais capacitados para julgamento da questão incapacidade laborativa, independente da área que atuem fora do campo pericial.

Dados os fatos percorridos anteriormente e apesar da preocupação em adequar a comunidade médica a uma postura uníssona no que tange essa questão, evitando conflitos e pelo bom convívio entre as partes envolvidas, solicitamos a essa Câmara Técnica que emita parecer sobre o assunto e mesmo leve a plenária desse Conselho para elaboração de resolução, esclarecendo os papéis do assistente e do perito, no que trata a emissão de laudos, atestados, pareceres e seu conteúdo.

Do Parecer

A Câmara Técnica de Perícias Médicas esclarece as bases que fundamentam este parecer.

Considerando a Resolução CFM nº 1.658/02:

Art. 2º Ao fornecer o atestado, deverá o médico registrar em ficha própria e/ou prontuário médico os dados dos exames e tratamentos realizados, de maneira que possa atender às pesquisas de informações dos médicos peritos das empresas ou dos órgãos públicos da Previdência Social e da Justiça.

Art. 3º Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos:

- a) especificar o tempo concedido de dispensa da atividade, necessário para a completa recuperação do paciente;
- b) estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;
- c) registrar os dados de maneira legível;
- d) identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Considerando o Código de Ética Médica, no Capítulo II sobre Perícias Médicas, no Art. 120, que veda ao médico ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho. No Manual dos Médicos Peritos da Previdência Social, o capítulo que trata das normas gerais em perícia médica constata que é vedado ao médico-perito realizar exames periciais em familiares, amigos ou seus pacientes.

Esta Câmara Técnica sugere:

eticamente recomendamos que o médico assistente não utilize em atestados médicos o termo incapacidade laborativa, sendo este termo uma prerrogativa da elaboração de laudos periciais.

Câmara Técnica de Perinatologia

Coordenação:

Dr. Antônio Celso Koehler Ayub

Componentes:

Dr. Ênio Rotta

Dr. Ignozy Dorneles Jornada Júnior

Dra. Ivete Cristina Teixeira Canti

Desde a sua instituição também fez parte desta Câmara Técnica o colega:

Dr. Marco Aurelio de Aguiar Costa

Parecer nº 15/2003

Assunto: Situação dos Médicos Pediatras

Da Consulta

O grupo de médicos pediatras de um determinado hospital vem respeitosamente informar o seguinte:

- 1) Que há mais de 20 anos trabalham neste hospital, atendendo aos RNs em berçário e atendimento em sala de parto e bloco cirúrgico, em regime de sobreaviso.
- 2) Que tal fato já é de conhecimento do Cremers, através de reunião realizada pela Câmara Técnica de Perinatologia, nesta cidade.
- 3) Que há muito tempo esta situação vem sendo discutida com a Direção do hospital, visando ao estabelecimento de remuneração compatível com a permanência obrigatória de pediatra para atendimento dos RNs 24 horas, exaustivamente chamados pelos obstetras de plantão, visto as proporções do hospital na região.
- 4) Que, por outro lado, o hospital não dispõe de UTI Neonatal, situação paradoxal, porque alega a Direção que não há recursos para tal, em casos de necessidade de UTI, obriga-se o pediatra a peregrinar em busca de leitos por toda a região, muitas vezes conduzindo o RN em veículos não equipados para transporte de RNs.
- 5) Que esses fatos são conhecidos e temos sido apoiados em nossas reivindicações pelo Departamento de Obstetrícia, pelo Conselho Técnico e pelo Corpo Clínico.
- 6) Que, apesar da boa disposição entre os médicos pediatras e a Direção do hospital, não se vislumbra solução a curto prazo, estando os médicos pediatras dispostos a paralisar o atendimento.

Do Parecer

Sendo a entidade em questão, um hospital de referência para obstetrícia, é compulsória a existência de UTI Neonatal.

Resoluções do CFM e Cremers não admitem a existência de “plantões de sobreaviso”. Os plantões exigem a presença física do médico no hospital. Tais plantões têm que ser correspondentemente remunerados.

Se a situação não for amigavelmente resolvida com a Direção da Instituição, recomenda-se denunciar o Diretor Técnico ao Cremers, posto que ele tem a obrigação de propiciar as condições para o adequado atendimento médico

Parecer nº 22/2003

**Assunto: Presença de Pediatra
na Sala de Parto**

Da Consulta

- 1) A presença de pediatra em sala cirúrgica no momento da cesárea é obrigatório?
- 2) Existe portaria do Ministério da Saúde nesse sentido? Essa obriga a presença do pediatra na sala de parto ou apenas indica que o pediatra receberá pelo SUS caso esteja presente na sala?
- 3) Pode a mãe recusar o atendimento pediátrico na sala para não pagar honorários ou, em caso de convênio, porque não quer o único pediatra disponível?

Do Parecer

A presença de pediatra em sala cirúrgica no momento da cesárea é obrigatória e, se a Portaria existente do Ministério da Saúde obriga a presença do pediatra na sala de parto ou apenas indica que o pediatra receberá pelo SUS caso esteja presente na sala, informamos que, embora altamente recomendável, a presença do pediatra (neonatologista) na sala de parto (ou de cesárea) não é obrigatória. A portaria nº 31/93, do Ministério da Saúde somente inclui o atendimento prestado entre os procedimentos remunerados.

Quanto à segunda pergunta, se pode a mãe recusar o atendimento pediátrico na sala para não pagar honorários ou, em caso de convênio, porque não quer o único pediatra disponível, respondemos que não. A mãe decide apenas sobre os procedimentos que a envolvem. A assistência do pediatra será prestada ao recém-nascido, num momento em que – pela urgência – há poucos minutos (não mais do que três a cinco minutos) em que a intervenção de profissional qualificado salvará a vida ou evitará seqüelas permanentes.

Câmara Técnica de Psiquiatria

Coordenação:

Dr. Rogério Wolf de Aguiar

Componentes: Dra. Laís Knijnik

Dr. Ruyard Emerson Sordi (Presidente)

Desde a sua instituição também fizeram parte desta Câmara Técnica os colegas:

Dr. Gabriel José Chitto Gauer

Dra. Ieda Bischoff Portela

Dra. Neusa Knijnik Lucion

Dr. Paulo Roberto Zimmermann

Parecer nº 21/2003

Assunto: Atividade Psicanalítica

Da Consulta

Psicanálise como ato médico:

- 1) a prática da psicanálise é considerada um ato médico?
- 2) Quais os profissionais que a exercem?
- 3) É uma especialidade médica?

Do Parecer

A Câmara Técnica de Psiquiatria, emitiu um parecer sobre a matéria que possa marcar uma posição genérica e abrangente. Para chegar a uma conclusão, a Câmara Técnica deste Conselho fez consultas e pesquisas para saber da existência de pareceres sobre o tema à Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre, ao CFM, à AMB, à Associação Brasileira de Psiquiatria e na literatura especializada.

A Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre foi consultada na qualidade de filiada à IPA (International Psychoanalytical Association), a mais antiga de Porto Alegre e uma das mais antigas do Brasil e que vem formando psicanalistas desde 1964, ano de sua fundação. Em correspondência, a Sociedade Psicanalítica respondeu que:

A psicanálise foi criada por Sigmund Freud, no final do século XIX e definida como um procedimento baseado num método científico com o objetivo de investigação e tratamento dos conflitos psíquicos. Difundiu-se pelo mundo inteiro, reunindo, atualmente, 150 associações com institutos de formação psicanalítica congregadas pela IPA.

Em 1952 a psicanálise foi incorporada à educação psiquiátrica norte-americana através de documento em que consta o seguinte: "... é um consenso quase universal que uma parte necessária da preparação de um

psiquiatra competente é um desenvolvimento de uma compreensão dos princípios da psicodinâmica e...da teoria e prática psicanalítica.” (Associação Psiquiátrica Americana).

Em diversas universidades de todo o mundo e, particularmente, do nosso Estado, fundamentos psicanalíticos são ensinados nos cursos de medicina, residências e cursos de especialização em psiquiatria.

A psicanálise é exercida no mundo inteiro por médicos e não-médicos. A Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre, por exemplo, exige como pré-requisito para início da formação a graduação em medicina ou psicologia.

A psicoterapia, *sensu lato*, se constitui em uma prática que visa a identificar e tratar, com métodos psicológicos, problemas de ordem psicológica, do desenvolvimento da personalidade, de conflitos emocionais, conjugais e familiares, entre outros. Nem sempre implica em diagnóstico de uma enfermidade. Como tratamento, a psicanálise é uma modalidade de psicoterapia.

A Resolução CFM nº 1.634/02 considera a psicoterapia como uma das áreas de atuação da especialidade de psiquiatria. A prática da psicoterapia e, por extensão, da psicanálise. Constitui, portanto, também ato médico, segundo a Resolução CFM nº 1.627/01, Art. 1º, § 2º, mas não exclusivo de médico, podendo ser compartilhado com outros profissionais da área da saúde, por não implicar, necessariamente, a execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos exclusivos de médicos.

De acordo com o exposto, a Câmara Técnica de Psiquiatria deste Conselho Regional é de parecer que a prática da psicanálise é ato médico não exclusivo e que os médicos que a exercem estão sujeitos aos princípios éticos e legais do Conselho Regional de Medicina.

Parecer nº 48/2003
Assunto: Publicidade médica

Da Consulta

Trata-se de consulta de médico inscrito neste Conselho, informando que terminou curso de psicoterapia e fez residência em ginecologia. Como só quer atuar na área de psicoterapia, questiona como pode se apresentar em propaganda de jornal, placa de consultório e cartão de visitas.

Do Parecer

Em resposta ao consulente, a Câmara Técnica de Psiquiatria é de parecer que deve ser seguida as Resoluções CFM nº 1.701/03 e nº 1.634/02. Ou seja, a psicoterapia é uma das áreas de atuação da psiquiatria. Portanto, a especialidade-mãe, no caso, é a psiquiatria.

O consulente não é especialista em psiquiatria, não podendo, portanto, divulgar seu nome como psicoterapeuta.

Parecer nº **75/2003**

**Assunto: Contenção Mecânica de Paciente
ao Leito é ou não Ato Médico**

Da Consulta

Trata-se de questionamento sobre a contenção mecânica do paciente ao leito: é ou não considerada ato médico?

Do Parecer

Um paciente em tratamento, no estabelecimento psiquiátrico só deve ser submetido à contenção física por prescrição médica, devendo ser diretamente acompanhado por um auxiliar do corpo de enfermagem durante todo o tempo que estiver contido.

Câmara Técnica de Radiologia

Coordenação:

Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes:

Dr. Antônio Carlos Maciel

Dr. Flávio Franciosi Aesse (Presidente)

Dr. Paulo Cesar Sanvitto

Desde a sua instituição também fez parte desta Câmara Técnica o colega:

Dr. Klaus Loureiro Irion

Parecer nº 21/2002

Assunto: Formação em Radiologia

Da Consulta

- 1) O título de radiologista pressupõe formação em ultra-sonografia, tomografia e ressonância magnética ou há alguma formação à parte para estes médicos?
- 2) Como estes exames são relativamente novos, principalmente a ressonância magnética, profissionais formados há mais tempo não tiveram esta formação. Os cursos existentes nestas áreas (não residência) fornecem título?
- 3) Há alguma normatização em relação aos cursos oferecidos para que um médico radiologista seja considerado com formação em ultra-sonografia?"

Do Parecer

A concessão de títulos de especialidade em Radiologia é atribuição exclusiva do Colégio Brasileiro de Radiologia e/ou do Ministério de Educação e Cultura (MEC). Ao Cremers cabe registrar o título de especialista emitido por estes órgãos para atuação das especialidades ou subespecialidades no Estado do Rio Grande do Sul. A normatização destes títulos deverá ser obtida por intermédio do Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) e/ou pelo MEC. Informações adicionais poderão ser encontradas na homepage do Colégio Brasileiro de Radiologia: www.cbr.org.br.

Parecer nº 31/2003

Assunto: A Quem Compete a Responsabilidade pelos Exames em Intensificador de Imagem

Da Consulta

O responsável técnico pelos exames realizados no Intensificador de Imagem deve ser obrigatoriamente radiologista, ou pode a função ficar a cargo de outro médico integrante do corpo clínico?

Do Parecer

A Câmara Técnica de Radiologia, atendendo ao solicitado e baseada na informação encaminhada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, tem a informar:

A Portaria da Secretaria de Vigilância Sanitária nº 453, de 1º de junho de 1998, com referência às Diretrizes de Proteção Radiológica em Radiodiagnóstico Médico e Odontológico, no item qualificação profissional, preconiza:

§ 3.32 Nenhum indivíduo pode administrar, intencionalmente, radiações ionizantes em seres humanos a menos que:

- a) Tal indivíduo seja um médico ou odontólogo qualificado para a prática, ou que seja um técnico, enfermeiro ou outro profissional de saúde treinado e que esteja sob a supervisão de um médico ou odontólogo.
- b) Possua certificação de qualificação que inclua os aspectos de proteção radiológica, exceto para indivíduos que estejam realizando treinamento autorizado.

§ 3.33. Para responder pela solicitação ou prescrição de um procedimento radiológico é necessário possuir formação em medicina ou odontologia, no caso de radiologia odontológica.

§ 3.34. Para responder pela função de RT é necessário possuir:

- a) Formação em medicina, ou odontologia, no caso de radiologia odontológica.
- b) Certificação de qualificação para a prática, emitida por órgão de reconhecida competência ou colegiados profissionais, cujo sistema de certificação avalie também o conhecimento necessário em física de radiodiagnóstico, incluindo proteção radiológica, e esteja homologado no Ministério da Saúde para tal fim.

Segundo Dr. Luiz Karpovas, diretor de Defesa Profissional do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, “na medicina, o único profissional que tem qualificação e certificação em Higiene das Radiações e Proteção Radiológica é o médico portador do título de especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem, obtido através de exame de qualificação elaborado e realizado por comissão específica de titulação do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem e homologado pela Associação Médica Brasileira. Portanto, é o único profissional a quem compete a responsabilidade de exames realizados em intensificador de imagem.”

Parecer nº 23/2005

**Assunto: Recomendação do
Radiologista junto ao Laudo Exame**

Da Consulta

Solicitação de esclarecimentos sobre a frase “Recomenda-se nova ecografia para efeito comparativo, especialmente considerando-se a história familiar da paciente”, usual na conclusão de laudos de mamografia.

- 1) Trata-se de prática ética e tecnicamente correta?
- 2) Não menospreza a conduta do médico assistente?

Do Parecer

É permitido ao radiologista sugerir, a critério clínico, método diagnóstico por imagem complementar ou a repetição do exame, em determinado prazo, se considerar importante para esclarecimento ou acompanhamento da evolução de achado demonstrado no exame. Todavia, acolher a sugestão e indicar o referido controle é atribuição exclusiva do médico assistente.

Câmara Técnica de Urologia

Coordenação:
Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes:
Dr. Alcides Diniz Carvalhal
Dr. Carlos Eurico Cairoli
Dr. Henrique Sarmento Barata
Dr. Isidoro Davidman Papadopol
Dr. Renato Scaletscky

Parecer nº 24/2002

Assunto: Métodos de Alongamento do Pênis

Da Consulta

Um médico trabalha com dois métodos de alongamento do pênis. Um método por tração e outro cirúrgico.

- 1) Estes métodos são realmente eficazes?
- 2) São reconhecidos pelo Cremers?
- 3) Estão em caráter experimental?
- 4) Existe algum caso de sucesso em ambos os métodos?

Do Parecer

A técnica em análise é discutível, uma vez que não se aferiu cientificamente os danos resultantes da utilização do Extensor Peniano¹. Nesse sentido é o posicionamento admitido pela SBU, expresso no parecer interno da lavra do Dr. Luiz Otávio Torres, *in verbis*: Até o presente momento desconhecemos qualquer estudo científico corretamente conduzido, publicado em revistas científicas sérias, indexadas, em nível nacional e/ou internacional, demonstrando o real mecanismo de ação desses extensores e a racionalidade em seu uso, assim como se realmente existe algum benefício, e, se houver, qual seria o aumento real do pênis, em quanto tempo, e quais os efeitos colaterais possíveis com seu uso a curto, médio e longo prazos. Ou seja, a nosso ver trata-se, até o momento, de um método sem qualquer comprovação científica tanto quanto ao mecanismo de ação, resultados, efeitos colaterais e complicações.

As conclusões sobre esse tema, retiradas na Reunião de Diretrizes Básicas em Disfunção Erétil e Sexualidade da Sociedade Brasileira de Urologia – II Consenso Brasileiro, realizada em abril/2002 são:

Extensores Penianos – Não existe na literatura médica especializada estudo clínico ou experimental cientificamente revisado e aceito, com bom nível de evidência, relatando a utilização e resultados de equipamentos para alongamento peniano. A hipótese de uma eventual hiperplasia do tecido cavernoso, que resultaria em aumento da haste peniana, não tem comprovação científica.

Recomendações – A proposta de aumento peniano como um procedimento cosmético do pênis normal é ainda considerada uma técnica investigacional, reservada a pacientes selecionados e que somente poderá ser realizada em centros médicos credenciados, de acordo com as normas de pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e pela Resolução 1476/97 do Conselho Federal de Medicina.

Conseqüentemente, não há dados conclusivos a respeito do tema. Não há estudos elaborados que apresentem as contra-indicações do uso do extensor aos mais variados organismos, bem como não se formularam os riscos causados à saúde humana.

Quanto às técnicas cirúrgicas para aumento do pênis, temos a dizer:

Existem poucos dados na literatura avaliando o ganho real do tamanho do pênis após as cirurgias de aumento do órgão. Considera-se que um aumento em torno de 3cm é um resultado excepcional. É verdade que a 'descida' do pênis com a liberação do ligamento suspensor, o aumento da convexidade peniana com o avanço da pele do abdome inferior, a lipectomia púbica e a liberação da pele peno-escrotal, dão a ilusão de um pênis mais longo. Da mesma forma, não existem dados quanto ao aumento do pênis em ereção após esses procedimentos, sendo que muitos pacientes negam qualquer melhoria nesse estado.

A necessidade de se conhecer e estar familiarizado com os princípios de cirurgia plástica é indispensável para prevenir complicações e atingir resultados satisfatórios. Os pacientes devem ser informados que as técnicas de aumento peniano estão em desenvolvimento e que os resultados ainda são contraditórios.

Algumas condições clínicas podem levar à indicação da cirurgia para o aumento do pênis, tendo sempre o caráter de se restabelecer uma função adequada ao órgão. Alterações anatômicas congênitas ou adquiri-

das que resultam em uma diminuição do pênis podem ser corrigidas ou minimizadas através de técnicas de lipectomia suprapúbica, liberação do ligamento suspensor e zetaplastia da junção peno-escrotal.

A proposta de aumento peniano como um procedimento cosmético do pênis normal é ainda considerada uma técnica investigacional, reservada a pacientes selecionados e que somente poderá ser realizada em centros médicos credenciados, de acordo com as normas de pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e pela Resolução 1478/97 do Conselho Federal de Medicina.

Parecer nº 06/2004

Assunto: Sondagem Vesical de Alívio

Da Consulta

Sabe-se que esta técnica é aplicada muitas vezes pelo próprio paciente (auto-sondagem) ou por cuidador treinado. Pode este procedimento ser delegado ao técnico de enfermagem, por prescrição médica e com supervisão a distância de enfermeiro?

Do Parecer

A Câmara Técnica entende que a indicação ou prescrição da sondagem vesical de alívio é um ato médico. Uma vez indicada, sua realização pode ser delegada ou compartilhada com outros profissionais da área da saúde, conforme Resolução CFM 1.627/01.

Parecer nº 33/2004

Assunto: Colocação de Duplo J

Da Consulta

- 1) Quais as indicações para a colocação de duplo J?
- 2) Não se pode considerar que o mesmo faz parte integrante do procedimento principal? Por exemplo, em cirurgia geral coledocotomia já inclui a colocação de dreno de Kehr.
- 3) Qual a diferença na Tabela AMB entre implante de prótese ureteral transcistoscópica (56.04.040-7) e desbloqueio endoscópico unilateral (56.04.003-2)?

Do Parecer

A colocação do cateter duplo J está indicada em todas as condições nas quais possam ocorrer danos à função renal. Estas, geralmente, estão associadas a patologias obstrutivas de origem urinária ou extra-urinária.

Respondendo à segunda pergunta, não se pode considerar que faça parte integrante do procedimento principal, como no exemplo citado da coledocotomia, pois esse não é procedimento principal, por não ser realizada rotineiramente. Por outro lado, o cateter duplo J é uma prótese provisória que tem na sua implantação um grau de dificuldade muito superior ao da colocação de dreno de Kehr.

E, por último, a diferença entre implante de prótese ureteral transcistoscópica e desbloqueio endoscópico unilateral é que o desbloqueio se refere somente ao cateterismo do ureter, sendo o implante o posicionamento do cateter dentro do ureter, que envolve a necessidade de endoscopia. Trata-se de uma prótese provisória com extremidades que se enrolam, quando retirado o seu mandril, fixando-a desta maneira na pelve renal e bexiga, sem o risco de deslocar-se para baixo ou para cima.

Pareceres Conjuntos das Câmaras Técnicas

Parecer nº **30/2003**

Assunto: Mesoterapia e Endermologia

Câmaras Técnicas:
Cirurgia Plástica e Dermatologia

Da Consulta

Mesoterapia e Endermologia são considerados atos médicos?

Do Parecer

A Mesoterapia é um método de tratamento no qual é feita infiltração subcutânea no local da doença, com substâncias reconhecidamente terapêuticas. Existem várias aplicações da mesoterapia, mas as principais são no campo das doenças ósteo-articulares. É indicada no tratamento preventivo de doenças infecciosas (vacinação), em infecções agudas e crônicas da otorrinolaringologia, odontologia, dermatologia, ginecologia, nefrologia. Também pode ser utilizada no tratamento de doenças inflamatórias, infecciosas, degenerativas, funcionais, traumáticas e no tratamento da dor crônica.

Na literatura científica mundial não são encontrados trabalhos com metodologia reconhecida que possam sustentar a utilização ampla desta forma de terapia. Atualmente sua utilização deve ser feita somente em instituições de pesquisa, com protocolos estabelecidos para a sua utilização.

No contexto atual, a utilização da mesoterapia na prática diária vai contra Art. 124 do CEM: É vedado ao médico usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para o uso no 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.

No seu estágio atual, a mesoterapia, ainda sem conclusões metodológicas científicas reconhecidas, não pode ser aceita como procedimento ético pelo CFM.

A mesoterapia, pela técnica de infiltração de medicamento e com embasamento na literatura científica encontrada, deve ser considerada um ato médico. Ainda não pode ser estabelecida como terapêutica de uso habitual, pois carece de comprovação científica para tal. Entretanto, em entidades de pesquisa, sua utilização em trabalhos científicos que tenham por objetivo estudar sua aplicabilidade e comprovar sua eficácia, pode ser realizada.

Quanto à endermologia, não existe nenhuma literatura científica em que possa ser encontrada a definição do que é a endermologia, suas aplicabilidades e método de emprego desta terapia. O mais aceito é que seja considerada método de massoterapia. Diante disso, a endermologia não é considerada ato médico.

Parecer nº **56/2003**

**Assunto: Conduta Profissional Diante da
Discordância de Diagnóstico**

**Câmaras Técnicas:
Anestesiologia e Cirurgia Geral**

Da Consulta

Questionamento de médico anestesista que solicita o seguinte esclarecimento: “Tenho direito de discordar de diagnóstico de colega cirurgião, indicando procedimento cirúrgico de urgência ou emergência? Que conduta devo tomar quando há essa discordância?”

Do Parecer

A Resolução CFM nº 1.363/93 é clara no que tange às obrigações do anestesista e enumera, em seu artigo 1º, a conduta que deve tomar o profissional. É nosso entendimento que a indicação da cirurgia é de competência do cirurgião.

Quanto ao solicitado, temos a referir que sempre há o direito do questionamento com relação à situação ser urgência ou emergência de fato. Neste caso, seria aconselhável discutir previamente a conduta com o cirurgião titular (Resolução CFM nº 1.363/93, art. 1º). No entanto, em última hipótese, não havendo a concordância, cabe referir a norma CFM nº 1.490/98, que determina ser o cirurgião titular o responsável pela composição da equipe médica.

Parecer nº 58/2003

Assunto: Parto Domiciliar

Câmaras Técnicas:
Ginecologia e Obstetrícia,
Pediatria e Perinatologia

Da Consulta

Solicitação, pela Unimed de Porto Alegre, de pronunciamento das Câmaras Técnicas de Ginecologia e Obstetrícia, de Perinatologia e de Pediatria do Cremers, sobre Parto Domiciliar.

Do Parecer

Cumpre-nos informar que promovemos discussão sobre o assunto em reunião conjunta das Câmaras Técnicas de Obstetrícia e Ginecologia, de Perinatologia e de Pediatria do Cremers. Também estiveram representadas, a convite, as Sociedades de Pediatria e de Ginecologia e Obstetrícia deste Estado.

Dessas discussões e de relato do Dr. Sérgio Hofmeister Martins Costa, resultou o parecer a seguir:

Dados científicos atuais, baseados em revisões sistemáticas, estudos bem conduzidos – ensaios clínicos aleatorizados e de caso-controle – permitem afirmar que:

- a) Em gestantes de baixo risco, partos domiciliares atendidos por profissionais treinados (médicos e/ou enfermeiros) têm risco de mortalidade perinatal e sangramento puerperal aumentado, quando comparados com partos hospitalares.
- b) Partos em “Casa do Parto” – em gestantes de baixo risco – comparados com partos hospitalares, mostram menor incidência de cirurgias, menos

uso de analgesia e maior satisfação das parturientes. No entanto, registra-se maior risco de mortalidade perinatal.

c) As instituições que se dispõem a atender parturientes devem garantir no local a presença de:

- médico especialista em Obstetrícia,
- médico especialista em Anestesiologia,
- médico especialista em Pediatria.

Além disso, assegurar condições de realizar cesarianas de urgência.

d) Tais instituições devem também garantir no local ou ter acesso rápido, por convênio, a:

- sangue e hemoderivados,
- centro de terapia intensiva neonatal,
- centro de terapia intensiva de adultos.

e) Todos os esforços dispensados em atenção ao parto devem ser direcionados para aumentar a segurança e a humanização do atendimento. Isso só se obtém, idealmente, em instituições hospitalares.

f) Finalmente, partos planejados fora de uma instituição hospitalar não parecem obedecer aos preceitos éticos, pois aumentam os riscos de morbidade materna, mortalidade perinatal e mortalidade materna.

Parecer nº **84/2004**

**Assunto: Colocação de Prótese em Pacientes
Ortopédicos e Neurológicos**

Câmaras Técnicas:
**Neurologia e Neurocirurgia e
Ortopedia e Traumatologia**

Da Consulta

Apreciação dos pareceres emitidos pela Câmara Técnica de Neurologia e Câmara Técnica de Ortopedia e Traumatologia acerca da colocação de próteses em pacientes ortopédicos e neurológicos, suas indicações e contra-indicações

Do Parecer

Com a análise do assunto sob a óptica da medicina baseada em evidências, concluiu-se que a utilização de próteses em doença degenerativa de coluna é uma opção terapêutica. Não há informações na literatura científica que indiquem essa forma de tratamento como padrão ou linha de referência (Guideline).

Parecer nº **68/2006**

Assunto: Terminalidade da Vida

Câmaras Técnicas:

**Cancerologia, Ética Médica e Bioética,
Medicina Intensiva, Pediatria e Perinatologia**

O objetivo deste documento é criar um ambiente propício para que se adote um conjunto de práticas médicas que atenda aos direitos universais do homem, ao incluir os cuidados médicos para a morte e o morrer.

É preciso que a medicina use de seus recursos para benefício dos pacientes terminais em ambientes intensivos, como forma de dar um sentido mais humano ao fim da vida nesses cenários assistenciais.

Considerando que,

- 1) na sociedade contemporânea, o morrer em ambiente hospitalar está cada vez mais dominante e oneroso,
- 2) na população em geral, e mesmo entre os médicos, existe uma confusão de conceitos sobre o morrer,
- 3) a atuação médica frente ao morrer pode tornar-se muito mais abrangente e generosa,
- 4) se observa uma mudança cultural na sociedade ao adotar novas atitudes frente à terminalidade iminente,
- 5) se faz necessário criar um sentido no processo do morrer nos cenários intensivos,
- 6) há um apelo da comunidade médica e leiga para que se adotem condutas proativas, embasadas no conhecimento científico e ordenamento ético visando a um morrer digno, sereno e livre de intervenções inúteis.

Baseado no acima exposto, o Consenso Multicameral do Cremers resolve sugerir como material a ser encaminhado como anexo da minuta de resolução do CFM sobre a terminalidade da vida o seguinte texto e seus desdobramentos.

Conceitos

Morte encefálica

É a parada total e irreversível de todas as funções encefálicas, incluindo-se os centros vitais do tronco cerebral, condição esta que deve ser claramente evidenciada como resultado de doença estrutural e não metabólica. Esta situação está claramente definida na Resolução CFM nº 1.480/97, em que se destaca:

- a) A morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida, cujos parâmetros clínicos são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia.
- b) Há intervalos mínimos a serem respeitados entre as avaliações clínicas necessárias para a caracterização da morte encefálica, os quais são definidos por faixa etária.
- c) Os exames clínicos devem ser realizados por profissionais diferentes, que não poderão ser integrantes da equipe de remoção e transplante.
- d) Os exames complementares exigidos para a confirmação diagnóstica devem evidenciar a ausência de atividade encefálica elétrica, perfusional ou metabólica.

Paciente terminal

É aquele que, por critérios objetivos, subjetivos e/ou intuitivos, não responde às medidas terapêuticas adotadas, evoluindo progressiva e inexoravelmente para a morte.

A adoção de medidas curativas nesses pacientes não modifica a evolução da enfermidade (tratamento fútil), costumando trazer sofrimento e desconforto ao morrer (distanásia – morte com sofrimento).

Paciente moribundo

Aquele que está prestes a morrer. Paciente agonizante com morte iminente e inevitável. Condição médica na qual o conjunto de disfunções

vitais é de tal magnitude que sua instabilidade fisiológica prenuncia a morte como um evento iminente e está além das possibilidades terapêuticas curativas disponíveis e/ou cabíveis.

Tratamento fútil

Uma intervenção médica é fútil quando é improvável que alcance quaisquer dos objetivos da medicina, ou quando, se vier a alcançar algum objetivo – o alcançar o fará de um modo mínimo ou transitório.

Intervenções que não atendem a quaisquer dos objetivos da medicina, incluindo o objetivo de manter ou recuperar uma função prejudicada são consideradas como tratamento fútil.

Toda a intervenção médica curativa adotada em paciente terminal é considerada como um tratamento fútil, pois, nesta circunstância, por definição, as medidas curativas são ineficazes em atingir os objetivos a que se propõem.

As atitudes médicas frente ao paciente terminal podem variar desde a palição intensiva ao não oferecimento de medidas e até à retirada de suporte considerado vital. Portanto a ênfase dessa assistência deve ser o cuidar, o confortar, o aliviar, o apoiar ao binômio paciente-família em todas as suas dimensões – palição intensiva – evitando o tratamento fútil.

Obstinação terapêutica

Caracteriza-se pelo uso de medidas curativas extraordinárias que não trazem real benefício ao paciente. São assim chamadas as intervenções médicas consideradas inadequadas às reais condições do paciente, porque não são proporcionais aos custos e resultados que se poderia esperar.

Em nossos dias pode bem ser caracterizada pelo conjunto de intervenções médicas de base tecnológica avançada que, sem oferecer uma perspectiva de cura, prolonga o processo de morrer com custo, sem benefícios sequer ao cuidado médico apropriado.

A Obstinação Terapêutica tem como resultante a distanásia. Embora legalmente aceita, a distanásia é uma forma de cuidado médico indesejável em nossa prática diária. Por muitos é vista como uma distorção da cultura

paternalística da formação médica, aliada a uma prática puramente científica do médico, aqui relutante em perceber o doente, mais do que a doença e seu “potencial tratamento”.

Distanásia

Morte lenta e dolorosa, plena de agonia e sofrimento.

Se diz quando a tecnologia médica é empregada para diagnóstico ou tratamento – curativo ou suportivo – sem perspectiva de curar ou melhorar a condição do enfermo. Desse modo se prolonga penosa e inutilmente o processo de agonizar e morrer sem quaisquer benefícios reais ao doente.

Desta forma o processo de morrer em cenários hospitalares pode resultar do emprego da tecnologia médica – na tentativa da cura – sem que se possa alcançá-la, o que resulta em maior sofrimento ao paciente, seus familiares e equipe assistencial. A isto se costuma chamar de Obstinação Terapêutica.

Na atualidade, a Obstinação Terapêutica é rotineiramente praticada em cenários intensivos, pois suas bases legais a favorecem, embora sua base moral a condene. Uma vertente que nutre esse dilema assistencial, entre outras, é o conflito que todo médico enfrenta para atender aos princípios morais seculares do Utilitarismo, que visam ao maior benefício e bem-estar do paciente sob seus cuidados, quando confrontado com o regramento normativo de seu Código Deontológico, cujo princípio filosófico é oposto: “É preciso fazer o certo, o correto – atender ao dever independente dos resultados – a deontologia” (“deonteis” - dever).

Nota-se que a cultura humanística de nossa espécie há muito percebeu que “a morte deve ocorrer no seu tempo”, sem antecipação ou prolongamento desmedidos.

Ensinos atávicos já diziam: “Há um tempo para nascer e um tempo para morrer – um tempo para matar e um tempo para curar” (Eclesiastes. 3:2-3).

A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade, e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza (CEM, Art. 1º), sendo direito do médico recusar a realização de atos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência (CEM Art. 28).

Nesse sentido a Associação Médica Mundial, no ano de 1983, ofereceu importantes diretrizes éticas para o tratamento médico de pacientes terminais na “Declaração de Veneza”: *“O médico deve abster-se de utilizar medidas extraordinárias que não tragam benefícios para o paciente. Ao mesmo tempo, deve fornecer-lhes o cuidado médico necessário para suavizar a fase terminal de sua doença”*.

No Brasil o conjunto normativo jurídico que dispomos ainda pode ser considerado limitado. Uma exceção com maturidade e méritos é a resolução do Conanda – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – que aprovou na íntegra um texto da Sociedade Brasileira de Pediatria:

Resolução 41/1995 assegura ao paciente jovem ou infante, em seu artigo 20, o “direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis”.

Nessa mesma direção parece definir-se o anteprojeto de lei que exclui a suposta ilicitude do que alguns juristas têm chamado de “eutanásia passiva”, normatizando o que se conveniu chamar de ortotanásia no Código Penal brasileiro, matéria esta ainda em tramitação.

“Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do paciente ou, na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão.”

A Medicina é milenar, assim como o homem. Nos dois últimos séculos deixou de ser uma prática especulativa para se tornar uma ciência cada vez mais exata, com um considerável – e às vezes assustador – armamentário tecnológico “duro”. Não bastasse, um negócio amplo, complexo e multifacetado. Ainda assim é preciso que o médico perceba: As pessoas ainda valorizam e se preocupam com a relação médico-paciente.

Eutanásia

Ato de, deliberadamente, terminar com a vida de um paciente, com ou sem seu conhecimento, participação ou anuência, tendo como justificativa suavizar a morte e auxiliar o processo de morrer.

O Código de Ética Médica (CEM, Art 66, 1988) veda ao médico, em qualquer caso, utilizar-se de meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido desse ou de seu responsável legal.

Não se justifica o emprego de expressões “eutanásia passiva” ou “eutanásia ativa”, ou outro qualquer adjetivo ao termo, pelo sentido dúbio que pode trazer. Eutanásia é conceituada como toda intervenção médica que vise fundamentalmente e precipuamente ocasionar a morte de um paciente incurável.

Algumas medidas paliativas podem apresentar o denominado “duplo efeito”. Por exemplo, a infusão de analgésicos opióides em um paciente terminal com múltiplas metástases tem por objetivo precípuo o alívio da dor e a sedação, sendo depressão respiratória um efeito secundário que pode ou não ocorrer. Portanto, esta medida (infusão de opióides) não será considerada eutanásia mesmo que o paciente venha a apresentar parda respiratória, pois o objetivo de sua utilização foi o alívio da dor e analgesia.

Em 1987 a Associação Médica Mundial publicou um documento denominado *Declaração sobre a Eutanásia*, na assembléia de Madrid, onde consta:

"Eutanásia, que é o ato de deliberadamente terminar com a vida de um paciente, mesmo com a solicitação do próprio paciente ou familiares próximos, é eticamente incorreta. Isto não impede que o médico venha a respeitar o desejo de um paciente em permitir o curso natural do processo de morrer quando na fase terminal de uma enfermidade."

Uma referência cuja sintonia cultural permite um espelhamento moral oportuno é a deontologia médica Espanhola onde a Eutanásia está bem distinta da limitação do esforço terapêutico: *"El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de un paciente ni por propia decision, ni cuando o enfermo o sus allegados lo soliciten, ni por ninguna outra exigencia. La Eutanasia u "homicidio por compasión" es contraria a la ética médica"*.

Por outro lado o CEM Espanhol trata com clareza a forma como um dever médico a Limitação do Esforço Terapêutico: *"Em caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a alviar los dolores físicos y morales del paciente, mantiendo em todo lo possible la calidad de uma*

vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles o obstinadas. Asistirá al enfermo hasta el final, con respeto que merece la dignidad de hombre".

Há algumas décadas a Igreja católica já se posicionara a esse respeito quando em 1957, pelo papa Pio XII, admitiu a possibilidade de Limitação do Esforço Terapêutico ao referir-se como aceitável o uso de narcóticos para aliviar a dor de doentes irrecuperáveis, aceitando como efeito secundário a morte.

Nessa mesma linha a Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé em 1980 publicou a *Declaração sobre a Eutanásia* onde condena sua prática, mas reconhece como diferente das situações de recusa à Obstinção Terapêutica, a qual dá igual guarida como já o fizera Pio XII: *"A renúncia de meios extraordinários ou desproporcionados não equivale ao suicídio ou à Eutanásia, exprimindo antes a aceitação da condição humana frente ao morrer"*.

Ordens de não-reanimação (ONR)

Trata-se de uma decisão médica frente a um paciente no qual, em razão de sua particular evolução como enfermo, a parada cérebro-cardio-respiratória é considerada um desenlace natural e esperado da doença e não um evento inesperado ou reversível, não cabendo, portanto, medidas de reanimação.

Um importante aspecto dessa atitude médica é o equilibrado balanço que se faz necessário entre a autonomia do binômio paciente-família e a autonomia do médico frente a decisões dessa natureza. Em nossos hospitais as ONR se constituíram, nos últimos anos, em prática comum. Em geral uma prática médica prudencial, de bom senso e desejada, bem-vinda. Mas, que tem pecado pelo limitado exercício da autonomia dos sujeitos. Na relação médico-paciente, não é incomum que o médico considere seu paciente como incompetente para tomar a melhor decisão a seu favor. Especialmente com pacientes de maior gravidade, com frequência se ignoram as possibilidades reais do paciente-família exercerem sua autonomia, adotando um paternalismo constrangedor e no mais das vezes desnecessário.

Na medicina contemporânea a autonomia tem se revelado a prática do Consentimento Informado, um ato normatizado e estabelecido no Có-

digo Penal Brasileiro. Essa é uma questão que transcende nacionalidades e têm ocupado de modo crescente textos sobre o assunto.

É bem sabido que menos do que 5% dos pacientes mais graves retêm sua condição de decidir sobre o tipo de tratamento a receber no fim de suas vidas. Na verdade uma minoria de pacientes dispõe de decisões antecipadas a serem seguidas por seus familiares e parceiros quando não mais puder decidir junto a seu médico ou equipe. É igualmente verdade que esse é um assunto complicado e difícil de entender, mesmo por equipes assistenciais. O esperado, hoje, é que os hospitais dispusessem para uso regular em suas rotinas assistenciais Protocolos de Reanimação lado a lado com Protocolos de Não-reanimação. Uma prática ordenada no tempo permitiria uma vivência mais humanizada e economicamente mais sustentável dessas medidas e circunstâncias.

Dados recentes da literatura universal apontam que numa hospitalização 78% pacientes terão Ordens de Não-reanimação [ONR], ainda que mais freqüentemente adotadas tão tardiamente quanto nas últimas 24 horas de vida desses pacientes. Ou seja, apenas 22% de pacientes nesses trabalhos recebeu uma Reanimação Cérebro-Cardio-Pulmonar completa.

Nesse sentido é preciso que as ONR sejam adotadas como uma alternativa de tratamento não-fútil, que não resulte em Distanásia. Já em 1974, a American Medical Association tornara-se a primeira organização médica a propor que as ONR fossem formalmente adotadas e como tal registradas nos prontuários médicos. Chamava de modo especial atenção que a Reanimação Cérebro-Cardio-Respiratória não estava indicada em certas situações, tais como de enfermidades terminais e irreversíveis, quando a morte não é considerada como inesperada.

De modo geral a prática médica hospitalar moderna envolve cuidados de equipes assistenciais transdisciplinares. Nesses cenários, não raramente, os pacientes têm suas últimas horas com profissionais que pouco ou nada conhecem de sua história ou de sua família.

Nesse contexto, a esses profissionais substitutos, muitas vezes, cabem as decisões mais difíceis, muitas baseadas apenas em dados de limitada confiança ou abrangência, o que pode resultar em atitudes assistenciais conservadoras – por defesa, receio ou até medo.

Cabe então lembrar que um médico não deve sentir-se compelido a prover tratamento que não esteja medicamente indicado.

Suicídio assistido

Situação na qual o médico provê ao paciente medicamento ou outros recursos sabendo que o mesmo poderá usá-los para cometer suicídio.

No Código Penal brasileiro, apenas o artigo 122 que se refere à indução do suicídio:

Art. 122 induzir ou instigar alguém se suicidar ou prestar-lhe auxílio para que o faça:

Pena – reclusão de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.

É uma prática médica rara mesmo no mundo, não se constituindo em alternativa assistencial na cultura do povo brasileiro e tampouco na Escola Médica Brasileira. Atualmente é uma prática considerada condenável do ponto de vista ético e legal.

Limitação do esforço terapêutico (LET)

Quando o médico, depois de definida a irreversibilidade do processo mórbido, rechaça a Obstinação Terapêutica. Deste modo renuncia ao excesso terapêutico em prol de um melhor cuidado paliativo ao paciente terminal.

É a atitude médica pela qual se evita prolongar uma vida sem possibilidade de ser mantida – considerada fora das possibilidades terapêuticas – ou mesmo recuperada com uma qualidade de viver aceitável e/ou desejável ao binômio paciente-família.

Também refere-se a LET quando o tratamento oferecido ao paciente tem indicação médica em sua real utilidade ao paciente, ainda que não seja curativo e venha para aliviar a dor, o sofrimento ou a mutilação, evitando-se assim a distanásia.

Impressão

GRÁFICA EDITORA
Pallotti
IMAGEM DE QUALIDADE

