

Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul



PARECERES SELECIONADOS Câmaras Técnicas do Cremers

> Volume 2 2008



Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul

PARECERES SELECIONADOS

Câmaras Técnicas do Cremers

Porto Alegre Volume 2 2008 © 2008, Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul Direitos Reservados

Volume 2: 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 **Editoração e Capa**Thiago Pinheiro

Ilustração da Capa

Pessoas aguardando a entrada no posto de socorro - Sir Luke Fildes, 1874

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. – vol. 2. – Porto Alegre : Stampa, 2008. 208 p. ; 21 cm.

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

CDU 614.25

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



Fone: (51) 3023.4866

Av. Get lio Vargas, 774 conj. 402 Site: www.stampadesign.com.br E-mail: stampa@stampadesign.com.br

90150-002 - Porto Alegre/RS



Diretoria

Fevereiro/2007 a Setembro/2008

PRESIDENTE

Marco Antônio Becker

VICE-PRESIDENTE

Cláudio Balduino Souto Franzen

PRIMEIRO-SECRETÁRIO

Fernando Weber Matos

SEGUNDO-SECRETÁRIO

Ismael Maguilnik

TESOUREIRO

Isaias Levy

Conselheiros

Alberi Nascimento Grando | Antônio Celso Koehler Ayub
Carlos Antônio Mascia Gottschall | Céo Paranhos de Lima | Cláudio André Klein
Cleber Ribeiro Álvares da Silva (Amrigs) | Douglas Pedroso | Enio Rotta
Ércio Amaro de Oliveira Filho | Euclídes Viríssimo Santos Pires
Fernando Antônio Lucchese | Flávio José Mombr | Job | Geraldo Druck Sant'Anna
Ibrahim El Ammar | Iseu Milman | Ivan de Mello Chemale | Izaias Ortiz Pinto
Jefferson Pedro Piva | João Pedro Escobar Marques Pereira | José Pedro Lauda
José de Jesus Peixoto Camargo | José Pio Rodrigues Furtado
Luciano Bauer Gröhs | Luiz Augusto Pereira | Magno José Spadari
Marco Antônio Oliveira de Azevedo | Maria L cia da Rocha Oppermann
Marineide Melo Rocha | Mário Antônio Fedrizzi
Martinho Alexandre Reis Álvares da Silva | Moacir Assein Ar s
Newton Monteiro de Barros (Amrigs) | Rogério Wolf de Aguiar
Sílvio Pereira Coelho | Tomaz Barbosa Isolan.

Régis de Freitas Porto – Conselheiro Corregedor Joaquim José Xavier – Conselheiro Subcorregedor Marco Antônio Becker – Conselheiro do CFM – 2004/2009 Cláudio Balduino Souto Franzen – Conselheiro Suplente do CFM – 2004/2009

Introdução

Este é o Volume 2 dos *Pareceres Selecionados*, que divulga assim o dedicado e competente trabalho elaborado por mais de 200 médicos especialistas que compõem as atuais 43 Câmaras Técnicas do Cremers. São 90 pareceres, a maioria de 2007 e do segundo semestre de 2006, mas também vários de anos anteriores, que não haviam sido publicados no volume I.

Os temas tratados por quase todas as Câmaras Técnicas estão incluídos neste volume, assim como no anterior.

Para compor as Câmaras Técnicas, o Cremers tem se apoiado nas indicações dos seus próprios conselheiros, das Sociedades de Especialidades da Amrigs e em Instituições Acadêmicas.

As ações éticas do Cremers, incluindo Resoluções, Sindicâncias e Julgamentos, ficam assim seguramente muito enriquecidas e fundamentadas pelas avaliações técnicas das Câmaras compostas por especialistas de alto nível em suas áreas de atuação.

Temos certeza de que este trabalho conjunto é fundamental para que o Cremers exerça na plenitude sua responsabilidade de vigiar o exercício ético e digno da Medicina.

As Câmaras Técnicas têm caráter consultivo. Seus pareceres são encaminhados ao Coordenador das Câmaras Técnicas que, após avaliação, os encaminha à Diretoria do Cremers para avaliação e aprovação, em caso de concordância. Após esta instância, dependendo de cada caso, o parecer pode gerar uma Resolução, se também aprovado pelo Plenário, ou uma resposta ao consulente. Em qualquer circunstância, fica arquivado no acervo do Cremers.

Dr. Rogério Wolf de Aguiar Coordenador das Câmaras Técnicas Gestão fevereiro de 2007 a setembro de 2008

Sumário

Câmaras Técnicas do Cremers	13
Resoluções do Cremers relativas às Câmaras Técnicas	21
Normas Operacionais	24
Câmara Técnica de Acupuntura	
Tratamento de Revitalização (nº 12/2006)	26
Câmara Técnica de Anestesiologia	
A Presença de Médico Pediatra e Anestesiologista	
na Sala de Parto é Obrigatória? (nº 24/2007)	28
Médico não-anestesista pode fazer anestesia? (n° 36/2007)	30
Utilização de Óxido Nitroso (nº 37/2007)	31
Câmara Técnica de Angiologia e Cirurgia Vascular	
Solicitação de Exames para Cirurgia de Varizes (nº 62/2005)	34
Câmara Técnica de Auditoria em Saúde	
Preenchimento Pelo Médico de Laudos Para Operadoras (nº 02/2007) 3	36
Limites das Coberturas Assistenciais de Um Plano de Saúde (nº 10/2007) 3	38
Questionamento Sobre as Resoluções CFM nº 1614/2001	
e 1819/2007 (nº 61/2007)	39
Câmara Técnica de Cancerologia	
Contrato de Locação de Serviços Médicos (nº 12/2007)	42
Aplicação de Quimioterapia (nº 73/2007)	46

Câmara Técnica de Cardiologia
Interpretação em ECG (nº 67/2006)
Stents Coronarianos de Planos e Seguro-saúde (nº 93/2006) 50
Stent (n° 03/2007)
Câmara Técnica de Cirurgia Geral
Riscos Assistenciais Com Pacientes na Sala de Recuperação (nº 53/2007) 56
Médico Cirurgião com Colostomia (nº 77/2006)
Câmara Técnica de Cirurgia Plástica
Insuflação Subcutânea de CO_2 (nº 40/2007) 60
Envio de Registro Fotográfico Para Autorização de Cirurgia (nº 49/2007) 61
Prática da Intradermoterapia (nº 50/2007)
Câmara Técnica de Cirurgia Torácica
Procedimentos Adotados para Realizar Bronco-fibroscopia (nº 07/2004) 66
Câmara Técnica de Clínica Médica
Riscos Assistenciais Com Pacientes na Sala de Recuperação (n $^\circ$ 64/2007) 68
Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (n° 81/2006) 70
Parecer do Dr. Rubens Silva (nº 85/2005)
Câmara Técnica de Dermatologia
Limpeza de Pele (n $^{\circ}$ 06/2007)
Câmara Técnica de Emergências
Único Plantonista de Plantão (nº 04/2007)
Questionamentos Samu – Portaria 2048/MS/02 (n $^\circ$ 27/2007)
$N^{\underline{\circ}}$ de RH e Equipamentos para Posto de Saúde Funcionarem (nº 39/2006) 82
Análise Manual do Ministério da Saúde –
Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco
no Atendimento de Urgências e Emergências (n $^{\circ}$ 65/2007) 86

Endoc	rinologia e Metabologia
Tratame	ento Hormonal para Transexual (nº 19/2007) 8
Câmar	a Técnica de Ética Médica e Bioética
Consen	ntimento Expresso de Pacientes (nº 31/2007)
Teste d	e Apnéia para Constatação de Morte Encefálica (nº 47/2006) 9
Blocos	de Parafina e Lâminas de Exames
Anatom	nopatológicos (nº 81/2007)
Câmar	a Técnica de Fisiatria
Atestad	los, Laudos e Pareceres (nº 43/2007)
Câmar	a Técnica de Gastroenterologia
Realiza	ção de Endoscopia e Colonoscopia Sem Prévia Consulta Médica
(nº 59/2	2003)
Condut	a Referente Casos Hepatites
e Serviç	ços Epidemiológicos (nº 62/2004)
Equipe	Multiprofissional de Terapia Nutricional (nº 73/2006)
Câmar	a Técnica de Ginecologia e Obstetrícia
A Prese	ença de Médico Pediatra e Anestesiologista na Sala de Parto
é Obrig	gatória? (nº 35/2007)
Gestant	te Menor de 18 Anos em Trabalho de Parto (nº 48/2006)
Mamog	rafias (nº 89/2007)
Câmar	a Técnica de Hematologia
Células	-Tronco (nº 21/2007)
Auto-H	lemoterapia (nº 22/2007)
	sabilidade pela Coleta de Amostra de Sangue (nº 49/2006) 12

Câmara Técnica de Homeopatia
Prescrição Médica com Um Ano de Curso de Homeopatia
(nº 37/2004)
Câmara Técnica de Infectologia
Prescrição de Antibiótico Controlado Não Autorizado
pela CCHI (nº 79/2007)
Uso de Antibiótico nas Unidades Hospitalares (nº 19/2006)
Câmara Técnica de Informática em Saúde
Descarte de Prontuários Clínicos em Papel (nº 64/2006)
Câmara Técnica de Medicina de Família e Comunidade
Preenchimento da Ficha de Notificação DST/AIDS (n° 07/2007) 138
Manipulação de Prontuários Por Agentes Comunitários
de Saúde (nº 54/2007)
Câmara Técnica de Medicina do Trabalho
Nexo Técnico Causal (nº 01/2007)
Atendimento Portaria MS 2572-05 (nº 41/2007)
Emissão de CAT (nº 42/2007)
Notificações de Irregularidades Emitidas pelo CREA (nº 70/2007) 149
Câmara Técnica de Medicina Intensiva
Critérios para Admissão de Pacientes (nº 44/2007)
Câmara Técnica de Nefrologia
Consentimento Informado para Clínica de Nefrologia (nº 58/2007) 156

Câmara Técnica de Neurologia e Neurocirurgia
Responsável pela Cranioplastia (nº 30/2007)
Licitude de Laudo Feito Por Não Médico
(Psicólogo – Doença de Alzheimer) (nº 56/2007)
Indicação de Tratamentos Sobre Caso Exposto (nº 83/2007) 160
Câmara Técnica de Nutrologia
Material Educativo para Bares e Cantinas de Escolas (n $^\circ$ 29/2007) 162
Câmara Técnica de Oftalmologia
Confecção de Lentes de Contato e Óculos de Grau
por Optometristas (n $^{\circ}$ 05/2007)
Terapia Dinâmica (nº 17/2007)
Tratamento Indicado por Optômetra (nº 18/2007)
Procedimentos com Yag Laser (n $^{\circ}$ 30/2006)
Capsulotomia por Yag Laser (n $^{\circ}$ 38/2007)
Utilização de Campo Cirúrgico com Bag (nº 57/2006)
"Teste do Olhinho" (n $^{\circ}$ 57/2007)
Desinfecção da Sala Cirúrgica Oftalmológica (n $^\circ$ 58/2006) 171
Venda de Óculos que Não Contenham Proteção
contra Raios UV (nº 76/2007)
Câmara Técnica de Ortopedia e Traumatologia
Atestados, Laudos e Pareceres (nº 60/2007)
Procedimentos Considerados Experimentais (nº 62/2006)
Prática Ortomolecular (nº 79/2006)
Câmara Técnica de Otorrinolaringologia
Surdez Unilateral (n $^{\circ}$ 45/2007)
Estomatologia (nº 56/2006)

Câmara Técnica de Pediatria A Presença de Médico Pediatra e Anestesiologista na Sala de Parto Câmara Técnica de Perícias Médicas Incapacidade Laborativa e Atestado Médico (nº 09/2007). 186 É Permitida a Presença de Não Médico na Sala Durante Perícia? Câmara Técnica de Pneumologia e Tisiologia Câmara Técnica de Psiquiatria Câmara Técnica de Radiologia Tempo de Trabalho de Médico Responsável Técnico (nº 78/2006)........... 203

Litrotripsia Extracorpórea por Ondas de Choque (nº 95/2006) 206

Câmara Técnica de Urologia

Câmaras Técnicas do Cremers

As Câmaras Técnicas foram instituídas no âmbito da estrutura organizacional do Cremers pela Resolução Cremers nº 04/2000, atendendo à necessidade de posicionamento técnico especializado sobre assuntos específicos da atividade profissional médica. As Câmaras Técnicas têm função consultiva, com a atribuição principal de avaliar e emitir pareceres no âmbito das respectivas especialidades.

O Conselho Regional de Medicina, pela Resolução nº 02/2002, cria a Coordenação Geral das Câmaras Técnicas, composta pelo Presidente, Vice-Presidente e Primeiro-Secretário do Cremers. A Resolução nº 01/2007 altera a Resolução nº 02/2002, e cria o cargo de Coordenador Geral das Câmaras Técnicas, com a finalidade de agilizar a coordenação das diversas Câmaras Técnicas do Cremers.

No intuito de promover maior integração com as entidades associativas, o Cremers tem solicitado às sociedades de especialidades da Amrigs e às instituições de ensino a sugestão de nomes para complementar a composição das Câmaras Técnicas.

Atualmente, encontram-se instituídas 43 Câmaras Técnicas.

Abaixo, destacamos as Câmaras Técnicas em atividades neste Conselho Regional:

CÂMARA TÉCNICA	COORDENAÇÃO	PRES/SEC CT	COMPONENTES
		Dr. Victor Hugo	Dr. Cláudio Luiz Mendes Couto
Acupuntura	Coordenação	Canto da Fonseca	Dr. Sílvio Siqueira Harres
Resolução Cremers 03/02	Geral das Câmaras Técnicas	Dr. Silvio Siqueira	Dr. Victor Hugo Canto da Fonseca
		Harres	Dra. Sandra Regina Severino
			Dr. Ciro Benito Poglia Barbiero
Alergia e	Coordenação		Dr. Gastão Nachtigall
Imunopatologia Resolução Cremers	Geral das Câmaras	Dr. Luiz Antonio Guerra Bernd	Dr. Giovanni Siqueira Di Gesu
03/02	Técnicas	Guerra Berria	Dr. Luiz Antonio Guerra Bernd
			Dr. Regina S. Watanabe Di Gesu
			Dr. Luiz Angelo Bortolon
Anestesiologia	Dr. Martinho		Dr. Fernando Squeff Nora
Resolução Cremers 03/02	Alexandre Reis Álvares da Silva	_	Dr. Márcio Pizzato
			Dr. Marcos Sperb Bicca da Silveira
Angiologia e			Dr. Airton Delduque Frankini
Cirurgia Vascular	Dr. Moacir Assein	Dr. Pedro Pablo	Dr. Clávio Moraes Varela
Resolução Cremers	Arús	Komlós	Dr. Gilberto Gonçalves de Souza
03/02			Dr. Pedro Pablo Komlós
	Coordenação Geral das Câmaras Técnicas	Dr. César Augusto Trinta Weber Dr. Eduardo Dias Lopes	Dr. Antônio Gilberto Cardoso
Auditoria em Saúde			Dr. César Augusto Trinta Weber
Resolução Cremers			Dr. Danilo Gonçalves Coelho
05/04			Dr. Eduardo Dias Lopes
			Dr. Israel Berger
			Dr. Ailzo José da Costa
Cancerologia	Dr. José Pio Rodrigues Furtado		Dr. Hernani Robin Júnior
Resolução Cremers		_	Dr. James Freitas Fleck
03/02			Dr. José Luiz Miranda Guimarães
			Dr. Sérgio Lago
			Dr. Alfeu Roberto Rombaldi
Cardiologia Resolução Cremers 03/02	Dra. Céo Paranhos de Lima	Dr. Roberto Schuster	Dr. Flávio Veras Aquino
		Dr. Flávio Veras Aquino	Dr. João Paulo Zouvi
			Dr. Roberto Schuster
			Dr. Sérgio Vasconcellos Dornelles

CÂMARA TÉCNICA	COORDENAÇÃO	PRES/SEC CT	COMPONENTES
Cirurgia Cardiovascular Resolução Cremers	Dr. Fernando Antonio Lucchese		Dr. Gilberto Venossi Barbosa
			Dr. João Ricardo Michielin Sant'Anna
		Dr. Gilberto Venossi Barbosa	Dr. José Airton Barão Ceratti
03/02	7 (Itoliio Edecilese	Dai 003a	Dr. Rubens Lorentz de Araújo
			Dr. Wagner Michael Pereira
			Dr. Antônio Carlos Weston
Cirurgia Geral	Coordenação		Dr. Jarbas Marinho B. Cavalheiro
Resolução Cremers	Geral das Câmaras	Dr. Luiz Alberto De Carli	Dr. Leandro Totti Cavazzola
11/02	Técnicas	De Carri	Dr. Luiz Alberto De Carli
			Dr. Marcelo Garcia Toneto
Cirurgia Pediátrica	Coordenação		Dr. Januário Vitola
Resolução Cremers	Geral das Câmaras	Dr. João Vicente Bassols	Dr. João Vicente Bassols
03/02	Técnicas	24550.15	Dra. Sandra Fonseca Calefi
	Coordenação Geral das Câmaras Técnicas		Dr. Alexis Lemos Pacheco
Cirurgia Plástica		Dr. José Francisco Wechsler	Dr. Everton F. Oliveira Cezar
Resolução Cremers 03/02			Dr. José Francisco Wechsler
			Dr. Ricardo Oliva Wilhelm
	Coordenação Geral das Câmaras Técnicas	Dr. José de Jesus Peixoto Camargo	Dr. Airton Schneider
Cirurgia Torácica Resolução Cremers			Dr. Alberto Kaemmerer
09/02			Dr. Darcy Ribeiro Pinto Filho
			Dr. Jayme Oliveira Rios
			Dr. Alexandre Moretto
Clínica Médica Resolução Cremers	Dr. Flávio José Mombrú Job	Dr. Édison Pizzato	Dr. Édison Pizzato
07/02			Dr. Jorge Luiz Fregapani
			Dr. Nelson Seligman Roithmann
Coloproctologia Resolução Cremers 07/07	_	-	-
	Coordenação Geral das Câmaras Técnicas	Dra. Miriam Pargendler Peres	Dr. César Bimbi
Dermatologia			Dr. José Carlos Riccardi Guimarães
Resolução Cremers 03/02			Dra. Maria de Lourdes P. Barradas
13,72			Dra. Miriam Pargendler Peres

CÂMARA TÉCNICA	COORDENAÇÃO	PRES/SEC CT	COMPONENTES
			Dr. Antônio Rogério P. Tavares Crespo
Emergências	Coordenação		Dr. Charly Fernando Genro Camargo
Resolução Cremers	Geral das Câmaras	Dr. Luiz Alexandre Alegretti Borges	Dr. João Albino Potrich
09/02	Técnicas	Alegietti borges	Dr. Luiz Alexandre Alegretti Borges
			Dr. Sérgio Luís Amantéa
Endocrinologia e			Dr. Aírton Golbert
Metabologia e	Coordenação Geral das Câmaras		Dr. Marcos Rovinski
Resolução Cremers	Técnicas	_	Dr. Rogério Friedman
03/02			Dr. Sérgio Lerias de Almeida
Ética Médica			Dr. Délio José Kipper
e Bioética	Dr. Luiz Augusto		Dr. Marco Antônio O. de Azevedo
Resolução Cremers	Pereira	_	Dr. Marcos Nestrovski
03/02			Dr. Moacir Assein Arús
			Dr. André Franzen Moll
Fisiatria	Dr. Cláudio Balduíno Souto Franzen	-	Dr. Carlos Alberto Issa Musse
Resolução Cremers			Dra. Luciane Fachin Balbinot
04/02			Dr. Paulo Henrique Gomes Mulazzani
			Dra. Rosane Boger Stelzer
			Dra. Dvora Joveleviths
Gastroenterologia Resolução Cremers	Dr. Ismael Maguilnik	Dr. Sabino Vieira Loguercio	Dr. Jorge Olavo Pitta Pinheiro
03/02			Dr. Luiz Carlos Sperb
			Dr. Sabino Vieira Loguercio
			Dr. João Senger
Geriatria e	Coordenação		Dra. Berenice Maria Werle
Gerontologia Resolução Cremers	Geral das Câmaras	Dr. João Senger	Dra. Marianela Flores de Hekman
11/02	Técnicas		Dr. Paulo Roberto Cardoso Consoni
			Dr. Renato de Oliveira Santos
	Dr. Antônio Celso K. Ayub	_	Dr. Fernando Ferreira Bernd
Ginecologia			Dr. Gustavo Py Gomes da Silveira
e Obstetrícia Resolução Cremers			Dr. João da Rosa Michelon
03/02			Dr. Plínio Vicente Medaglia Filho
			Dr. Sérgio H. de Almeida M. Costa

CÂMARA TÉCNICA	COORDENAÇÃO	PRES/SEC CT	COMPONENTES
Hematologia	Dr. João Pedro	Dr. Ioão Pedro	Dr. Hiram de Azambuja Schuh
Resolução Cremers	Escobar Marques	_	Dra. Inês Guterres
10/02	Pereira		Dra. Lúcia Mariano da Rocha Silla
		Dra. Universina	Dra. Ângela Augusta Lanner Vieira
Homeopatia	Coordenação		Dr. Ben-Hur Cassol Dalla Porta
Resolução Cremers 03/02	Geral das Câmaras Técnicas	Ramos	Dr. Erico Dornelles
			Dra. Universina N. de Oliveira Ramos
			Dr. Breno Riegel Santos
Infectologia			Dr. Eduardo Sprinz
Resolução Cremers	Dr. Cléber Ribeiro Álvares da Silva	Dr. Breno Riegel Santos	Dr. Gabriel Azambuja Narvaez
03/02	7 iivai es da oiiva	Santos	Dra. Giórgia Torresini Ribeiro
			Dra. Marineide Melo Rocha
			Dr. Gerson Martins Pereira
Informática em Saúde	Coordenação Geral das Câmaras Técnicas		Dr. Marcelo Garcia da Rocha
Resolução Cremers 04/02		-	Dr. Paulo Marcelo Zimmer
			Dra. Sandra Abrantes Krug Seabra
Medicina de Família	Coordenação Geral das Câmaras Técnicas	Dr. Sérgio Antônio Sirena	Dr. Aírton Tetelbom Stein
e Comunidade Resolução Cremers			Dr. Francisco Jorge Arsego de Oliveira
07/06			Dr. Sérgio Antônio Sirena
			Dr. Alexandre José Vianna
Medicina Desportiva	Dr. Cláudio Balduíno Souto Franzen	Dr. Alexandre José Vianna	Dra. Cátia Boeira Severo
Resolução Cremers			Dr. Geraldo Gomes da Silveira
03/02			Dr. Luís Fernando Varela Brenes
			Dra. Marta Goldman Feder
			Dr. Antônio Mário de C. Guimarães
Medicina do Trabalho Resolução Cremers 03/02	Dr. Iseu Milman	Dr. Arthur da Motta Lima Netto	Dr. Arthur da Motta Lima Netto
			Dr. Cláudio Schmitt
			Dr. Dirceu Francisco de A. Rodrigues
			Dr. João Alberto Maeso Montes
			Dr. Sérgio Francisco Xavier Costa

CÂMARA TÉCNICA	COORDENAÇÃO	PRES/SEC CT	COMPONENTES
			Dra. Anna Maria Costa Aguiar
Medicina do Tráfego	Coordenação		Dr. Bernardo Avelino Aguiar
Resolução Cremers 08/2007	Geral das Câmaras Técnicas	_	Dr. Renato James Nuch
·			Dr. Trajano Roberto Alfonso Henck
			Dr. Edemar M. Costa Pereira
Medicina Intensiva			Dr. Fernando Suparregui Dias
Resolução Cremers	Dr. Jefferson Pedro Piva	Dr. Jairo Constante B. Othero	Dr. Jairo Constante B. Othero
03/02	1174	D. Guiloi G	Dr. Mauro Luiz Kaufmann
			Dra. Tânia Maria Rohde Maia
			Dra. Clotilde Druck Garcia
Nefrologia	Coordenação Geral das Câmaras		Dr. Domingos Otávio L. D'Ávila
Resolução Cremers 04/02	Técnicas	_	Dr. Ivan Carlos Ferreira Antonello
			Dr. João José Andreuchetti de Freitas
			Dr. Eduardo Beck Paglioli
Neurologia e		,	Dr. Jaderson Costa da Costa
Neurocirurgia Resolução Cremers	Dr. Ivan de Mello Chemale	Dr. Mario Ferreira Coutinho	Dr. Mario Ferreira Coutinho
03/02	Chemale	Coulinio	Dr. Nelson Pires Ferreira
			Dr. Sérgio Roberto Haussen
Nutrologia	Coordenação Geral das Câmaras Técnicas	Dr. Paulo Francisco Henkin	Dra. Elza Daniel de Mello
Resolução Cremers			Dr. Luiz José Varo Duarte
10/02			Dr. Paulo Francisco Henkin
Oftalmologia	Dr. Joaquim José Xavier	-	Dr. Afonso Reichel Pereira
Resolução Cremers			Dr. Marco Antônio M. Oliveira
03/02			Dr. Vitor Saalfeld
Ortopedia e	Dr. Sílvio Pereira Coelho		Dr. Afrane Serdeira
Traumatologia			Dr. Ivo Schmiedt
Resolução Cremers		_	Dr. Isaias Levy
09/02			Dr. Lauro Machado Neto
	Dr. Geraldo Druck Sant'Anna	Dr. Gerson Schulz Maahs	Dr. Alberto Alencar Nudelmann
Otorrinolaringologia			Dra. Berenice Dias Ramos
Resolução Cremers			Dr. Gerson Schulz Maahs
03/02			Dr. José Seligman
			Dr. Marcelo Zanini Correa

CÂMARA TÉCNICA	COORDENAÇÃO	PRES/SEC CT	COMPONENTES	
Pediatria Resolução Cremers 03/02	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 Resolução Cremers 03/06	Coordenação Geral das Câmaras Técnicas	Dr. Nelson Antônio Tombini	Dra. Débora Maria Vargas de Lima	
			Dr. Gerson Petrillo Nunes	
		Dr. Gerson Petrillo Nunes	Dr. Nelson Antônio Tombini	
			Dr. Paulo Ricardo Fabris	
			Dra. Tatiana Della Giustina	
Pneumologia e Tisiologia Resolução Cremers 09/07	Dr. Luciano Bauer Gröhs	Dr. Cláudio André Klein	Dr. Cláudio André Klein	
			Dr. Octávio Madureira Freire	
			Dr. Paulo de Tarso Roth Dalcin	
			Dr. Paulo José Zimermann Teixeira	
Psiquiatria Resolução Cremers 03/02	Dr. Rogério Wolf de Aguiar	Dr. Rudyard Emerson Sordi	Dra. Laís Knijnik	
			Dr. Miguel Abib Adad	
			Dr. Renato Lajus Breda	
			Dr. Rudyard Emerson Sordi	
Radiologia Resolução Cremers 03/02	Coordenação Geral das Câmaras Técnicas	Dr. Flávio Franciosi Aesse	Dr. Antônio Carlos Maciel	
			Dr. Flávio Franciosi Aesse	
			Dr. Paulo César Sanvitto	
Urologia Resolução Cremers 04/02	Coordenação Geral das Câmaras Técnicas		Dr. Alcides Diniz Carvalhal	
			Dr. Carlos Eurico Dornelles Cairoli	
		_	Dr. Isidoro D. Papadopol	
			Dr. Renato Scaletscky	

Resoluções do Cremers relativas às Câmaras Técnicas

Resolução Cremers nº 04/2000

Institui as Câmaras Técnicas no âmbito do Cremers.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958;

Considerando que compete ao Cremers, como órgão supervisor e normatizador do exercício ético-profissional da medicina, zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, para um perfeito desempenho da atividade profissional médica;

Considerando a necessidade de posicionamento técnico especializado sobre assuntos específicos;

Considerando, finalmente, o decidido em Reunião Plenária de 01 de agosto de 2000;

Resolve:

- **Art.** Iº. Instituir as Câmaras Técnicas no âmbito da estrutura organizacional do Cremers:
 - Art. 2º. As Câmaras Técnicas serão instituídas por Resolução;
- **Art. 3º.** As Câmaras Técnicas serão compostas por 3 (três) ou 5 (cinco) membros indicados pela Diretoria, ad referendum do Plenário;
 - Art. 4º. Cada Câmara será coordenada por um Conselheiro;

- **Art. 5.** As sociedades de especialidades médicas poderão indicar nomes de especialistas, para que a Diretoria os escolha para compor as Câmaras Técnicas, de acordo com as necessidades, *ad referendum* do Plenário;
- Art. 6°. São atribuições das Câmaras Técnicas avaliar e emitir pareceres no âmbito da especialidade, restritos aos fatos, sem identificação das partes;

Parágrafo único. As manifestações das Câmaras Técnicas terão caráter opinativo, não sendo vinculativo.

- **Art. 7º.** As Câmaras Técnicas não poderão instruir sindicâncias;
- Art. 8º. A participação nas Câmaras Técnicas é honorífica;
- **Art. 9º.** A solicitação de afastamento como membro da Câmara Técnica dar-se-á por manifestação escrita;
- **Art. 10º.** O conjunto das Câmaras Técnicas será coordenado pelo Presidente do Cremers, ou por sua Delegação;
- Art. I Iº. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário;

Porto Alegre, 01 de agosto de 2000.

Resolução Cremers nº 01/2007

Altera a Resolução Cremers n^2 02/02 - Cria o cargo de Coordenador das Câmaras Técnicas.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei 3268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44045, de 19 de julho de 1958 e Lei nº 11.000, de 165 de dezembro de 2004,

Considerando ser o Cremers o órgão superior do exercício éticoprofissional da Medicina do Estado do Rio Grande do Sul;

Considerando que cabe ao Cremers zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente;

Considerando, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros, realizada em 06.02.2007,

Resolve:

- **Art.** 1º. Criar o cargo de Coordenador das Câmaras Técnicas.
- § I o Coordenador será escolhido pela diretoria entre os Conselheiros do Cremers, 'ad referendum' do Plenário.
 - §2 o Coordenador das Câmaras Técnicas se reportará à Diretoria.
- **Art. 2º.** O Coordenador das Câmaras Técnicas (CCT) terá como atribuições:
- a) Coordenar as Câmaras Técnicas, visando a sua integração com o Corpo de Conselheiros e o intercâmbio entre as mesmas;
- b) Supervisionar o conjunto das atividades e funcionamento das Câmaras Técnicas:
- c) Promover reuniões periódicas entre os coordenadores e membros das CTs, objetivando o seu desenvolvimento;
- d) Indicar o Conselheiro Coordenador de cada Câmara Técnica, 'ad referendum' da Diretoria, podendo substituí-lo, se necessário em caráter precário, para não prejudicar funcionamento da Câmara Técnica;
- e) Sugerir a criação de novas CTs sempre que necessário, encaminhando o expediente à Diretoria;
- f) Encaminhar às Câmaras Técnicas as solicitações referentes a assuntos da especialidade;
- Art. 3º. O Coordenador das Câmaras Técnicas receberá as solicitações de conselheiros, sindicantes, relatores, revisores, corregedores ou pareceristas para encaminhamento às respectivas Câmaras Técnicas. Após análise e aprovação das solicitações, o Coordenador das Câmaras Técnicas as encaminhará à respectiva Câmara e os pareceres serão encaminhados à Diretoria.
- Art. 4º. O Coordenador das Câmaras Técnicas, quando convocado, participará das reuniões de diretoria, em conformidade ao disposto no parágrafo primeiro do art. 70 do Regimento Interno.
- **Art.** 5°. Ficam aprovadas as normas operacionais das Câmaras Técnicas, em anexo.
 - **Art. 6º.** Revogando-se as disposições em contrário. Publique-se. Porto Alegre, 06 de fevereiro de 2007.

Normas Operacionais

Normas Operacionais das Câmaras Técnicas a que se refere o artigo 4° da Resolução Cremers n° 01/2007

- a) cada Câmara Técnica será composta por membros indicados pela Diretoria, ad referendum do Plenário, cabendo ao Coordenador supervisionar o funcionamento da Câmara Técnica;
- b) cada Câmara Técnica terá um Presidente e um Secretário, escolhido pelos seus membros;
- c) as reuniões serão, preferencialmente, mensais e convocadas pelo Presidente da Câmara Técnica que assinará seus expedientes de comum acordo com o Coordenador;
- d) a Câmara Técnica deverá elaborar um cronograma de reuniões, encaminhando-o ao Coordenador das Câmaras Técnicas (CCT). Antes de convocar cada reunião o presidente deverá verificar junto ao CCT a disponibilidade de local e infra-estrutura;
- e) as solicitações das Câmaras Técnicas deverão ser encaminhadas por escrito ao Coordenador das Câmaras Técnicas;
- f) a solicitação de afastamento como membro da Câmara Técnica dar-se-á por manifestação escrita ou ausência, sem justificativa, a três reuniões consecutivas ou cinco reuniões ao ano, quando elas forem mensais;
- g) a proposição de um novo membro para a Câmara Técnica deverá ser encaminhada à Diretoria do Cremers, que poderá aceitá-la *ad referendum* do Plenário;
- h) o desligamento do membro da Câmara Técnica deverá ser comunicado ao Coordenador das Câmaras Técnicas (CCT);
- i) cabe ao Coordenador das Câmaras Técnicas, em conjunto com a diretoria alterar, se necessário, as normas operacionais, bem como resolver casos omissos nestas normas.

Coordenador das Câmaras Técnicas - CCT Endereço Eletrônico: ct@cremers.com.br

Acupuntura

Coordenação: Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes:
Dr. Cláudio Luiz Mendes Couto
Dr. Sílvio Siqueira Harres
Dr. Victor Hugo Canto da Fonseca
Dra. Sandra Regina Severino

Parecer nº 12/2006 Assunto: Tratamento de Revitalização

Da Consulta

Trata-se de questionamento acerca do Tratamento de Revitalização com o uso de medicamentos injetados nos pontos de acupuntura.

Do Parecer

Em relação ao questionamento acima, a Câmara Técnica de Acupuntura faz as seguintes considerações:

- 1. A proposta do uso de medicamento injetável nos pontos de acupuntura não faz parte da teoria e da prática da Acupuntura.
- 2. O tratamento pela acupuntura consiste na estimulação com agulhas de sítios específicos localizados na superfície corporal (pele e tecidos subcutâneos), denominados pontos de acupuntura.
- 3. Este estímulo tem o objetivo de obter resposta analgésica, antiinflamatória e reguladora de funções orgânicas internas. Exerce também um incremento nas capacidades imunitárias e auto-regenerativas dos tecidos.
- 4. A proposta de aplicação de medicamento em pontos de acupuntura não tem embasamento científico atual.
- 5. Os resultados apregoados da terapia proposta, denominada "revitalização", devem ser resultantes do estímulo de agulhamento muito mais do que o efeito das substâncias injetadas. Trabalhos recentes indicam que no tratamento dos pontos-gatilho miofasciais o agulhamento seco, a injeção de anestésico local ou injeção de solução fisiológica apresentam os mesmos resultados, indicando que o efeito obtido se deve ao agulhamento.

Considerando o acima exposto, concluímos que essa prática não pode ser chamada de acupuntura.

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

Parecer nº 24/2007

Assunto: A Presença de Médico Pediatra e Anestesiologista na Sala de Parto é Obrigatória?

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

"Se nos casos de partos normais e cesáreos é obrigatória a presença de médico pediatra; se existe recomendação e/ou normativa que atribui a alguém a iniciativa de chamar tal profissional; e, ainda, se em caso de parto cesáreo é obrigatória a presença de anestesiologista."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Anestesiologia**, formada pelos Senhores Doutores Fernando Squeff Nora, Luiz Ângelo Bortolon, Márcio Pizzato, Marcos Sperb Bicca da Silveira e Martinho Alexandre Reis Álvares da Silva:

"Em resposta ao primeiro questionamento, a Câmara Técnica de Anestesiologia cita a Resolução CFM nº 1.490/98 em seu artigo 1º:

'A composição da equipe cirúrgica é da responsabilidade direta do cirurgião titular e deve ser composta exclusivamente por profissionais de saúde devidamente qualificados.'

O artigo 2º da citada Resolução complementa:

'É imprescindível que o cirurgião titular disponha de recursos humanos e técnicos mínimos satisfatórios para a segurança e eficácia do ato.'

No que tange à presença obrigatória de anestesiologista no parto cesáreo, temos a relatar, baseados na Resolução Cremerj nº 46/93 que dispõe sobre os critérios mínimos para o funcionamento das maternidades, a normativa anexa ao artigo 2º dessa Resolução:

'As unidades de saúde prestadoras de assistência perinatal devem dispor, dentro outros, dos recursos humanos citados a seguir:

I) A equipe médica de assistência à parturiente deve constar de obstetra e seu auxiliar, anestesista e pediatra, ...' além dos demais profissionais listados na referida resolução não citados aqui por não terem sido questionados diretamente.

Esta Câmara Técnica do Cremers já emitiu um Parecer a respeito do tema proposto, datado de 23 de dezembro de 2004, nº 71/2004, que transcrevemos abaixo:

- Qualquer ato médico pode ser exercido por profissional médico legalmente habilitado.
- 2) A realização simultânea de anestesia e cirurgia pelo mesmo profissional é considerada antiética.
- 3) Muito embora não haja lei ou normativa regional específica sobre o tema, parece prática atentatória à Ética Médica a realização de procedimentos diversos da especialidade médica que o profissional representa.

Assim, é entendimento desta Câmara Técnica seguir jurisprudência do Cremerj que determina que cada profissional deve respeitar a área de atuação de sua especialidade, conforme Resolução CFM nº 1.785/06.

Ressalva-se que em casos de extrema urgência com morte iminente da mãe e/ou do concepto o médico titular poderá agir conforme a sua conveniência, tomando as medidas necessárias para o salvamento de ambos, respeitando juízo próprio."

Parecer nº 36/2007 Assunto: Médico Não-Anestesista pode fazer anestesia?

Da Consulta

Trata-se do questionamento: "Gostaria de saber se médicos não anestesistas podem fazer no consultório de anestesia o pré-anestésico de paciente que irá a cirurgia."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Anestesiologia**, formada pelos Senhores Doutores Fernando Squeff Nora, Luiz Ângelo Bortolon, Márcio Pizzato, Marcos Sperb Bicca da Silveira e Martinho Alexandre Reis Álvares da Silva.

"É entendimento da Câmara Técnica de Anestesiologia que, em princípio, qualquer médico devidamente registrado no CRM pode exercer qualquer ato médico.

Do ponto de vista legal, nada impede que um médico não anestesista faça consultas pré-operatórias. No entanto, há que levar em consideração a experiência do profissional anestesiologista para saber avaliar a situação do paciente e indicar a melhor técnica anestésica para o caso, tendo em vista a entrevista direcionada que o anestesista faz para cada paciente."

Parecer nº 37/2007 Assunto: Utilização de Óxido Nitroso

Da Consulta

Trata-se do questionamento:

- 1. "Ao se usar óxido nitroso seria suficiente e seguro a medição simplória através de fluxômetro de gases dispensando-se o monitor analisador dos gases anestésicos expirados?
- 2. A falta do mesmo poderia subtrair a qualidade no atendimento ao paciente cirúrgico podendo até prejudicá-lo?"

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da Câmara Técnica de Anestesiologia, formada pelos Senhores Doutores Fernando Squeff Nora, Luiz Ângelo Bortolon, Márcio Pizzato, Marcos Sperb Bicca da Silveira e Martinho Alexandre Reis Álvares da Silva:

"A Câmara Técnica de Anestesiologia, respondendo aos questionamentos acima, entende que:

- 1. Pela legislação corrente, conforme Resolução CFM nº 1.802/2006, Artigo 3º, aqui transcrito:
 - "Art. 3° Entende-se por condições mínimas de segurança para a prática da anestesia a disponibilidade de:
 - I Monitoração da circulação, incluindo a determinação da pressão arterial e dos batimentos cardíacos, e determinação contínua do ritmo cardíaco, incluindo cardioscopia;
 - II Monitoração contínua da oxigenação do sangue arterial, incluindo a oximetria de pulso;
 - III Monitoração contínua da ventilação, incluindo os teores de gás carbônico exalados nas seguintes situações: anestesia sob via aérea artificial (como intubação traqueal, brônquica ou máscara laríngea) e/ou

ventilação artificial e/ou exposição a agentes capazes de desencadear hipertermia maligna."

Sendo assim, esta CT entende como recomendável o uso de analisador de gases e de agentes anestésicos.

2. Pacientes com patologias cardiopulmonares e traumas (pacientes graves) certamente se beneficiam com a utilização do analisador de gases, conferindo maior segurança ao procedimento."

Angiologia 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

Parecer nº 62/2005 Assunto: Solicitação de Exames para Cirurgia de Varizes

Da Consulta

Trata-se do questionamento acerca da solicitação de exames para cirurgia de varizes.

- 1. O exame ecodoppler deve ser obrigatório antes de uma cirurgia de varizes?
- 2. Quais os exames necessários ou obrigatórios para a realização deste procedimento cirúrgico?

Do Parecer

Em resposta ao primeiro item, a Câmara Técnica de Angiologia e Cirurgia Vascular entende que a Ecografia Vascular com Doppler não é obrigatória no planejamento da cirurgia de varizes nos membros inferiores.

A investigação a ser realizada para cirurgia de varizes depende da apresentação da doença e deve ser individualizada. Uma boa parte dos doentes pode ser operada com base em história e exame físico criteriosos.

Em relação ao segundo questionamento, quando a avaliação clínica evidencia varizes calibrosas (C_2 da Classificação CEAP), podendo existir insuficiência da veia safena magna e/ou parva e/ou perfurantes, é aconselhada a realização da Ecografia Vascular com Doppler no planejamento cirúrgico. Além disso, esse exame pode auxiliar na detecção de dilatações, de segmentos com refluxo das veias safenas e identificar veias perfurantes insuficientes.

Na eventualidade das formas mais graves da Insuficiência Venosa Crônica (C3, 4, 5 ou 6 da Classificação CEAP), podem ser necessários exames adicionais para a perfeita avaliação e acompanhamento da anatomia e gravidade do problema. Os exames mais utilizados nas formas graves, além da Ecografia Vascular com Doppler, são a avaliação das pressões venosas, pletismografia, flebografia ascendente e descendente.

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 02/2007 Assunto: Preenchimento Pelo Médico de Laudos para Operadoras

Da Consulta

Trata-se do seguinte questionamento:

"Há dois meses estava acompanhando um paciente vítima de acidente de motocicleta no hospital quando o mesmo trouxe para preenchimento um formulário de uma Operadora de Saúde sobre todos os ocorridos do trauma, tratamento instituído, seqüelas permanentes, etc. e etc. Costumo preencher sempre esses formulários quando solicitado mas tomam tempo e não se trata de laudo para o INSS mas sim a solicitação de uma empresa privada. Preenchi o laudo demoradamente e o entreguei ao paciente quando ao final surpreendi-me com a colocação do paciente relatando que a Operadora orientou-lhe de dar queixa a polícia caso eu recusasse a preencher tal laudo. Procede? Tenho direito a restituição em honorários médicos por tal preenchimento? Faz parte do tratamento tal preenchimento?"

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Auditoria em Saúde**, formada pelos Senhores Doutores Antônio Gilberto Cardoso, César Augusto Trinta Weber, Danilo Gonçalves Coelho, Eduardo Dias Lopes, Israel Berger:

"A Câmara Técnica de Auditoria em Saúde salienta preliminarmente que com referência à informação dada pelo paciente de que recebera orientação da Operadora para "dar queixa à polícia" em caso de recusa do preenchimento do laudo, parece-nos, S.M.J., tratar-se de querelas paroquiais. Portanto, a procedência de tal informação mereceria processo investigatório detalhado com oitiva e tomada de depoimento formal tanto do paciente quanto da Operadora para um juízo de valor.

Quanto ao mérito, esta Câmara Técnica entende que é direito do paciente receber após o tratamento médico ao qual for submetido, a cópia integral dos documentos - no caso em tela, aqueles que integram o prontuário médico. Ressaltamos que o prontuário médico é absolutamente bem discipli-

nado, quanto ao seu preenchimento, tanto pelo Conselho Federal de Medicina quanto em recente matéria trazida à baila por esta Câmara Técnica (Parecer CJ n° 036/2006), o que significa dizer: conter de forma clara, legível e mais completa possível, todos os eventos presentes no tratamento a que se refere. Cumpridas as exigências legais e éticas do preenchimento do prontuário médico, é entendimento desta Câmara Técnica que poderá o médico assistente, se assim entender, cobrar honorários profissionais para o preenchimento de documentação diversa daquela relativa à assistência médica hospitalar prestada.

O CFM disciplina a matéria em tela, preenchimento pelo médico assistente de formulário para concessão dos benefícios do seguro, pela Resolução CFM nº 1076/81 aqui reproduzida:

6

Resolve:

I – O médico poderá preencher o formulário para concessão dos benefícios dos seguro, desde que tal lhe seja solicitado diretamente pelo paciente ou seus responsáveis, ou em caso de falecimento, a pedido da pessoa beneficiária de seguro de vida ou acidentes pessoais.

2 - O médico pode pela prestação de tal serviço receber a devida remuneração. (grifo nosso)

Ainda, no intuito de melhor esclarecer esta questão, reproduzimos o artigo 112 do CEM:

É vedado ao médico:

"Artigo I I 2 – Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Parágrafo único – O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração dos honorários."

Para não restar dúvidas quanto à interpretação do artigo supra-reproduzido, a pedido desta Câmara Técnica, a Assessoria Jurídica do Cremers, por seu consultor Dr. Cyro Pereira Isolan, assim se manifestou:

"O art. 112 do Código de Ética Médica sempre deve ser observado pelo médico, nunca se furtando a entregar ao paciente, sem custo e quando solicitado, atestado ou relatório dos atos executados.

Todavia, o preenchimento de formulários de seguros privados extrapola os ditames do art. I 12, podendo o médico inclusive cobrar honorários. O que não pode é negar ao paciente um atestado ou relatório dos atos executados."

É o parecer."

Parecer nº 10/2007 Assunto: Limites de Coberturas Assistênciais de um Plano de Saúde

Da Consulta

Trata-se do seguinte questionamento:

"Até que ponto os limites das coberturas assistenciais de um plano de saúde, embasados em conhecimentos técnicos reconhecidos através de princípios da Medicina Baseada em Evidências – MBE, podem ser desrespeitados e (ou) contrariados por médicos que firmam contrato para prestação de serviços com anuência a observância às coberturas do plano. Em nosso entendimento, assim, este comportamento caracteriza quebra das regras do contrato firmado."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Auditoria em Saúde**, formada pelos Senhores Doutores Antônio Gilberto Cardoso, César Augusto Trinta Weber, Danilo Gonçalves Coelho, Eduardo Dias Lopes, Israel Berger:

"A Câmara Técnica de Auditoria em Saúde, por unanimidade, observa que em um Estado de direito e democrático, como o Brasil, as cláusulas contratadas que estabelecem direitos e deveres entre as partes, constituindo instrumento legal entre tais, devem ser cumpridos. Evidentemente, no caso em tela, o contrato entre o plano de saúde e seus prestadores de serviço sujeitar-se-á às normas determinadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, órgão normatizador e fiscalizador do setor de saúde suplementar no país."

Parecer nº 61/2007 Assunto: Questionamento Sobre as Resoluções CFM nº 1614/2001 e 1819/2007

Da Consulta

Trata-se do seguinte questionamento:

"Considerando a resolução **CFM 1.614/2001**, parágrafo terceiro – 'Poderá o médico na função de auditor solicitar por escrito, ao médico assistente, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades', cabenos questionar, para orientação ao grupo médico (auditores, médicos de família e peritos), se esse procedimento quando necessário, não desacata a resolução supra recebida (**CFM nº 1.819/2007**)."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Auditoria em Saúde**, formada pelos Senhores Doutores Antônio Gilberto Cardoso, César Augusto Trinta Weber, Danilo Gonçalves Coelho, Eduardo Dias Lopes, Israel Berger:

"Respondendo ao questionamento acima, a Câmara Técnica de Auditoria em Saúde entende que, na sua unanimidade, não há contradição ou insubordinação entre a Resolução CFM 1.819/2007 e CFM 1.614/2001, com base no que passamos a expor:

- A Resolução CFM 1.614/2001 dispõe sobre o médico no exercício de auditoria, como, por exemplo, o parágrafo 3º do artigo 6º da referida resolução, aqui reproduzido na íntegra: 'Poderá o médico na função de auditor solicitar por escrito, ao médico assistente, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades.'
- Como se pode ver, o CFM em sua Resolução busca disciplinar o exercício profissional do médico nessa área de atuação específica, com o objetivo de atender ao preceituado no Código de Ética Médica.

• Já a Resolução CFM 1.819/2007 regulamenta sob os preceitos éticos do exercício da medicina, no que concerne ao preenchimento das guias de consultas emitidas pelas operadoras de planos de saúde. Em especial, a resolução em tela proíbe "ao médico o preenchimento, nas guias de consulta e solicitação de exames das operadoras de planos de saúde, dos campos referentes à Classificação Internacional de Doenças (CID) e tempo de doença concomitantemente com qualquer outro tipo de identificação do paciente ou qualquer outra informação sobre diagnóstico, haja vista que o sigilo na relação médico-paciente é um direito inalienável do paciente, cabendo ao médico a sua proteção e guarda" (Artigo Iº).

Com efeito, é o entendimento desta Câmara Técnica de Auditoria em Saúde, S.M.J., a inexistência de sobreposição entre as referidas resoluções do Conselho Federal de Medicina aqui analisadas.

Assim, em resposta, não há contradição entre a Resolução CFM 1.614/2001 e 1.819/2007, pois, como resta claro, cada resolução trata de temáticas distintas.

É o parecer."

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 12/2007 Assunto: Contrato de Locação de Serviços Médicos

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

"Ao cumprimentar-lhe, vimos noticiar que esta Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Rio Grande do Sul ingressou, recentemente, com Ação Cautelar contra a Unimed Porto Alegre, substituindo processualmente as Clínicas de Oncologia da Capital.

Esclarecemos que referida extrema medida deveu-se às pretensões da Unimed no sentido de promover alterações unilaterais nos contratos de prestação de serviços/credenciamento mantidos com estas clínicas, mais especificamente no que se refere à forma de remuneração pelos procedimentos e, ainda, por indevida interferência na autonomia profissional.

Como é sabido, os Contratos de Locação de Serviços Médicos - credenciamento - dentre outros pontos, regulam a forma de remuneração pelos serviços prestados pelas clínicas, utilizando como base de remuneração para os medicamentos empregados o denominado fator Brasindice.

Ocorre que, em meados do mês de outubro passado, as clínicas de oncologia da Capital passaram a receber mensagens eletrônicas (e-mails) encaminhadas pela Unimed, através das quais, de forma unilateral, a entidade cooperativa dava ciência da aplicação de uma nova Tabela para remuneração e, adicionalmente, excluía alguns medicamentos de larga, comprovada e eficaz utilização na especialidade.

Referido procedimento, que nada mais é, no nosso entendimento, do que uma limitação da esfera de atuação profissional, restringe a gama de soluções medicamentosas de que atualmente se dispõe, acabando, indevidamente, por promover inequívoca violação à mais ampla autonomia profissional do médico.

Gravíssima seria a circunstância de um profissional médico ser responsabilizado pelo não emprego de método quimioterápico mais recomendado pela medicina baseada em evidências, em função da exclu-

são pretendida pela Unimed, renunciando, destarte, na hipótese, à sua liberdade profissional.

A Fehosul sustenta a tese de que o profissional médico deve ter a sua disposição todas as possibilidades terapêuticas; ou seja, negar acesso a determinados medicamentos, assim como pretendeu fazer a malsinada orientação, felizmente fulminada judicialmente, significa negar ou retardar ao paciente acesso ao tratamento que, segundo indicação de seu médico assistente, lhe é mais favorável.

Ressaltamos que, prévio ao remédio judicial, a Fehosul e a Amrigs, através de seus presidentes, intentaram desenvolver tratativas de negociação, lamentavelmente frustradas por desinteresse explícito da Unimed mencionada.

O pedido liminar, integralmente acolhido pelo Juízo da 8ª Vara Cível da Comarca de Porto Alegre, subdivide-se nos seguintes pleitos:

- Fosse determinado à Unimed que <u>não</u> procedesse qualquer alteração na forma de remuneração dos valores dos medicamentos;
- Fosse determinado à Unimed que se abstivesse de qualquer prática que viesse a interferir nas atividades de terapia antineoplásica, de forma que pudessem as clínicas de oncologia e profissionais médicos se utilizar do melhor tratamento disponível aos seus pacientes, sem qualquer restrição ou imposição de quem quer que fosse;
- Fosse determinado à Unimed que se abstivesse de descredenciar quaisquer das clínicas de oncologia substituídas processualmente, enquanto estiverem em discussão judicial os termos contratuais.

Noticia-se, ainda, que do despacho de deferimento da Liminar, o qual fixou multa diária de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) para o caso de descumprimento, houve a interposição, pela Ré, de Agravo de Instrumento ao Tribunal de Justiça do Estado.

Por decisão do Desembargador Ubirajara Mach de Oliveira, da 6ª Câmara Cível, não foi atribuído efeito suspensivo ao Agravo, razão porque permanece em plena vigência a liminar, na forma como deferida.

A presente notícia tem por fundamento e objetivo dar ciência do fato ao órgão de regulação e fiscalização profissional do médico, assim como propiciar, se for o caso, que o egrégio Conselho analise as eventuais implicações éticas envolvidas no assunto."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Cance- rologia**, formada pelos Senhores Doutores Ailzo José da Costa, Hernani Robin Júnior, James Freitas Fleck, José Luiz Miranda Guimarães, José Pio Furtado e Sérgio Lago.

"Considerando os riscos inerentes à terapia antineoplásica e a necessidade de atendimento imediato e complexo por equipe especializada.

Considerando que os serviços de terapia antineoplásica, públicos ou privados, são regulamentados pela RDC 220 da ANVISA publicada em 21 de setembro de 2004.

Considerando que a equipe multiprofissional de terapia antineoplásica deve ser constituída de, no mínimo, profissional farmacêutico, enfermeiro e médico especialista.

Considerando que a maioria dos serviços também conta com a presença de profissionais de psicologia e nutrição na equipe multiprofissional de terapia antineoplásica.

Considerando que a remuneração de serviços de terapia antineoplásica é composta por honorários médicos, taxas de serviço e valor dos medicamentos.

Considerando que o valor dos medicamentos é regulamentado pela câmara de regulação do mercado de medicamentos criada por medida provisória de 23 de junho de 2003 pelo governo federal.

Considerando que a prestação de serviços médicos às operadoras de saúde suplementar é regulada por contratos.

Considerando que a incorporação de novas tecnologias de terapia antineoplásicas tem elevado significativamente os custos da assistência ao paciente com câncer.

Considerando a tendência das operadoras de saúde de reduzir custos operacionais com medidas administrativas unilaterais.

Considerando que não cabe às operadoras de saúde suplementar regular o exercício profissional do médico.

Considerando que a Amrigs e a Sociedade de Cancerologia do Rio Grande do Sul constituíram comitê científico para avaliar e recomendar novas terapias antineoplásicas.

Considerando o acolhimento de pedido liminar pelo juízo da 8ª Vara Cível da Comarca de Porto Alegre considerando o risco de pre-

juízo a pacientes portadores de câncer causado por alteração unilateral de contrato.

Considerando o dever ético do médico de recomendar o melhor tratamento disponível baseado nas necessidades do paciente, em sua experiência profissional e na análise criteriosa das melhores evidências científicas publicadas e revisadas.

Com base nos considerandos acima, a Câmara Técnica de Cancerologia conclui que há sérias implicações éticas na decisão dos médicos no exercício da direção executiva da Unimed Porto Alegre.

Desta forma, solicitamos a essa Coordenação que sejam tomadas às medidas cabíveis."

Parecer nº 73/2007 Assunto: Aplicação de Quimioterapia

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

- I. "Durante a aplicação da quimioterapia, o oncologista assistente deve permanecer no local para acompanhar o atendimento?
- 2. Quando o oncologista não acompanhar a aplicação do quimioterápico prescrito, cabe honorários médicos previsto na CBHPM? Lembramos que o médico recebe, em todos os casos os honorários pelas consultas inicial e avaliações periódicas."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Cance- rologia**, formada pelos Senhores Doutores Ailzo José da Costa, Hernani Robin Júnior, James Freitas Fleck, José Luiz Miranda Guimarães, José Pio Furtado e Sérgio Lago:

"A Câmara Técnica de Cancerologia, em resposta aos questionamentos acima, entende que:

- I. Sim. A aplicação de quimioterapia deverá ser acompanhada pelo oncologista assistente. Quando o oncologista assistente estiver impedido de acompanhar este procedimento, poderá ser substituído por outro médico habilitado em quimioterapia, por ele delegado.
- 2. Os honorários médicos previstos na CBHPM devem ser creditados ao oncologista assistente, porque a ele cabem a responsabilidade do ato médico e suas conseqüências.

Cardiologia

Coordenação: Dra. Céo Paranhos de Lima

Componentes:

Dr. Alfeu Roberto Rombaldi

Dr. Flávio Veras Aquino

Dr. João Paulo Zouvi

Dr. Roberto Schuster

Dr. Sérgio Vasconcellos Dornelles

Parecer nº 67/2006 Assunto: Interpretação em ECG

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

"Em ambulatório caracterizado por prestar atendimentos de atenção primária à saúde, com o corpo clínico formado basicamente por médicos de família e clínicos gerais, recentemente foi comprado um aparelho de eletrocardiograma e solicitado aos membros do corpo clínico o uso deste.

A gerência do ambulatório providenciou uma capacitação de 04 horas, para habilitação dos médicos daquela instituição de saúde, para utilização do citado aparelho.

Como diariamente é gerada uma demanda de realização de eletrocardiograma, tanto de consultas eletivas como de urgências, o corpo clínico está preocupado com a possível exigência de que seus integrantes realizem as interpretações e laudos de ECG.

O que fazer quando o médico não se sente habilitado a tal interpretações e/ou laudo?"

Do Parecer

Em resposta ao questionamento acima a Câmara Técnica de Cardiologia faz as seguintes considerações:

Considerando que o eletrocardiograma é exame de fácil realização e que granjeou junto às pessoas que procuram o médico fama de ser exame que, se normal, é sinônimo de sanidade do coração, o que está longe de ser verdade;

Considerando que a popularidade do eletrocardiograma e a fácil aquisição de eletrocardiógrafos pelas prefeituras transformou o exame em instrumento político para angariar votos junto ao eleitorado mal informado;

Considerando que, existem prefeituras e outras entidades que entregam aos pacientes eletrocardiogramas sem laudo;

Considerando que nas faculdades de medicina, em sua maioria, são transmitidos apenas conceitos básicos de eletrocardiografia;

Considerando que das diversas especialidades existentes e autorizadas pelo Conselho Federal de Medicina, apenas a Cardiologia tem cursos de eletrocardiografia em que se estudam, além das noções básicas, discussões de caso e aprendizado de eletrocardiografia avançada;

Considerando que eletrocardiograma sempre foi exame considerado da especialidade Cardiologia, constando como tal nas diversas tabelas e listas;

Considerando que Ergometria e Eletrofisiologia Clínica Invasiva são áreas de atuação da Cardiologia, ambas derivadas da eletrocardiografia;

Considerando que mesmo cardiologistas que se dedicam há muitos anos à interpretação de eletrocardiogramas com freqüência enfrentam situações que deles exigem muito cuidado, estudo e discernimento para a confecção de laudos eletrocardiográficos que não resultem em falsos doentes ou que deixem de diagnosticar doenças;

Considerando que o Parecer nº 28/02, de 12 de novembro de 2002, desta Câmara Técnica de Cardiologia afirma:

- "I) 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 e interpretação são atos privativos do médico.
- 3) Na ausência do médico interterpretador, 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 do 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":

Sendo assim emitimos o seguinte Parecer:

- O eletrocardiograma de repouso, como qualquer exame médico, não pode ser dissociado do laudo médico, sendo este parte integrante, sem a qual o exame deixa de ser consistente e perde seu valor ético.
- 2) Solicitação e laudo do eletrocardiograma são atos privativos do médico.
- 3) Para interpretar e emitir laudo de eletrocardiogramas o médico deve estar habilitado junto ao Conselho Regional de Medicina.
- 4) Os cardiologistas registrados no Conselho Regional de Medicina estão habilitados para interpretar e fornecer laudos de eletrocardiogramas.
- 5) As entidades que entregam eletrocardiogramas sem laudo médico devem ser alertadas sobre a impropriedade dessa ação.

Parecer nº 93/2006 Assunto: Stents Coronarianos de Planos de Seguro-Saúde

Da Consulta

"Stents Coronarianos e Operadoras de Planos e Seguro-Saúde."

Do Parecer

Considerando:

- A recorrência com que a Câmara Técnica de Cardiologia desse Conselho tem discutido e se manifestado sobre o tema "Stents Coronarianos e Operadoras de Planos e Seguro-saúde";
- 2. Parecer do Conselho Federal de Medicina número 18, publicado em 09/06/1999, que aborda o tema em tela;
- 3. A posição da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre o mesmo assunto, publicada no Jornal SBC SET/OUT 2005, e que serve de base para esse documento;

A Câmara Técnica de Cardiologia emite as considerações a seguir, que constituem seu posicionamento sobre o tema supracitado.

São cada vez mais numerosas as negativas das operadoras de planos e seguro-saúde a arcar com o custo da implantação de *stents* coronarianos, argumentando que seriam próteses, material comumente não coberto pelos contratos antigos e cuja exclusão seria legalmente permitida para os contratos novos (art. 10, VII, Lei nº 9.656/98).

Nesse particular, a legalidade da conduta das operadoras é bastante duvidosa.

Com relação aos contratos novos, temos que a cobertura dos stents é sempre obrigatória para aqueles planos que incluam segmentação hospitalar.

Dentre os principais fatores que levam a tal conclusão, podemos citar, muito resumidamente, os seguintes:

- a) a doença coronariana obstrutiva, mal cujo combate é auxiliado pela implantação dos *stents*, está relacionada na CID 10, lista das doenças cuja cobertura é legalmente obrigatória para os contratos novos;
- b) se a doença coronariana obstrutiva é de cobertura obrigatória, não se pode validamente limitar os meios disponíveis a seu tratamento sem com isso ferir de morte o objetivo do contrato de plano de saúde, que é a garantia da saúde e bem-estar do contratante;
- c) há divergência acadêmica quanto ao fato de o stent constituir ou não prótese, divergência essa que jamais poderá prejudicar o consumidor final, manifestamente vulnerável em relação à operadora do plano ou seguro-saúde; e
- d) ainda que se admita que o stent coronariano seja prótese, está ele intimamente ligado ao ato "cirúrgico" da angioplastia, e a lei de regulamentação do setor da saúde suplementar apenas admite a exclusão da cobertura de próteses não ligadas ao ato cirúrgico.

Com relação aos chamados "planos antigos", mesmo reconhecendo-se que os eventos cobertos são apenas aqueles contratualmente previstos, dois parâmetros principais podem ser aqui traçados.

Em primeiro lugar, a recusa do plano à cobertura dos stents não pode basear-se em cláusulas de termos genéricos e imprecisos, como aquelas que comumente excluem a cobertura de próteses em geral. É que não se pode exigir do consumidor que tenha conhecimento técnico-científico para discernir claramente os eventos e procedimentos que, por força de uma cláusula como essa, estão excluídos da cobertura de seu plano.

As cláusulas de exclusão de cobertura somente são válidas se redigidas em destaque e de forma clara e precisa, que permita sua fácil compreensão (art. 54, CDC). E, mesmo assim, eventual dúvida sobre seu sentido e alcance – de que é exemplo típico a incerteza sobre se a cláusula excludente de próteses alcança ou não o *stent* coronariano – será sempre interpretada a favor do consumidor (art. 47, CDC).

Estando essa doença coberta, não se poderá validamente limitar quaisquer procedimentos necessários ao seu combate, um dos quais a implantação dos *stents* coronarianos, pois que isso representaria a negação do próprio objetivo da contratação, que é a garantia da saúde e bem-estar do consumidor. Interessante notar que algumas operadoras, ainda que não se neguem a cobrir a implantação dos *stents* convencionais, têm se recusado a arcar com os custos referentes a *stents* mais modernos, naturalmente mais caros, revestidos de fármacos que minimizam a possibilidade de nova obstrução da artéria. Referida conduta é também injustificável e ilícita, pelo mesmo argumento antes delineado: se a doença coronariana obstrutiva está coberta pelo plano, fica a operadora obrigada a arcar com o custo dos procedimentos mais adequados e eficientes ao tratamento desse mal, sejam eles quais forem.

Além disso, a implantação dos novos stents mencionados beneficia teoricamente, em última análise, a própria operadora, eis que reduz as possibilidades de aquele determinado consumidor ter de se submeter, no futuro, a novos procedimentos de desobstrução arterial.

Já é extensa a gama de manifestações judiciais a respeito do tema aqui tratado. E, na esmagadora maioria dos casos, o Judiciário – principalmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul – tem responsabilizado as operadoras pelos custos da implantação dos *stents* coronarianos.

Parecer nº 03/2007
Assunto: Stent

Da Consulta

"Gostaria de saber onde consigo material técnico-científico, que mencione que *stent* não é prótese."

Do Parecer

Respondendo o questionamento acima, a Câmara Técnica de Cardiologia informa que já se posicionou em pareceres anteriores considerando stent coronariano como prótese. Consequentemente não reconhece as fontes que afirmem o contrário.

Cirurgia Geral

Coordenação: Dr. Fernando Antonio Lucchese

Componentes:

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

Parecer nº 53/2007 is com Pacientes

Assunto: Riscos Assistenciais com Pacientes na Sala de Recuperação

Da Consulta

Trata-se do questionamento:

"Preocupado com possíveis riscos assistenciais com pacientes que se encontram na SR de nosso Hospital, acerca de responsabilidade e atendimento de intercorrências clínicas enquanto o paciente nela se encontra, solicito parecer sobre as seguintes situações:

- I. paciente após o procedimento cirúrgico necessita internação ou evolui com complicações, necessitando UTI, que está lotada; este paciente vai para a sala de recuperação e fica aguardando vaga:
- quem deve cuidar das intercorrências clínicas deste paciente?
- pode o anestesista 'dar alta pós-anestésica' pois entende que o paciente se 'recuperou' da anestesia?
- mas os problemas do paciente são clínicos e não há vaga em UTI e nem em enfermaria; o médico assistente que é o responsável durante a internação do paciente é ortopedista ou otorrino (p. exemplo), não tendo condições técnicas que manter cuidados clínicos deste paciente – como proceder?
- <u>pode</u> ou <u>deve</u> o plantonista da sala de emergência avaliar e manter o paciente sob seus cuidados até ter vaga na UTI ou enfermaria?
- <u>deve</u> o paciente ser transferido para outro Hospital ? mas é SUS e ninguém aceita...
- <u>deve</u> o Diretor Técnico solicitar ao Sr Administrador que se contrate médico anestesista ou internista para cuidar destes pacientes na SR?
- o plantonista da UTI não pode ficar cuidando destes pacientes, estando a UTI em outra unidade, correto?
- a propósito, UTI de adultos deve ter, obrigatoriamente, médico intensivista rotineiro ? e, não havendo rotineiro, como proceder?

- 2. cirurgia eletiva que não disponha de auxiliar médico conforme já definido em resoluções do CFM, pode ser suspensa pelo Chefe Médico do BC, com anuência do Diretor Clínico?
- 3. por último, paciente na unidade de internação ou no pronto socorro necessitando de UTI, que está lotada, deve ser transferido do hospital?
- sendo paciente de convênio, é o setor administrativo o responsável para encontrar leito na rede conveniada e transferir o mesmo?
- sendo SUS, deve ser acionado o gestor municipal?
- havendo resistência do gestor municipal, deve a promotoria ser acionada?

Considerando a relevância dos assuntos, peço a gentileza de resposta breve; se possível, com o consenso da equipe da Ouvidoria, pois penso que um parecer unânime terá considerável peso para minhas ações neste nosocômio."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Cirur- gia Geral**, formada pelos Senhores Doutores Antônio Carlos Weston, Jarbas Marinho B. Cavalheiro, Leandro Totti Cavazzola, Luiz Alberto de Carli, Marcelo Garcia Tonetto:

"A Câmara Técnica de Cirurgia Geral, respondendo à pergunta número I, informa que é obrigatória a presença de médico, preferencialmente anestesiologista, na sala de recuperação pós-anestésica, conforme Resolução n° 05/2007 do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul.

Informamos, ainda, que o responsável pela aplicação desta Resolução é o Diretor Técnico da instituição.

Observamos que a Sala de Recuperação deve estar equipada para dar todo o suporte enquanto o paciente aguarda na internação ou UTI.

Respondendo à pergunta de número 2, de acordo com a Resolução do CFM n° 1.490/98, é obrigatória a presença de auxiliar médico, podendo a cirurgia ser suspensa pelo Diretor Técnico, o qual é o responsável por zelar pelo provimento de condições dignas de trabalho e meios indispensáveis à prática médica.

A pergunta de número 3 não diz respeito à área da Cirurgia Geral."

Parecer nº 77/2006 Assunto: Médico Cirurgião com Colostomia

Da Consulta

Trata-se do seguinte questionamento:

"Pode um médico cirurgião exercer suas atividades profissionais, inclusive no Bloco Cirúrgico, sendo portador de colostomias?"

Do Parecer

A Câmara Técnica de Cirurgia Geral entende que não havendo incapacidade laborativa determinada por médico perito e tomando-se os cuidados necessários de antissepsia inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, o parecer é favorável à atuação de médico cirurgião portador de colostomia.

Cirurgia Plástica

Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes:
Dr. Alexis Lemos Pacheco
Dr. Everton F. Oliveira Cezar
Dr. José Francisco Wechsler
Dr. Ricardo Oliva Wilhelm

Parecer nº 40/2007 Assunto: Insuflação Subcutânea de CO₂

Da Consulta

Trata-se dos questionamentos abaixo:

- I. A insuflação subcutânea de CO₂ para fins estéticos através de agulha acoplada a aparelho com vazão e pressão controladas, por exemplo, o Carbex^R é procedimento aceito como eficaz e seguro pela comunidade científica mundial?
- 2. Esse procedimento pode ser legalmente empregado por profissionais não-médicos, como esteticistas?
- 3. Os riscos comuns associados à insuflação de CO₂ no abdômen, como na videolaparoscopia, são compartilhados pela insuflação subcutânea do gás?

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Cirurgia Plástica**, formada pelos Senhores Doutores Alexis Lemos Pacheco, Everton F. Oliveira Cezar, José Francisco Wechsler e Ricardo Oliva Willhelm:

"A Câmara Técnica de Cirurgia Plástica, em resposta aos questionamentos acima, entende que:

- 1. Quanto à insuflação subcutânea de CO₂ não há, até o momento, estudos conclusivos quanto à eficácia e à segurança.
- 2. Tal procedimento não é permitido a profissionais não-médicos.
- 3. Quanto aos riscos associados à insuflação no subcutâneo, não há conhecimento de estudos conclusivos e definitivos.

É o parecer."

Parecer nº 49/2007

Assunto: Envio de Registro Fotográfico para Autorização de Cirurgia

Da Consulta

Trata-se dos questionamentos abaixo:

"Solicito parecer do Cremers a respeito de exigência que alguns planos de saúde, tais como Copesul e SulAmérica, fazem para autorização de cirurgia. Trata-se do 'envio de registro fotográfico' que justifique o código de procedimento solicitado. Minha especialidade é cirurgia plástica e a foto de pré e pós operatório faz parte de documentação do prontuário e como tal não pode ser divulgada desta forma. Não tenho atendido a esta solicitação e as cirurgias não tem sido autorizadas."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Cirurgia Plástica**, formada pelos Senhores Doutores Alexis Lemos Pacheco, Everton F. Oliveira Cezar, José Francisco Wechsler e Ricardo Oliva Willhelm:

"Com relação ao questionamento acima, a Câmara Técnica de Cirurgia Plástica considera que solicitar registros fotográficos é indução a infração do Código de Ética Médica, causando a perda do Sigilo Médico em relação ao paciente."

Parecer nº 50/2007 Assunto: Prática da Intradermoterapia

Da Consulta

Trata-se da consulta abaixo:

"Gostaria de saber qual é o parecer do Cremers quanto à prática da intradermoterapia."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Cirurgia Plástica**, formada pelos Senhores Doutores Alexis Lemos Pacheco, Everton F. Oliveira Cezar, José Francisco Wechsler e Ricardo Oliva Willhelm:

"A Câmara Técnica de Cirurgia Plástica encaminha, em resposta ao questionamento acima, o Parecer nº 30/2002, em anexo a este."

Parecer nº 30/2002

"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 o artigo 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. Parece ser método de massoterapia. Diante disso, a endermologia não é considerada ato médico."

Cirurgia Torácica

Coordenação: Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes:
Dr. Airton Schneider
Dr. Alberto Kaemmerer
Dr. Darcy Ribeiro Pinto Filho
Dr. Jayme Oliveira Rios

Parecer nº 07/04 Assunto: Procedimentos Adotados para Realizar Broco-Fibroscopia

Da Consulta

Trata-se de questionamento acerca de parecer técnico sobre quais os procedimentos a serem adotados na realização de exame de bronco-fibroscopia.

Do Parecer

A Câmara Técnica de Cirurgia Torácica entende que deve ser cobrado, dos procedimentos realizados, o de maior valor.

Clínica Médica

Coordenação: Dr. Flávio José Mombrú Job

Componentes:
Dr. Alexandre Moretto
Dr. Édison Pizzato
Dr. Jorge Luiz Fregapani
Dr. Nelson Seligman Roithmann

Parecer nº 64/2007

Assunto: Riscos Assistenciais com Pacientes na Sala de Recuperação

Da Consulta

Trata-se do questionamento:

"Preocupado com possíveis riscos assistenciais com pacientes que se encontram na SR de nosso Hospital, acerca de responsabilidade e atendimento de intercorrências clínicas enquanto o paciente nela se encontra, solicito parecer sobre as seguintes situações:

- I. paciente após o procedimento cirúrgico necessita internação ou evolui com complicações, necessitando UTI, que está lotada; este paciente vai para a sala de recuperação e fica aguardando vaga:
- quem deve cuidar das intercorrências clínicas deste paciente?
- pode o anestesista 'dar alta pós-anestésica' pois entende que o paciente se 'recuperou' da anestesia?
- mas os problemas do paciente são clínicos e não há vaga em UTI e nem em enfermaria; o médico assistente que é o responsável durante a internação do paciente é ortopedista ou otorrino (p. exemplo), não tendo condições técnicas que manter cuidados clínicos deste paciente – como proceder?
- <u>pode</u> ou <u>deve</u> o plantonista da sala de emergência avaliar e manter o paciente sob seus cuidados até ter vaga na UTI ou enfermaria?
- <u>deve</u> o paciente ser transferido para outro Hospital ? mas é SUS e ninguém aceita...
- <u>deve</u> o Diretor Técnico solicitar ao Sr Administrador que se contrate médico anestesista ou internista para cuidar destes pacientes na SR?
- o plantonista da UTI não pode ficar cuidando destes pacientes, estando a UTI em outra unidade, correto?
- a propósito, UTI de adultos deve ter, obrigatoriamente, médico intensivista rotineiro ? e, não havendo rotineiro, como proceder?
- 2. cirurgia eletiva que não disponha de auxiliar médico conforme já definido em resoluções do CFM, pode ser suspensa pelo Chefe Médico do BC, com anuência do Diretor Clínico?
- 3. por último, paciente na unidade de internação ou no pronto socorro necessitando de UTI, que está lotada, deve ser transferido do hospital?
- sendo paciente de convênio, é o setor administrativo o responsável para encontrar leito na rede conveniada e transferir o mesmo?
- sendo SUS, deve ser acionado o gestor municipal?
- havendo resistência do gestor municipal, deve a promotoria ser acionada?

Considerando a relevância dos assuntos, peço a gentileza de resposta breve; se possível, com o consenso da equipe da Ouvidoria, pois penso que um parecer unânime terá considerável peso para minhas ações neste nosocômio."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Clínica Médica**, formada pelos Senhores Doutores Alexandre Moretto, Edison Pizzato, Flávio José Mombru Job e Jorge Luiz Fregapani:

"A Câmara Técnica de Clínica Médica, respondendo aos questionamentos acima, entende que:

I. O anestesiologista deve observar o paciente até que tenham terminado todos os efeitos relacionados com a anestesia administrada. Para isto, há um setor especial, onde a maioria dos pacientes permanece após a anestesia e as cirurgias – a Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), onde o paciente será observado de maneira contínua. A Sala de Recuperação permite que o paciente fique até que os efeitos dos anestésicos terminem e ele possa ter alta para o quarto ou para casa. Sua pressão arterial, freqüência cardíaca, respiração, nível de consciência e processos dolorosos são observados e tratados em intervalos regulares. O tempo que o paciente fica na Sala de Recuperação Pós-Anestésica tem por finalidade observar a resposta da anestesia em relação ao tratamento instituído. Desta forma, é traçado um esquema eficaz para o combate a qualquer dor no pós-operatório. Na Sala de Recuperação o paciente vai ficar até o médico verificar um quadro de total estabilidade de sua circulação, respiração, nível de consciência e regressão de anestesia.

Alguns pacientes considerados graves, ou submetidos a cirurgias complexas, podem passar pela Sala de Recuperação e ser encaminhados para Centros de Tratamento Intensivo – CTI. O anestesiologista levará o paciente até o CTI onde uma equipe médica fará o seu acompanhamento.

Se a UTI estiver lotada, ouvido o intensivista que tem competência para remanejar pacientes sob seus cuidados, o paciente deverá ficar na SR sob os cuidados do médico plantonista.

Tanto a UTI deve ter seu médico intensivista, como a emergência deve ter o seu médico.

- 2. Cirurgia é ATO MÉDICO, portanto, o auxílio deve ser realizado por médico, devendo ser suspensa pelo Diretor Técnico se assim não ocorrer.
- 3. Se a UTI está lotada e se o paciente necessita de cuidados intensivos, o médico intensivista e o médico assistente devem acionar o Diretor Administrativo e o Diretor Técnico, buscando com isso uma solução para transferir este paciente dentro dos preceitos do Código de Ética Médica (CEM) e conforme Parecer nº 46/2003 do Conselho Federal de Medicina."

Parecer nº 81/2006 Assunto: Equipe Multifuncional de Terapia Nutricional

Da Consulta

Trata-se dos questionamentos abaixo:

- I. Somente a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) pode dar alta ao paciente em terapia nutricional? E, em caso afirmativo, o médico assistente não poderia liberar o paciente da terapia sem o consenso com a equipe?
- 2. Existe uma frequência definida para que o paciente receba visitas da EMTN?
- 3. Para visitar o paciente é necessário solicitação formal à EMTN? Qual a autonomia da EMNT em relação ao médico assistente e ao paciente?
- 4. Caso o médico assistente prescreva uma dieta e o paciente venha a ter complicações que causem sequelas ou mesmo morte, qual a responsabilidade do médico assistente? E do médico da EMTN?
- 5. Pode o médico da EMTN, baseado em protocolos bem definidos, contra-indicar uma dieta enteral ou parenteral, mesmo divergindo do médico assistente? Caso não haja consenso entre o médico assistente e o médico da EMTN em relação à indicação e prescrição da Terapia Nutricional, qual deles deve prevalecer?
- 6. As nutricionistas da EMTN podem prescrever o início da Terapia Nutricional e a sua progressão? Podem prescrever suplementos por via enteral e/ou parenteral?
- 7. Terapia Nutricional é considerada uma urgência? Poderia o paciente ficar dois ou três dias sem receber nenhuma dieta via oral, enteral ou parenteral? Caso, durante um final de semana, o médico assistente deseje iniciar a Terapia Nutricional e não estiver presente nenhum membro da EMTN, o médico assistente pode prescrever?
- 8. Caso os médicos assistente queiram indicar e prescrever a nutrição enteral/parenteral, devem fazer parte da EMTN?
- 9. Existem protocolos da EMTN (desde a indicação, acesso e mesmo alta). Caso estes não tenham sido seguidos pelo médico assistente, de quem é a responsabilidade por qualquer intercorrência que venha a acontecer com o paciente?
- 10. Em caso de gastrostomia já realizada há mais de um mês, havendo necessidade de troca simples da sonda, a quem compete fazê-lo ao médico ou ao enfermeiro?

Do Parecer

A Câmara Técnica de Clínica Médica concorda com as respostas aos quesitos apontados pela Câmara Técnica de Nutrologia, exceto no quesito nº 10, aonde entendemos que a troca de sonda de gastrostomia é um procedimento médico.

- I. Quesito primeiro: Não. A menos que o paciente tenha sido transferido para a EMTN. Quesito segundo: Sim. Pode liberar, se não houve a transferência para a EMTN.
- 2. Caso o paciente seja transferido para atendimento da EMTN, passará a ter visitas diárias.
- 3. Caso o paciente seja atendido por outras especialidades concomitantemente, não haverá restrição de visita à outra especialidade por ele atendido, mas para alteração na prescrição de terapia nutricional, obrigatoriamente, a EMTN deverá ser consultada. Estando o paciente submetido à EMTN, esta terá a total autonomia na área da Terapia Nutricional, mas nas demais especialidades é importante a troca de informações para adequação à prescrição do paciente. Ressalve-se: algo dito em contrário pelas normas do Corpo Clínico do hospital ou se o paciente segue sob responsabilidade do médico assistente não tendo havido a transferência para a EMTN.
- 4. Com pacientes em atendimento pela EMTN, tem esta a autonomia de fazer a prescrição e as suas mudanças necessárias; portanto, o médico assistente de outra especialidade tem a obrigação de comunicar qualquer alteração dietética à EMTN. Esta, por sua vez, poderá acatar ou não. Caso o médico da EMTN tenha autorizado sem consenso da equipe e sem registrar em livro específico de anotação, este será responsável tanto quanto o médico assistente.
- 5. Quesito primeiro: Sim. Entenda-se que o médico da EMTN é o "profissional médico habilitado" para Terapia Nutricional. Quesito segundo: no caso de não haver consenso prevalecerá a conduta do médico assistente, se não houve a transferência do paciente para a EMTN.
- 6. Quesito primeiro: Não. Quesito segundo: Não.
- 7. A questão da urgência depende muito do quadro do paciente e sua patologia. A suspensão ou o retardo do início da Terapia Nutricional poderá prejudicar a boa evolução do paciente neste período de dois ou três dias. Caso esteja oficializada a EMTN, o médico assistente deverá sempre ter contato permanente com o hospital para tais situações; caso não se encontre o médico da EMTN, o médico assistente deverá minimizar riscos com todo o seu conhecimento, a fim de não prejudicar o paciente.
- 8. Não. Observem-se os preceitos do Código de Ética Médica.
- 9. Desde a publicação no D.O. da portaria 272 de 08/04/1998 e da Resolução 63 de 06/07/2000, todas as instituições hospitalares ou em caráter hospitalar que apliquem a TN em seus pacientes deverão fazer constar em seu Corpo Clínico a EMTN devidamente cadastrada na Vigilância Sanitária local. A responsabilidade por quaisquer acontecimentos com os pacientes pela não-instalação da EMTN deverá ser do médico assistente, do Corpo Administrativo e do Diretor Clínico.
- 10. Compete ao médico, já que a troca de sonda é um procedimento médico.

Parecer nº 85/2005 Assunto: Parecer do Dr. Rubens Silva

Da Consulta

Trata-se do seguinte questionamento:

"O parecer do eminente Conselheiro Federal Dr. Rubens dos Santos Silva, 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 que não veda qualquer contribuição que lhe seja benéfica.

Tal opinião é endossada no parecer de autoria do Dr. Cyro Pereira Isolan, 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.

Dermatologia

Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes: Dr. César Bimbi Dr. José Carlos Riccardi Guimarães Dra. Maria de Lourdes P. Barradas Dra. Miriam Pargendler Peres

Parecer nº 06/2007 Assunto: Limpeza de Pele

Da Consulta

Trata-se dos questionamentos abaixo:

- I. A limpeza de pele pode ser considerada um procedimento invasivo da derme, epiderme?
- 2. Profissionais não médicos podem realizar limpeza de pele?

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Dermatologia**, formada pelos Senhores Doutores César Bimbi, José Carlos Riccardi Guimarães, Maria de Lourdes Pereira Barradas e Miriam Pargendler Peres:

- "A limpeza de pele hígida (sã) poderá ser executada por profissional não médico, desde que não provoque soluções de continuidade na pele do paciente.
- 2. A cirurgia da acne e extração de comedões, cistos e outras imperfeições (lesões) da pele somente poderão ser realizadas por médico, preferencialmente, dermatologista."

Emergências

Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes:

Dr. Antônio Rogério P. Tavares Crespo Dr. Charly Fernando Genro Camargo Dr. João Albino Potrich Dr. Luiz Alexandre Alegretti Borges Dr. Sérgio Luís Amantéa

Parecer nº 04/2007 Assunto: Único Plantonista de Plantão

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

"Que conduta o médico deve tomar quando é o único plantonista da emergência de um estabelecimento de saúde e necessita transferir, para outro estabelecimento, um paciente grave?"

Do Parecer

A Câmara Técnica de Emergências informa que:

- A portaria nº 2048/GM de 5 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde, no seu capítulo VI, Transferências e Transporte Inter-Hospitalar, em 3 - Diretrizes Técnicas e 3.1 - Responsabilidades/Atribuições do Serviço/Médico Solicitante, alíneas a, b, c, d, h e j, refere:
- (a) Médico responsável pelo paciente seja ele plantonista, diarista ou o médico assistente, deve realizar as solicitações de transferências à Central de Regulação e realizar contato prévio com o serviço potencialmente receptor;
- (b) Não remover paciente em risco iminente de vida, sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento respiratório, hemodinâmico e outras medidas urgentes específicas para cada caso, estabilizando-o e preparando-o para o transporte;
- (c) Esgotar seus recursos antes de acionar a central de regulação ou outros serviços do sistema loco regional;
- (d) A decisão de transferir um paciente grave é estritamente médica e deve considerar os princípios básicos do transporte, quais sejam: não agravar o estado do paciente, garantir sua estabilidade e garantir transporte com rapidez e segurança;
- (h) A responsabilidade da assistência ao paciente transferido é do médico solicitante, até que o mesmo seja recebido pelo médico da unidade

responsável pelo transporte, nos casos de transferência em viaturas de suporte avançado de vida ou até que o mesmo seja recebido pelo médico do serviço receptor, nos casos de transferência em viaturas de suporte básico de vida ou viaturas de transporte simples. O início da responsabilidade do médico da viatura de transporte ou do médico da unidade receptora não cessa a responsabilidade de indicação e avaliação do profissional da unidade solicitante;

- (j) Nos casos de transporte de pacientes críticos para realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e, caso estes serviços situem-se em clínicas desvinculadas de unidades hospitalares, o suporte avançado de vida será garantido pela equipe da unidade de transporte;
- 2) O Código de Ética Médica, em seus artigos 36 e 37, refere: É vedado ao médico:
- Artigo 36 Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave.
- Artigo 37 Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.

Considerando que um paciente somente pode ser transferido após o primeiro atendimento e já estabilizado, parece desnecessário o acompanhamento de médico durante o transporte de tal paciente, caso isso signifique abandonar o serviço de emergência pelo qual responde, não tendo colega que o substitua.

Por outro lado, considerando que, em alguns casos, a estabilização do paciente pode rapidamente ser perdida, configura-se a situação de "motivo de força maior" a que se refere o Artigo 37 do Código de Ética Médica. Haveria, portanto, nesses casos, a necessidade de presença médica durante o transporte para assegurar a sobrevida do paciente.

Diante disso, e considerando que, antes de tudo, a responsabilidade da assistência ao paciente transferido é do médico solicitante, deve esse profissional acionar o diretor técnico da instituição para que assuma a responsabilidade do transporte ou de substituição do plantão.

Parecer nº 27/2007 Assunto: Questionamento Samu – Portaria 2048/MS/02

Da Consulta

Trata-se dos questionamentos abaixo:

- a) Qual a ação a ser adotada frente aos médicos das emergências dos hospitais que insistem em não observar a Portaria 2.048/MS/02 no que diz respeito ao conceito de "vaga zero" e, portanto, se negam a receber pacientes nas portas de emergência, alegando que não possuem vaga?
- b) Qual a ação a ser adotada frente aos médicos das emergências que ordenam rotineiramente a retenção das macas das ambulâncias do Samu Metropolitano RS, quando o médico regulador atua baseado no conceito de "vaga zero" para encaminhar casos de emergência com gravidade comprovada?
- c) Qual a ação a ser adotada frente aos serviços dominados de "resgate" composto por voluntários (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores) e que atuam sem supervisão técnica em diversos municípios da região metropolitana de Porto Alegre área de ação do Samu Metropolitano RS uma vez que os mesmos afrontam o conteúdo técnico da Portaria 2.048/MS/02, de forma a descumprir a legislação que regula o exercício de uma atividade cuja responsabilidade maior é do médico?
- d) Qual a ação a ser adotada em relação às empresas Concessionárias de Rodovias que insistem em não observar a Portaria 2.048/MS/02, dentre outros aspectos, principalmente no que diz respeito à contratação de médicos reguladores, a partir de liminar obtida na Justiça Federal?

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Emergências**, emitido em reunião realizada no dia 23 de maio, na qual estavam presentes os Senhores Doutores João Albino Potrich e Luiz Alexandre Alegretti Borges:

"A Câmara Técnica de Emergências entende que as questões 'a' e 'b' da consulta em apreciação, por terem a mesma origem, admitem uma resposta conjunta, a seguir apresentada:

Compreendemos que a Resolução CFM nº 1.672/2003 – "Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências" e seu Art. 1º item IV diz – "Antes de decidir a remoção do paciente, fazse necessário realizar contato com o médico receptor ou diretor técnico no hospital de destino, e ter a concordância do(s) mesmo(s)", sendo portanto fundamental a observância desta determinação. Constatamos, geralmente, que há uma divergência de orientação no que se refere à Portaria nº 2.048/02 sobre "vaga zero".

Por outro lado, a Portaria 2048/MS/02 surgiu sem que houvesse uma readequação, um reordenamento da rede básica, postos primários de saúde, pronto atendimentos, hospitais municipais de baixa complexidade para absorver e reter em seus domínios os pacientes de suas localidades (referência/contra-referência). Isto desafogaria as Emergências resolutivas, de alta complexidade, dos grandes hospitais, que estão abarrotadas de pacientes, pois recebem a todo momento pacientes de baixa complexidade por demanda espontânea ou mal direcionados pelo próprio médico regulador, ou quando estabilizados não conseguem ser remetidos de volta para seu hospital de origem.

Hoje os Samus municipal e metropolitano se ressentem da não ampliação da rede hospitalar. Resgatam os pacientes mas deparam com o problema crucial que é para onde levar estes pacientes.

Assim, se é um problema e um grande risco ter um paciente dentro de uma ambulância precisando de cuidados, também o é desestruturar ainda mais uma emergência superlotada, UTI lotada e sem respiradores disponíveis na instituição, o que só agravaria ainda mais a situação do paciente que estaria por vir, bem como dos demais pacientes alocados na Emergência.

Entendemos que nesta situação não se aplica o conceito "vaga zero" e que é responsabilidade do Gestor de Saúde providenciar um local para receber este novo paciente, o que poderia ocorrer na rede privada com a compra de leitos. A retenção da maca é o reflexo da desorganização, da falta de ordenamento do sistema. Assim, deve-se comunicar e responsabilizar a Central Reguladora para não enviar ambulâncias aos locais em que já há superlotação.

- O médico plantonista (receptor) está sempre trabalhando com "fogo cruzado", com dificuldade de administrar a totalidade de pacientes que a ele aportam das mais variadas formas, e incumbi-lo de referenciar pacientes é sobremaneira um procedimento de extrema responsabilidade e na maioria das vezes de difícil decisão e/ou opção pelo "menos grave", e quando está negando a transferência do paciente é por absoluta falta de condições estruturais. Sugerimos que nestes casos não seja atribuída ao médico plantonista a responsabilidade de transferência, mas ao Diretor Técnico.
- c) É do médico a competência técnica de julgar e decidir sobre a gravidade do caso, se o atendimento no local e/ou o transporte deve ser com ou sem a presença do médico. Neste caso, a remoção de acidentados pode ser feita por paramédicos, desde que regulada diretamente ou a distância pelo médico.

Independente do responsável pela prestação do serviço de atendimento pré-hospitalar (Concessionária ou Poder Público), é obrigatória a existência do médico regulador.

Por outro lado, informamos que a Portaria nº 2048, de 05 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde, que trata do Atendimento de Urgências e Emergências, é também referencial para este tema.

O Artigo 1º diz: "Este Regulamento é de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na implantação dos sistemas de urgência e emergência, na avaliação, habilitação e cadastramento de serviços em todas as modalidades assistenciais, sendo extensivo ao setor privado que atue na área de urgência e emergência com ou sem vínculo com a prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde."

O capítulo II da Regulação Médica das Urgências e Emergências, item I, refere que a competência técnica do médico regulador se sintetiza em sua capacidade de "julgar", discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso. E no item 2, estabelece que o setor privado de atendimento pré-hospitalar das urgências e emergências deve contar, obrigatoriamente, com Centrais de Regulação Médica, médicos reguladores e de intervenção, equipe de enfermagem e assistência técnica farmacêutica.

Assim, a empresa deve ser notificada pela Vigilância Sanitária pelo não cumprimento da Portaria 2048, podendo ser cassado o seu direito de atuação e, se houver médico envolvido (responsável) pelo Serviço de

Resgate que não está cumprindo o determinado, deve igualmente ser responsabilizado pelo Cremers.

O CFM na Resolução nº 1.671/03, na normatização da atividade da urgência/emergência na sua fase pré-hospitalar, refere: "É importante frisar e definir que o sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico, assim sua coordenação, regulação e supervisão direta e a distância deve ser efetuada unicamente por médico".

d) Neste item, na ata do dia 01/11/06 da CAT, foi sugerido que se envie uma consulta à Assessoria Jurídica do Estado a fim de que seja viabilizada uma cassação desta liminar. Não temos conhecimento se foi enviado, porém opinamos que seria uma das alternativas, por tratar-se de matéria jurídica.

A Resolução CFM nº 1.671/03 estabelece claramente que o sistema de atendimento pré-hospitalar é um Serviço Médico e, portanto, sua coordenação, regulação e supervisão direta e a distância devem ser efetuadas por médico, com ações que possibilitem a realização de diagnóstico imediato nos agravos ocorridos com a conseqüente terapêutica. O número de unidades a serem constituídas vai depender da população a ser atendida, mantendo uma relação mínima de uma ambulância para cada cem mil habitantes, independente de se tratar de pequenos ou grandes aglomerados urbanos.

Portanto, as Concessionárias de Rodovias devem contratar médicos e enfermeiros para orientar os técnicos de enfermagem. Em caso de não cumprimento desse dispositivo, o Serviço deve ser notificado pela Vigilância Sanitária e pelo Ministério Público.

Já em 2004 a Câmara Técnica de Emergência do Cremers havia emitido um parecer sobre o não cumprimento das Resoluções CFM $\rm n^2~I.67\,I/03$ e Portaria 2.048/MS/02. Em anexo o parecer

É o parecer."

Parecer nº 39/2006

Assunto: Nº de RH e Equipamentos para Postos de Saúde Funcionarem

Da Consulta

Trata-se do seguinte questionamento: Um determinado posto de saúde dispõe dos seguintes recursos:

- 1. 01 médico de plantão 24 horas todos os dias;
- 2. 38 funcionários, sendo, estes, Enfermeiros, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Motoristas de Ambulância, Recepcionista, Vigias e Faxineiras.
- 3. No plantão 24 horas são atendidas somente consultas clínicas, em torno de 2.800/mês.

O serviço de pronto-atendimento 24 horas, nas especialidades de Pediatria, Obstetrícia, Cirurgia e Traumatologia e também os atendimentos de emergências clínicas são terceirizados, sendo realizados no hospital local. A média de atendimentos é distribuída conforme tabela abaixo:

Especialidade (Pronto-Atendimento 24h)	Média de atendimento/mês		
Pediátrico	2000		
Obstétrico	250		
Cirúrgico	400		
Traumatológico	600		
Clínico	3000		

Com base nas informações acima expostas solicitamos que responda aos seguintes quesitos:

- 1. O número de Recursos Humanos (médicos e funcionários) que é aceitável para atender este número de pacientes?
- 2. Quais são os equipamentos mínimos necessários e obrigatórios para um posto de saúde suportar o número de atendimentos?

Com relação à presente consulta, a Câmara Técnica de Emergências informa que a Portaria nº 2048/GM de 05 de novembro de 2002, no seu capítulo III do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, a respeito do atendimento pré-hospitalar fixo da unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências, informa que estas unidades devem funcionar nas 24 horas do dia, estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (MI).

Devem contar, no mínimo, com equipe de saúde composta por médico e enfermeiro nas 24 horas para atendimento contínuo de clínica médica e clínica pediátrica.

Nos casos em que a estrutura locorregional exigir, tomando-se em conta as características epidemiológicas, indicadores de saúde como morbidade e mortalidade, e características da rede assistencial, poderá ser ampliada a equipe, contemplando as áreas de clínica cirúrgica, ortopedia e odontologia de urgência.

Estas Unidades devem contar com suporte ininterrupto de laboratório de patologia clínica de urgência, radiologia, os equipamentos para a atenção às urgências, os medicamentos definidos por esta portaria, leitos de observação de 06 a 24 horas, além de acesso a transporte adequado e ligação com a rede hospitalar através da central de regulação médica de urgências e o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. Nos casos em que tais centrais ainda não estejam estruturadas, a referência hospitalar bem como a retaguarda de ambulâncias de suporte básico, avançado e de transporte deverão ser garantidas mediante pactuação prévia, de caráter municipal ou regional.

A observação de unidades 24 horas não hospitalares de atendimento às urgências em várias localidades do país mostrou ser adequada a seguinte relação entre cobertura populacional/número de atendimentos em 24 horas/número de profissionais médicos por plantão/número de leitos de observação/percentual de pacientes em observação e percentual de encaminhamentos para internação:

PORTE	População da região de cobertura	Número de atendimentos médicos em 24 horas	Número de médicos por plantão	Número de leitos de observação	Percentual pacientes em observação	Percentual encaminhamentos para internação
1	50.000 a 75.000 habitantes	100 pacientes	l pediatra I clínico	6 leitos	10 %	3 %
II	75.000 a 150.000 habitantes	300 pacientes	2 pediatras 2 clínicos	I2 leitos	10 %	3 %
III	150.000 a 250.000 habitantes	450 pacientes	3 pediatras 3 clínicos	18 leitos	10 %	3 %

Estes números e mesmo a composição das equipes poderão variar, de forma complementar, de acordo com a realidade locorregional, tomando-se em conta inclusive a sazonalidade apresentada por alguns tipos de afecções, como, por exemplo, o aumento de demanda de doenças respiratórias verificado na clínica pediátrica e na clínica de adultos/idosos durante o inverno ou o aumento no número de acidentes em estradas nos períodos de férias escolares. Da mesma forma, nas regiões onde a morbimortalidade por causas externas, como violências, traumas e/ou acidentes de trânsito, seja estatisticamente marcante, estando os óbitos por estas causas entre as primeiras causas de mortalidade, as equipes poderão ser acrescidas de médicos cirurgiões gerais e ortopedistas, a critério dos gestores locorregionais.

Na Unidade tipo I, por se tratar de serviço com equipe reduzida, deverá haver sempre um profissional médico adicional de sobreaviso, que possa ser acionado para acompanhamento de pacientes críticos ou com instabilidade cardiorrespiratória, quando estes necessitem ser removidos e não haja serviço pré-hospitalar móvel estruturado.

Além disso, deverão contar, obrigatoriamente, com os seguintes profissionais: coordenador ou gerente, médico clínico geral, médico pediatra, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, técnico de radiologia, auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo e, quando houver laboratório na unidade, também deverão contar com bioquímico, técnico de laboratório e auxiliar de laboratório.

Outros profissionais poderão compor a equipe, de acordo com a definição do gestor local ou gestores locorregionais, como: assistente social, odontólogo, cirurgião geral, ortopedista, ginecologista, motorista, segurança e outros.

A Unidade Tipo I deve contar com os seguintes equipamentos e materiais mínimos necessários:

Estetoscópio adulto/infantil, esfigmomanômetro adulto/infantil, otoscópio com espéculos adulto/infantil, oftalmoscópio, espelho laríngeo, bolsa auto-inflável (ambú) adulto/infantil, desfibrilador com marca-passo externo, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, eletrocardiógrafo, glicosímetro, aspirador de secreção, bomba de infusão com bateria e equipo universal, cilindro de oxigênio portátil e rede canalizada de gases ou torpedo de O2 (de acordo com o porte da unidade), maca com rodas e grades, respirador mecânico adulto/infantil, foco cirúrgico portátil, foco cirúrgico com bateria, negatoscópios nos consultórios, serra de gesso, máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos, cateteres de aspiração, adaptadores para cânulas, cateteres nasais, sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos, luvas de procedimentos, máscara para ressuscitador adulto/infantil, ressuscitadores infantil e adulto com reservatório, cadarços para fixação de cânula, laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas, cânulas orofaríngeas adulto/infantil, 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, 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 dissecção de veias, tamanho 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, eletrodos 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.

Parecer nº 65/2007

Assunto: Análise Manual do Ministério da Saúde – Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no Atendimento de Urgências e Emergências

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

"Análise do Manual do Ministério da Saúde: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no Atendimento de Urgências e Emergências."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Emergências**, formada pelos Senhores Doutores Antônio Rogério P. Tavares Crespo, Charly Fernando Genro Camargo, João Albino Potrich, Luiz Alexandre Alegretti Borges e Sérgio Luis Amantea:

"A Câmara Técnica de Emergência do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, reunida no dia 14 de agosto de 2007 examinou o encaminhamento de consulta do Conselho Federal de Medicina a todos os Conselhos Estaduais, documento firmado pelo 2º Vice-Presidente, Dr. Rafael Dias Marques Nogueira, para posicionamento acerca do Manual do Ministério da Saúde que versa sobre o acolhimento e a classificação de risco no atendimento de urgências e emergências, para viger em todo o território nacional, no sentido de consubstanciar a posição do CFM na Sessão Plenária de 10 de agosto p.p..

Ocorre que tão somente a documentação pertinente chegou a esta Câmara Técnica dois dias antes da data prevista para a Sessão Plenária do CFM. Apesar disso, após exame dos documentos enviados, exaramos parecer semelhante a outros tantos dos demais Conselhos, conforme segue:

A Câmara Técnica de Emergência do Cremers, atendendo à consulta feita pelo CFM, após exame do material enviado a este Conselho Regional, manifesta que o material apresentado como Manual de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no Atendimento de Urgências e Emergências é de baixa qualidade, apresentando, ao longo do seu texto, erros crassos relacionados à questão técnica. No que tange à Avaliação do Risco, leia-se o mesmo que triagem, esta deve ser feita por equipe multiprofissional, com a imprescindível presença do médico. No mesmo sentido é de opinião de que o trabalho de equipe é de inestimável valor, evidentemente, com a preservação da especificidade profissional e respeito à legislação vigente. A proposta é inovadora, mas necessita de profundos reparos na sua construção, particularmente, uma ampla revisão técnica, baseada em novas evidências e definição dos papéis da equipe multiprofissional."

Endocrinologia e Metabologia

Coordenação: Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes:
Dr. Aírton Golbert
Dr. Marcos Rovinski
Dr. Rogério Friedman
Dr. Sérgio Lerias de Almeida

Parecer nº 19/2007 Assunto: Tratamento Hormonal para Transexual

Da Consulta

Trata-se do seguinte questionamento:

• Um médico pode indicar/prescrever tratamento hormonal, para rapaz que se diz transexual e não quer usar hormônios por conta própria?

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Endocrinologia**, formada pelos Senhores Doutores Aírton Golbert, Marcos Rovinski, Rogério Friedman e Sérgio Lerias de Almeida:

"A Câmara Técnica de Endocrinologia informa que o diagnóstico correto deve ser estabelecido com firmeza de preferência de forma multi-disciplinar, inclusive com a participação de psiquiatra.

De posse do diagnóstico médico apropriado e levando em conta o direito e o livre arbítrio do paciente (artigos 48,56,57, e 59 do CEM), o médico poderá indicar terapêutica hormonal, desde que haja acompanhamento em equipe multidisciplinar e que o paciente esteja ampla e satisfatoriamente esclarecido sobre os riscos e objetivos do tratamento (artigo 59 do CEM)."

Ética Médica e Bioética

Coordenação: Dr. Luiz Augusto Pereira

Componentes: Dr. Délio José Kipper Dr. Marco Antônio O. de Azevedo Dr. Marcos Nestrovski Dr. Moacir Assein Arús

Parecer nº 3 I/2007 Assunto: Consentimento Expresso de Pacientes

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

"... solicito informações sobre a existência de norma e/ou orientação referente a exigência de consentimento expresso dos pacientes que se submetem a procedimentos realizados em cursos de extensão, como por exemplo, segundo se tem notícias, o Curso de Extensão em Cirurgia Videopalaroscopia realizado no Hospital Parque Belém."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Ética Médica e Bioética**, formada pelos Senhores Doutores Délio José Kipper, Luiz Augusto Pereira, Marco Antônio O. de Azevedo, Marcos Nestrovski e Moacir Assein Arús:

"A Câmara Técnica de Ética Médica e Bioética, considerando o que rezam os artigos 46 e 48 do Código de Ética Médica e as resoluções sobre pesquisas em seus recursos (Resolução nº 196/96) e do Conselho Federal de Medicina, conclui que:

Iº) Toda atividade de ensino de procedimento médico consiste em procedimento clínico desempenhado por médico habilitado. Assim, para cada procedimento há necessariamente um médico responsável ou assistente do paciente, o qual responde por seus atos profissionais perante o Cremers, devendo esse médico ser membro do corpo clínico do hospital ou da instituição de saúde. Nenhum procedimento médico pode ser executado sem o consentimento do paciente ou, em sua incapacidade, de seu responsável, exceto em situações de iminente risco de vida (artigo 46 do CFM).

- 2º) Assim, compete ao médico assistente informar adequadamente o paciente sobre a indicação e a forma de execução do procedimento, devendo obter dele consentimento inequívoco. Em se tratando de procedimento médico que serve ou é acompanhado por atividade de ensino, é obrigatório que, durante o processo de obtenção do consentimento, o paciente seja disso devidamente informado por seu médico assistente; além disso, ao paciente será informado quais são, dentre os membros da equipe, os médicos em fase de treinamento, e quem é o responsável pelo ato médico de ensino da técnica (também o principal responsável pela execução do próprio procedimento médico). Essa obrigação decorre do fato de que atividades de ensino são igualmente "atos médicos", e todo ato ou procedimento médico é objeto do processo de consentimento livre e esclarecido (É vedado ao médico: "Art. 46 Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo iminente perigo de vida").
- 3º) Embora seja freqüentemente recomendado em nosso meio, não há, todavia, exigência de que o consentimento esclarecido do paciente à realização de procedimento cirúrgico e/ou do ato médico de ensino que eventualmente o acompanhe, seja reproduzido ou expresso em "termo de consentimento" ou qualquer outro documento escrito específico. É suficiente que o processo de consentimento informado ocorra e seja, como tal, referido ou relatado pelo médico assistente (ou, em sua impossibilidade, por seu auxiliar) em folha de prontuário, de modo claro e legível, em momento prévio à realização do ato. "Termos de consentimento" são documentos exigidos para a inclusão de seres humanos como sujeitos em pesquisas na área da saúde (vide Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde). Em atividades clínicas (incluindo a realização de procedimentos cirúrgicos), o que se infere do Código de Ética Médica é que o processo de consentimento deve ser compreendido como parte inerente e inseparável da relação médico-paciente, e, embora recomendado registrá-lo em documento específico, o essencial é que sua ocorrência seja registrada pelo médico no prontuário do paciente (por exemplo, junto às anotações de evolução)."

Parecer nº 47/2006 Assunto: Teste de Apnéia para Constatação de Morte Encefálica

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

Teste de Apnéia para constatação de morte encefálica, conforme determina a Resolução CFM nº 1.480/97.

- I. Como é realizado?
- 2. Por quem é realizado?
- 3. Aspectos legais e éticos relacionados com o referido teste.
- 4. Bibliografia, sobre o assunto, recomendada para leigos.

Do Parecer

Em resposta à consulta, a Câmara Técnica de Ética Médica e Bioética informa:

O que é o Teste da Apnéia e como se faz?

Teste da Apnéia (TA) é o nome dado ao exame clínico realizado em pacientes com suspeita de Morte Encefálica (ME) por apresentarem apnéia, coma aperceptivo de causa conhecida (descartada hipotermia e depressão farmacológica do SNC), e ausência clinicamente comprovada de atividade motora supra-espinal. A comprovação clínica da ausência de atividade supra-espinal é feita por dois exames realizados por médicos diferentes, e deve sempre anteceder a realização do TA. Semiologicamente, deve-se comprovar: o coma aperceptivo, presença de pupilas fixas e arreativas, ausência dos reflexos córneo-palpebral e oculocefálico, bem como ausência às respostas calóricas e do reflexo da tosse.

Os dois exames clínicos que precedem a realização do TA devem ser realizados em intervalos mínimos de: 48 horas, para pacientes de 7 dias a 2 meses incompletos; 24 horas, para pacientes de 2 meses a 1 ano incompleto; 12 horas, para pacientes de 1 ano a 2 anos incompletos; e 6 horas

para pacientes com mais de 2 anos de idade. Crianças menores de 7 dias e prematuros estão excluídos do diagnóstico de ME.

O TA é realizado seguindo-se o seguinte protocolo:

- 1°) Ventila-se o paciente com oxigênio a 100% por 10 minutos;
- 2º) desconecta-se, então, o respirador;
- 3º) Instala-se um cateter traqueal com oxigênio a 6 litros/minuto;
- 4º) observa-se por 10 minutos (ou até a gasometria arterial do paciente indicar uma pCO₂ de 55 mm/Hg ou mais), quando então se reinstala a ventilação mecânica, declarando-se **positivo** o teste caso não sejam observados movimentos respiratórios.

(No doente em coma, o nível sensorial de estímulo para desencadear a respiração é alto; assim, necessita-se uma p CO_2 arterial de até 55 mm/Hg para ativação do Centro Respiratório. No coma, para alcançar-se este nível, é preciso vários minutos. Todavia, completados 10 minutos este nível sempre é alcançado. Assim, decorrido este tempo máximo, podese, com segurança, interromper o teste. Caso, porém, seja possível obter uma gasometria arterial em um tempo menor, se esta indicar uma p CO_2 de 55 mm/Hg ou mais, o teste pode ser interrompido antes de decorridos os 10 minutos.)

Quem pode realizar o teste?

O TA pode ser realizado por qualquer um dos médicos responsáveis pelo atendimento ao paciente em cuidados intensivos (neurologista ou intensivista). Este médico pode ser um dos médicos que realizaram um dos dois exames clínico-neurológicos acima referidos. Todavia, o exame jamais pode ser realizado por membros da equipe de remoção e/ou transplante. Esta Câmara Técnica é da opinião que também não pode realizar o exame médico que atue como membro da equipe de captação de órgãos.

Considerações éticas e legais

Um Teste da Apnéia **positivo** é condição necessária para o diagnóstico de **ME**, porém não é condição *suficiente*. A Resolução CFM nº 1.480/97 exige que se realize, após o seu procedimento, um exame complementar. Em pacientes maiores de dois anos de idade é preciso realizar um exame complementar capaz de demonstrar ou ausência de atividade elétrica ce-

rebral (Exemplo: EEG), ou um exame complementar capaz de demonstrar ausência de atividade metabólica cerebral (exemplo: Cintilografia perfusional do encéfalo), ou um exame capaz de demonstrar ausência de perfusão sangüínea cerebral (exemplo: angiografia cerebral, ou angiorressonância, ou angiotomografia cerebral). Nos pacientes de 1 a 2 anos incompletos, caso se opte por realizar EEG, é preciso repeti-lo após intervalo de 12 horas; em pacientes de 2 meses a 1 ano incompleto, é preciso repeti-lo a intervalos de 24 horas; e, no caso de pacientes de 7 dias a 2 meses, o intervalo entre esses exames deve ser de 48 horas.

Ressalte-se a importância de que os médicos responsáveis pelo diagnóstico de ME não sejam membros das equipes de captação, remoção ou transplante. Busca-se com isso evitar conflitos de interesses, garantindo plena autonomia ao ato médico de diagnóstico da condição de morte encefálica.

Bibliografia recomendada para o leitor – Não há bibliografia específica para leigos. Porém o site da ADOTE (Aliança Brasileira pela Doação e Órgãos e Tecidos – www.adote.org.br) contém informações em linguagem acessível e links úteis de apresentações, incluindo morte encefálica.

Parecer nº 81/2007 Assunto: Blocos de parafina e Lâminas de Exames Anatomopatológicos

Da Consulta

"O Laboratório de Patologia da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, é o fiel depositário dos blocos de parafina e das lâminas de exames anatomopatológicos e citopatológicos que realiza, os quais são propriedade dos pacientes, de acordo com parecer do Conselho Federal de Medicina de nº 27/94 de 29 de dezembro de 1994.

O laboratório tem sido solicitado a ceder blocos de parafina e/ou lâminas de um, alguns ou numerosos pacientes para execução de pesquisas e teses de pós-graduação. Esses trabalhos ocasionam desgastes de proporções variáveis do material diagnóstico e a eventual indisponibilidade do mesmo.

Com freqüência os pacientes necessitam que exames complementares (exemplo: exame imunoistoquímico, receptores hormonais), sejam realizados com base nos blocos de parafina e/ou lâminas cedidos e, ocasionalmente, a representação do tecido lesional é exígua, de forma que o desgaste produzido em função da pesquisa pode inviabilizar estudos diagnósticos posteriores.

Por outro lado, a exigência de autorização de pacientes ou de seus representantes legais, por vezes não localizados, para a cedência de materiais para pesquisas, tem trazido dificuldades a dificuldades a mestrados e doutorados, e queixas no sentido de que pesquisas estejam sendo inibidas ou inviabilizadas.

Em razão do exposto, o Laboratório de Patologia e Micologia da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre solicita, a esse Egrégio Conselho, parecer, sobre:

- 1. Como proceder com relação a pesquisadores, orientadores e comitês de Ética em pesquisa, frente a solicitações de blocos de parafina e/ou lâminas com menos de cinco anos de arquivamento.
- 2. A autorização expressa do paciente para o uso do seu material em tese de mestrado e doutorado, ou em outras pesquisas, deve ser exigida sempre?

3. Qual o período máximo de guarda e preservação do material dos arquivos do laboratório e após este período, qual a conduta a ser assumida pelo mesmo com relação aos blocos e lâminas arquivadas?"

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Ética Médica e Bioética**, formada pelos Senhores Doutores Délio José Kipper, Luiz Augusto Pereira, Marco Antônio O. de Azevedo, Marcos Nestrovski e Moacir Assein Arús:

"Trata-se de consulta instigante, dada a utilização cada vez mais freqüente de técnicas diagnósticas que empregam a biologia molecular em anatomia patológica.

Assim, além do procedimento mais simples do laboratório de anatomia patológica - a análise histopatológica de uma biópsia – realizam-se testes adicionais como a imuno-histoquímica, a hibridização in situ (cromogênica ou fluorescente), a microscopia a laser, a técnica de Tissue Micro-Array, cDNA microarray, etc. (1).

O avanço tecnológico permitiu o armazenamento de amostras biológicas por um tempo superior (2), o que tem criado a possibilidade de pesquisas retrospectivas.

Amostras de tecidos humanos são retiradas diariamente para análise e, após fixados em formol, são incluídas em parafina e armazenadas em laboratórios de patologia. Tais espécimes além de sua finalidade precípua – o diagnóstico -, são importante contingente de material biológico para pesquisa. Fernandes, J. V. et al (3) citou que espécimes arquivadas por mais de 40 anos foram analisadas com sucesso pela técnica de PCR (polymerase chain reaction).

O interesse em manter-se estocado o material biológico em blocos de parafina foi inicialmente assistencial, ou seja, para o diagnóstico de determinadas patologias, para eventual complementação diagnóstica e para revisão diagnóstica (segunda opinião). Secundariamente surgiu o interesse de pesquisa. À medida que desaparece o interesse assistencial, passa a predominar o de pesquisa.

Em artigo sobre Bancos de DNA, Ursula Matte e José Roberto Goldin (4) diferenciam os Bancos de Material Genético em quatro tipos:

I. Bancos de Pesquisa, formados por DNA obtido de pessoas, de famílias ou mesmo de populações inteiras de portadores de uma determinada doença genética. Exemplo: Banco Nacional de DNA de pacientes com câncer de mama (Fiocruz).

- 2. Bancos de Diagnósticos, formados por DNA de pacientes e seus familiares suspeitos de determinada doença.
- 3. Bancos de DNA com objetivo forense, ou seja, para permitir, por exemplo, a identificação de uma pessoa, por comparação com o padrão estocado.
- 4. Bancos de Material Genético, formados por quaisquer coleções de tecidos. Incluem-se, aí, blocos de parafina com tecido para exame anatomopatológico, células ou tecidos em cultura, bancos de sangue, etc.

Os mesmos autores chamam a atenção para o fato de que a armazenagem das amostras por longo tempo, associada ao desenvolvimento de novas técnicas de pesquisa, pode levar ao surgimento de respostas para questões não previstas quando da obtenção do material biológico.

A revisão de pareceres e resoluções de CRMs e CFM sobre o tempo de arquivamento dos blocos de parafina e/ou lâminas mostra que o mesmo é de 5 (cinco) anos (**5,6,7,8,9**). Findo este prazo mínimo, as lâminas e os blocos de parafina podem ser destruídos (**7**). Os laudos fazem parte do prontuário do paciente e devem ser guardados indefinidamente. Já a Resolução 347/05, de 13 de janeiro de 2005, do Conselho Nacional de Saúde (**10**), que trata de projetos com uso ou armazenamento de materiais biológicos, refere, em seu Art. 3º, que:

"O armazenamento poderá ser autorizado pelo período de 5 anos, quando houver aprovação do projeto pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) e, quando for o caso, pela Conep (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), podendo haver renovação mediante solicitação da instituição depositária, acompanhada de justificativa e relatório das atividades de pesquisa desenvolvidas com o material."

Com o exposto, o material é estocado até cinco anos tendo em vista a prioridade assistencial. Após é descartável e pode, então, ser usado para pesquisa.

A Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, expediu a Resolução Normativa 02/97, que trata da Utilização de Material Descartado em Projetos de Pesquisa (11), que é fundamentada na Resolução CNS 196/96 (item III.3.t das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos) e a Diretriz 9 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS 1993).

Esta Resolução do HCPA, os Pareceres dos Conselhos Regionais de Medicina, as Resoluções do Conselho Federal de Medicina citados e a literatura internacional consultada (12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19) apontam que problemas éticos relativos ao uso de material biológico estocado referem-se às seguintes questões: confidencialidade, consentimento livre e esclarecido, comercialização e qualidade da pesquisa. Os autores chamam a atenção no sentido de que estes quatro fatores devem ser considerados, sempre que forem elaboradas diretrizes para regulamentar a pesquisa em Bancos de Tecidos.

Goldim, em seu artigo "Pesquisa em Materiais Biológicos" (20), admite que pode-se prescindir do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* "quando o pesquisador acessa um banco de material biológico estocado (blocos de parafina, lâminas, entre outros) ou materiais biológicos que seriam descartados após terem sido utilizados para fins diagnósticos".

A Prof^a. Dra. Eliane S. Azevedo, médica, em entrevista à *Revista Brasileira de Patologia Oral* (21), respondeu a duas perguntas que interessam diretamente a esta consulta. Transcrevo, ipsis litteris, perguntas e respostas, porque esclarecedoras:

- "4- O que recomenda um comitê de ética em pesquisa para pesquisadores que pretendam desenvolver pesquisas com material de arquivo (emblocado em parafina, por exemplo?)
- 5- Ainda sobre a questão anterior, como proceder com o material de arquivo que não tem consentimento *livre* e esclarecido e não é possível localizar o paciente do qual este material foi removido (por mudança de endereço ou morte, por exemplo)?

Um bom princípio geral é ter sempre em mente que tudo que provém de uma pessoa é sua propriedade, por direito legal e moral. Nenhum pesquisador pode, para fins de sua pesquisa, lesar partes do corpo de uma pessoa, resultados de exames ou outro tipo de informação (dados de anamnese, entrevistas, etc.), sem a devida autorização da pessoa proprietária. Esse princípio é um dos mais tradicionais em ética da pesquisa em seres humanos (Código de Nuremberg, 1948). Assim, sempre que possível, a pessoa do material emblocado deve ser adequadamente consultada através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (vide cap. IV da Res. CNS 196/96). Não sendo possível localizar essa pessoa, o pesquisador deverá justificar essa situação ao encaminhar seu projeto ao CEP (Comitê de Ética em Pesquisa). Porém, deverá identificar a pessoa na instituição responsável pela guarda dos blocos de parafina e anexar sua autorização específica para

uso desse material naquela pesquisa. A guarda de material biológico humano deve sempre ser feita em Bancos de Material Biológico criados pela própria instituição, departamento ou serviço. Infelizmente não temos no Brasil essa tradição. Muitas vezes é o próprio pesquisador que mantém, individualmente, a guarda do material que ele coletou. Dentes, por exemplo. Sugere-se que bancos de material Biológico sejam criados, com regimento interno para funcionamento, definição de responsáveis e critérios para liberação de material de pesquisa.

A Resolução 347/06 do Conselho Nacional de Saúde – MS trata especificamente sobre essa matéria e deve ser consultada para melhores esclarecimentos.

Ao tratar do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP (22) assim se expressa:

"13. Quando a pesquisa coletar material humano que ficará armazenado, deverá constar no TCLE essa condição, informando aos sujeitos da pesquisa que esse material poderá ser reutilizado em futuras pesquisas, mas para isso será apresentado ao CEP um novo projeto de pesquisa com um novo TCLE." Mais adiante, há, somente para estudo retrospectivo, uma "solicitação de dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido", com justificativa plausível que deve ser apresentada para que o CEP autorize. No rodapé da solicitação há uma observação, em negrito:

"OBS.: Este documento não dispensa a aplicação do TCLE em pacientes em acompanhamento."

Devemos lembrar, ainda, o Código de Etica Médica, que em seus artigos 123, 125 e 127 estabelece que:

"É vedado ao médico:

- **Art. 123.** Realizar pesquisa em ser humano sem que este tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido sobre a natureza e conseqüências da pesquisa.
- **Art. 125.** Promover pesquisa médica na comunidade sem o conhecimento dessa coletividade e sem que o objetivo seja a proteção da saúde pública, respeitadas as características locais.
- **Art. 127.** Realizar pesquisa médica em ser humano sem submeter o protocolo à aprovação e acompanhamento de comissão isenta de qualquer dependência em relação ao pesquisador.

Feitas estas considerações, passamos a responder às perguntas dos Doutores Geraldo Geyer e Rui Luzzatto:

- I. Como proceder com relação a pesquisadores, orientadores e Comitês de Ética em Pesquisa, frente a solicitações de blocos de parafina e/ou lâminas com menos de cinco anos de arquivamento?
- Os blocos de parafina e lâminas arquivadas no Laboratório/Serviço de Anatomia e Patologia são de propriedade do paciente. O laboratório/ serviço é o guardador do material.
- Até cinco anos de arquivamento tal material tem por prioridade o diagnóstico, a complementação diagnóstica e a eventual revisão diagnóstica (segunda opinião). Como, em geral, o paciente continua em acompanhamento, a utilização do material para pesquisa depende da autorização do mesmo (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Deve, ainda, o responsável pelo laboratório/serviço considerar, em cada caso, a possível necessidade assistencial de novos exames e a existência de material em quantidade para atender a tal necessidade.
- Os projetos de pesquisa em material biológico humano estocado devem ter, obrigatoriamente, a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição e a concordância expressa da chefia do laboratório/serviço, responsável pela guarda do material e a salvaguarda da identidade do doador.
- 2. A autorização expressa do paciente para o uso do seu material em tese de mestrado e doutorado, ou em outras pesquisas, deve ser exigida sempre?
- O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve ser obrigatório sempre que o paciente estiver em acompanhamento na Instituição e no período menor de cinco anos de arquivamento.
- Estudos retrospectivos podem prescindir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em face de autorização de dispensa do mesmo pelo Comitê de Ética em Pesquisa, face a justificativa plausível apresentada pelo pesquisador.
- Como os blocos de parafina e as lâminas podem ser descartados após cinco anos, esta é uma situação em que o TCLE pode ser dispensado.

- O uso do material contido em blocos de parafina e lâminas exige mecanismos que assegurem o sigilo e a confidencialidade.
- O uso de codificação do material é aconselhável, pois o dono do mesmo poderá ser informado, caso algum resultado da pesquisa possa vir a beneficiá-lo.
- 3. Qual o período máximo de guarda e preservação do material dos arquivos do laboratório e após este período, qual a conduta a ser assumida pelo mesmo com relação aos blocos e lâminas arquivadas?
- O período mínimo de guarda e preservação do material biológico arquivado no laboratório/serviço de patologia é de cinco anos. Após este período, os blocos de parafina e lâminas podem ser descartados.
- Os laudos relativos a este material fazem parte do prontuário do paciente e devem ser guardados indefinidamente.
- Não há impedimento ético ou legal a que o material biológico em questão seja arquivado por mais de cinco anos, em face de interesses de pesquisa, por exemplo.

É o parecer, S.M.J.

Referências Bibliográficas:

- I. Anatomia Patológica, in Hospital A. C. Camargo http://www.hcanc.org.br/index.php?page=26
- 2. Rial-Sebbag E.: Conditions for using human biological samples in scientific research: legal and ethical frameworks, Faculté de Médecine, Plate-forme Génétique et Société, Génopole Midi-Pyrénées, Toulouse, France, http://www.ncbi.nlm.nih.gov
- 3. Fernandes, José Veríssimo; Meissner, Rosely de Vasconcellos; Fernandes, Thales Allyrio Araújo de; Rocha, Luiz Reginaldo Menezes; Cabral, Maulori Curie; Villa, Luisa Lina. J. Bras. Patol. Med. Lab. Vol. 40 nº 3 Rio de Janeiro June 2004. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=\$1676-24442004000300003
- 4. Matte, Úrsula, bióloga, Goldim, José Roberto, biólogo: Bancos de DNA Considerações Éticas sobre o Armazenamento de Material Genético, http://www.ufrgs.br/bioetica/bancodn.htm
- 5. Resolução CFM n° 1.472/97, Conselho Federal de Medicina, http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1472_1997.htm
- 6. Processo-Consulta CFM n^2 53/2006 Parecer n^2 30/2005, http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/2005/30 2005.htm
- 7. Processo-Consulta CFM n^2 2.928/93 PC/CFM n^2 27/94, http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1994/27 1994.htm
- 8. Consulta n^2 36.862/98 CREMESP, http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CRMSP/pareceres/1998/36862 1998.htm

- 9. Parecer nº 1.600/2004 CRMPR Consulta nº 108/2002 Protocolo nº 11.830/2002, http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CRMPR/pareceres/2004/1600 2004.htm
- 10. Conselho Nacional da Saúde Resolução 347/05, http://www.bioetica.ufrgs.br/res347.htm
- II. Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde/GPPG/HCPA Resolução Normativa 02/97, http://www.bioética.ufrgs.br/res297hc.htm
- 12. Ashcroft R.: The ethics of reusing archived tissue for research. Imperial College School of Medicine, Londres, Reino Unido. http://www.ncbi.nlm.nih.gov
- 13. Kaphingst KA, Janoff JM, Harris LN, Emmons KM: Views of female breast cancer patients who donated biologic samples regarding storage and use of samples for genetic research. Center for Community Based Research, Boston, Massachustts, EUA. http://www.ncbi.nlm.nih.gov
- 14. Cambon-Thomsen A, Rial-Sebbag E, Knoppers BM: *Trends in ethical and legal frameworks for the use of human biobanks*. Department of Epidemiology, Health Economics and Public Health, Faculté de Médecine, Université Paul Sabatier, Toulouse, França. http://www.ncbi.nlm.nih.gov
- 15. Rial-Sebbag E.: Conditions for using human biological samples in scientific research: legal and ethical frameworks. Faculté de Médecine, Plate-forme Génétique et Société, Génopole Midi-Pyrénées, Toulouse, France, http://www.ncbi.nlm.nih.gov
- 16. Schafer SC, Lehr HA: A case study on the proper use of human tissues for biomedical research at an academic pathology institution in Switzerland. Institut Universitaire de Pathologie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Suíça. http://www.ncbi.nlm.nih.gov
- 17. Bauer K., Taub S, Parsi K.: Ethical issues in tissue banking for research: a brief review of existing organiational policies. Department of Philosophy, Marquete University, EUA. http://www.ncbi.nlm.nih.gov
- 18. N. Lynöe e K. Hoeyer: *Quantitative aspects of informed consent: considering the dose response curve when estimating quantity of information*. Centre for Bioethics, Karolinska Institutet, Estocolmo, Suécia. http://www.jme.bmj.com/cgi/content/abstrat/31/12/736
- 19. Hoeyer, Klaus, Olofsson, Bert-Ove, Mjörndal e Lynöe, Niels: *The Ethics of Research Using Biobanks:* Reason to Question the Importance Attributed to Informed Consent. Archives of Internal Medicine Vol. 165 nº 1, January 10, 2005. http://www.archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/165/1/97
- 20. Goldim, José Roberto: Pesquisas em Materiais Biológicos,. http://www.ufrgs.br/bioetica/pesqmat.htm
- 21. Revista Brasileira de Patologia Oral. http://www.patologiaoral.com.br/entrevista I I.asp
- 22. Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa Conep Formulários Documentos para formalizar Projetos de Pesquisa. www.cep.fmb.unesp.br"

Fisiatria

Coordenação: Dr. Cláudio Balduíno Souto Franzen

Componentes:

Dr. André Franzen Moll

Dr. Carlos Alberto Issa Musse

Dra. Luciane Fachin Balbinot

Dr. Paulo Henrique Gomes Mulazzani

Dra. Rosane Boger Stelzer

Parecer nº 43/2007

Assunto: Atestados, Laudos e Pareceres

Da Consulta

"Trata-se dos questionamentos abaixo:

- I. Limites da responsabilidade do médico assistente ao atestar "incapacidade laborativa".
- 2. É recomendável o perito da Previdência solicitar ao periciando que peça ao médico assistente atestado sobre tratamento, exames, etc.?
- 3. Quais as questões que considera conflitivas neste tema?
- 4. Outras contribuições e sugestões."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Fisiatria**, formada pelos Senhores Doutores André Franzen Moll, Cláudio Balduino Souto Franzen, Carlos Alberto Issa Musse, Luciane Fachin Balbinot, Paulo Henrique Gomes Mulazzani e Rosane Boger Stelzer:

"A Câmara Técnica de Fisiatria, respondendo aos questionamentos acima, entende que:

- 1. O atestado médico é uma extensão do receituário. Quando a atividade profissional inclui elementos com potencial para agravar o estado mórbido do paciente, o médico assistente tem obrigação de recomendar seu afastamento das atividades.
- 2. Acreditamos que não é recomendável a solicitação de exames, pelo paciente, ao médico assistente. Salientamos que se o perito tem dúvidas quanto ao diagnóstico e/ou incapacidade, cabe a ele, às expensas do INSS, solicitar os exames.
- 3. O conflito é a não aceitação pelo perito das recomendações do médico assistente com relação à doença do paciente.
- 4. Criar consensos. Por exemplo:
- 4.1 Quando solicitar novos exames com patologias crônicas (ecografia, radiografias, tomografias)?
- 4.2. Não permitir que o perito "exija" exames a serem solicitados pelo médico assistente.
- 4.3. Não permitir que o perito "exija" atestado do médico assistente.

Gastroenterologia

Coordenação:

Dr. Ismael Maguilnik

Componentes:

Dra. Dvora Joveleviths

Dr. Jorge Olavo Pitta Pinheiro

Dr. Luiz Carlos Sperb

Dr. Sabino Vieira Loguercio

Parecer nº **59/03**

Assunto: Realização de Endoscopia e Colonoscopia sem Prévia Consulta Médica

Da Consulta

Trata-se do questionamento de médico gastroenterologista e endoscopista do aparelho digestivo, que possui um serviço de endoscopia diagnóstica e terapêutica dentro do Hospital Medianeira, de Caxias do Sul, sobre o seguinte: "O hospital tem planos de saúde para a comunidade e empresas. Recentemente, passou a vender planos de 'check-up' para empresários e particulares, nos quais entre a investigação laboratorial e cardiológica, incluiu a endoscopia digestiva alta e a colonoscopia. O beneficiário, segundo o contrato, pode realizar quaisquer dos exames oferecidos sem prévia consulta clínica. Venho sofrendo pressão para agendar estes procedimentos sem o pedido médico e conseqüentemente, sem indicação médica que justifique um exame invasivo e que pode gerar sérias complicações. Assim exposto, solicito qual a conduta a ser adotada nesta situação."

Do Parecer

É possível a realização dos exames, desde que um médico se responsabilize pela formalização do pedido específico de tais procedimentos. Sugerimos ao colega gastroenterologista consulente que, antes da execução do procedimento, providencie o consentimento informado e assinado pelo paciente para a realização do exame médico. Nos sites www.cfm.org.br, www.hcpa.ufrgs.br e www.cremesp.com.br o colega encontrará pareceres e outras informações sobre consentimento informado, bem como sugestões de termos de esclarecimentos, os quais ajudarão na elaboração do formulário adequado.

Parecer nº 62/2004

Assunto: Conduta Referente casos Hepatite e Serviços Epidemiológicos

Da Consulta

Trata-se do questionamento acerca de "orientação e parecer para os casos de hepatites. Sabedores de que a hepatite é doença de notificação compulsória e que deve ser encaminhada ao setor de epidemiologia da Secretaria de Saúde para investigar e, conseqüentemente, oferecer vacinas e exames quando necessários para os contatos, e que os médicos muitas vezes não encaminham o paciente para este serviço. Qual a conduta a epidemiologia poderia tomar, além de conscientizá-los (médicos)? Teremos respaldo do CRM se trabalharmos junto aos laboratórios no setor de cadastro? Seria anti-ético com relação ao colega? Poderia o laboratório ter um selo de encaminhamento do paciente ao serviço de epidemiologia, em casos de marcadores reagentes?"

Do Parecer

Louvamos a atitude da colega Dra. Sandra M. B. de Leon ao preocupar-se com a notificação compulsória dos casos de hepatites virais, com vistas ao melhor atendimento dos pacientes.

A legislação se fundamenta no Decreto-Lei nº 78231 de 12/08/76 e na Portaria nº 95/2001 do Ministério da Saúde, que regulamentam os casos de hepatites virais, determinando que sejam notificados de forma compulsória às Secretarias de Saúde Municipal e Estadual.

Parecer nº 73/2006 Assunto: Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional

Da Consulta

Trata-se dos questionamentos abaixo:

- I. Somente a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) pode dar alta ao paciente em terapia nutricional? E, em caso afirmativo, o médico assistente não poderia liberar o paciente da terapia sem o consenso com a equipe?
- 2. Existe uma frequência definida para que o paciente receba visitas da EMTN?
- 3. Para visitar o paciente é necessário solicitação formal à EMTN? Qual a autonomia da EMNT em relação ao médico assistente e ao paciente?
- 4. Caso o médico assistente prescreva uma dieta e o paciente venha a ter complicações que causem sequelas ou mesmo morte, qual a responsabilidade do médico assistente? E do médico da EMTN?
- 5. Pode o médico da EMTN, baseado em protocolos bem definidos, contra-indicar uma dieta enteral ou parenteral, mesmo divergindo do médico assistente? Caso não haja consenso entre o médico assistente e o médico da EMTN em relação à indicação e prescrição da Terapia Nutricional, qual deles deve prevalecer?
- 6. As nutricionistas da EMTN podem prescrever o início da Terapia Nutricional e a sua progressão? Podem prescrever suplementos por via enteral e/ou parenteral?
- 7. Terapia Nutricional é considerada uma urgência? Poderia o paciente ficar dois ou três dias sem receber nenhuma dieta via oral, enteral ou parenteral? Caso, durante um final de semana, o médico assistente deseje iniciar a Terapia Nutricional e não estiver presente nenhum membro da EMTN, o médico assistente pode prescrever?
- 8. Caso os médicos assistente queiram indicar e prescrever a nutrição enteral/parenteral, devem fazer parte da EMTN?
- 9. Existem protocolos da EMTN (desde a indicação, acesso e mesmo alta). Caso estes não tenham sido seguidos pelo médico assistente, de quem é a responsabilidade por qualquer intercorrência que venha a acontecer com o paciente?
- 10. Em caso de gastrostomia já realizada há mais de um mês, havendo necessidade de troca simples da sonda, a quem compete fazê-lo ao médico ou ao enfermeiro?

Do Parecer

Em relação ao questionamento suscitado pelo item 10 acima e submetido à Câmara Técnica de Gastroenterologia, deve ser considerado que a recolocação da sonda será feita quando não mais houver condições para o seu uso.

Há duas formas de realizar gastrostomia:

- a) Por endoscopia
- b) Por cirurgia

No primeiro caso, a troca da sonda ficará a cargo do endoscopista.

No segundo caso, o procedimento será tarefa do cirurgião ou de quem este considerar apto a praticá-lo.

Ginecologia e Obstetrícia

Coordenação: Dr. Antônio Celso K. Ayub

Componentes:

Dr. Fernando Ferreira Bernd Dr. Gustavo Py Gomes da Silveira Dr. João da Rosa Michelon Dr. Plínio Vicente Medaglia Filho Dr. Sérgio H. de Almeida Martins Costa

Parecer nº 35/2007

Assunto: A Presença de Médico Pediatra e Anestesiologista na Sala de Parto é Obrigatória?

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

"Se nos casos de partos normais e cesários é obrigatória a presença de médico pediatra; se existe recomendação e/ou normativa que atribui a alguém a iniciativa de chamar tal profissional; e, ainda, se em caso de parto cesário é obrigatória a presença de anestesiologista."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Ginecolo- gia e Obstetrícia**, formada pelos Senhores Doutores Antônio Celso K. Ayub, Fernando Ferreira Bernd, Gustavo Py Gomes da Silveira, João da Rosa Michelon, Plínio Vicente Medaglia Filho e Sérgio H. de A. Martins Costa:

"A Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia informa que a resposta à primeira pergunta (sobre a obrigatoriedade da presença de pediatra/neonatologista na sala de partos) está no Parecer nº 22/2003, emitido pela Câmara Técnica de Perinatologia do Cremers:

'Embora altamente recomendável, a presença de pediatra (neonatologista) na sala de parto (ou cesárea) não é obrigatória. A Portaria nº 31/1993, do Ministério da Saúde, somente inclui o atendimento prestado pelo pediatra na sala de partos entre os procedimentos remunerados.'

Quanto à segunda questão, a resposta é: sim. A anestesia é procedimento médico; conseqüentemente, de execução e responsabilidade de médico. Em centros maiores e com disponibilidade de especialistas, esse médico é, ordinariamente, um anestesiologista. Em locais remotos ou onde não exista outro médico, além do cirurgião, configurando 'estado de necessidade' a anestesia loco-regional pode ser executada pelo próprio cirurgião. Trata-se, no entanto, de situações absolutamente emergenciais. A necessidade da presença física de

anestesiologista no controle do ato anestésico está implícita na Resolução CFM nº 1.802/2006.

Assim, no inciso IV do art. Iº lê-se: 'É ato atentatório à ética médica a realização simultânea de anestesias em pacientes distintos, pelo mesmo profissional'. Em seu anexo I reza que a documentação obrigatória de anestesia inclue: identificação do(s) anestesiologista(s) responsável(is)... Acresça-se que, mesmo para procedimentos que exijam sedação profunda – Resolução CFM nº 1.670/03, art. 2º - é exigida a presença de médico responsável por essa sedação: 'O médico que realiza o procedimento não pode encarregar-se da administração da sedação profunda/analgesia, devendo isto <u>ficar a cargo de outro médico</u>'. (Grifo nosso.)

Conclusão

Em condições habituais, um médico responsável pela anestesia (especialista, se houver) deverá estar presente em atos cirúrgicos, incluída aqui a operação cesariana.

A responsabilidade de avisar (chamar) o neonatologista e o anestesiologista é do médico assistente, delegável a qualquer pessoa presente no ato, incluídos funcionários do hospital."

Parecer nº 48/2006 Assunto: Gestante Menor de 18 anos em Trabalho de Parto

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo sobre o procedimento padrão a ser realizado frente a uma paciente menor de 18 anos de idade que esteja em trabalho de parto ou que haja obrigação de algum procedimento obstétrico invasivo ou cirúrgico com necessidade de analgesia e/ou anestesia obstétrica.

Questiona sobre autonomia ou não de uma gestante menor de 18 anos de idade em autorizar procedimentos na ausência de seu responsável legal.

Argúi sobre a "vulnerabilidade" da equipe médica ao realizar procedimentos em caráter de urgência ou não em gestante menor de 18 anos de idade.

Pergunta sobre a validade de gestante menor de 18 anos idade assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Do Parecer

É opinião desta Câmara Técnica que uma gestante, mesmo que menor de idade, em trabalho de parto ou na necessidade de realização de procedimento invasivo ou cirúrgico, tem o direito de receber todos os procedimentos médicos de que necessite para seu benefício e/ou benefício de seu futuro filho(a). O fato de ser menor de idade não pode privar nenhuma paciente de qualquer benefício advindo dos atos médicos. Ao exigir a assistência de um representante legal, a lei visa à proteção do menor, e não sua exclusão dos benefícios de condutas médicas. Além disso, quando o benefício supera em muito o risco, como nos casos citados de analgesia e/ou anestesia obstétrica, o registro no prontuário da indicação do procedimento deve ser suficiente para justificar sua aplicação.

Deve-se lembrar que é vedado ao médico efetuar procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou seu representante legal, salvo em iminente perigo de vida. Portanto, o médico deve sempre registrar em prontuário o esclarecimento e o consentimento do paciente ou seu representante legal, mesmo que o consentimento tenha sido obtido verbalmente.

O Código Civil Brasileiro no seu artigo 3º diz que as pessoas menores de 16 anos são absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos para a vida civil e no artigo 4º que as pessoas entre 16 e 18 anos são incapazes relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer. Desta forma o Código Civil determina que para os atos da vida civil (contratar, casar, firmar obrigações, etc.), os adolescentes com

menos de 16 anos não podem exercer pessoalmente qualquer desses direitos, que deverão ser exercidos por meio de seus pais ou responsáveis legais. Já os maiores de 16 e menores de 18 anos podem exercê-los com a assistência de seus responsáveis legais, ou com autorização judicial no caso de divergência ou ausência dos pais ou responsáveis legais. O casamento torna a pessoa capaz para todos os atos da vida civil, determinando a lei a idade mínima de 16 anos para o matrimônio.

Portanto, deve o médico esclarecer previamente e solicitar consentimento dos representantes legais para todos os procedimentos oferecidos às pessoas menores de 16 anos. Já para aquelas entre 16 e 18 anos o consentimento pode ser dado pelo paciente e seu representante legal, sendo que a ciência do representante legal pode ser obtida posteriormente caso seja necessário.

Devem ser excluídos desta premissa os procedimentos de esterilização cirúrgica e/ou abortamento, os quais têm regramentos legais específicos.

Quanto à "vulnerabilidade" da equipe médica, ela é diretamente relacionada à correta indicação, competente realização do tratamento/procedimento, assim como seu completo registro em prontuário médico, bem como o registro das informações fornecidas à paciente.

O chamado "Termo de Consentimento" visa a propiciar o consentimento esclarecido e, portanto, livre, das pessoas, aos negócios jurídicos que praticam na vida civil, como contratos, assim assegurando a sua higidez. É sempre instrumental à sua finalidade, qual seja, a de obter o consentimento informado ou esclarecido (também chamado consentimento "refletido") para a prática de determinado negócio jurídico. A finalidade do consentimento informado é a de evitar, ou minimizar, que as pessoas dêem seu consentimento movidas por impulso (p. ex., por uma atração forjada por via publicitária) ou que comprometam a sua pessoa ou o seu patrimônio sem terem tido a oportunidade prévia de conhecer em que medida a sua pessoa ou o seu patrimônio possam ser comprometidos pelo ato que estão na iminência de praticar.

Assim, em razão da própria finalidade do Termo de Consentimento, em linha de princípio, devem assinar o Termo as pessoas capazes (juridicamente) de consentir. No caso dos incapazes, o Termo deve ser firmado por quem os representa ou assista. A propósito, o CREMESP, na Consulta nº 60.174/98 (Assunto: Esterilização voluntária. Interpretação da Lei 9.263/96,Relator: Conselheiro Cristião Fernando Rosas) já opinou, adequadamente, que "os absolutamente incapazes que não podem exprimir sua vontade, têm direito, porém não podem exercê-lo pessoalmente, devendo ser representados judicialmente".

Essa é a razão pela qual nenhum documento é assinado apenas pela gestante (se ela é menor). Deve-se buscar sempre um responsável que possa assinar por ela (ou junto com ela), mesmo nos casos em que a menor mostra plena compreensão da situação, adequado discernimento, etc.

Como o Termo de Consentimento é instrumento que deve ser firmado de comum entendimento entre o médico e o paciente ou seu representante legal, sua indicação de uso presta-se mais aos tratamentos eletivos fora do âmbito da urgência e emergência médicas, tais como os caracterizados pelas dúvidas expostas.

Entendemos que as situações argüidas - alívio da dor no trabalho de parto, anestesia para curetagem uterina ou outros procedimentos invasivos - são procedimentos subordinados ao discernimento médico e devem ser adotados em benefício do paciente e não sob a óptica da malfadada medicina defensiva.

Além do mais, é necessário distinguir duas situações:

I) Se o parto é de urgência/emergência o procedimento deve ser feito segundo o discernimento médico, em beneficio do paciente. Se o obstetra ou o anestesista retardar o procedimento analgésico sob a alegação da ausência da assinatura no consentimento informado (seja da paciente seja do 'responsável') poderá ser caracterizada, inclusive, a omissão de socorro.

Como, também acertadamente, definiu o CRM/MS no Processo Consulta CRM/MS nº 29/2003 (Parecerista: Cons. Walter Augusto Martinho),

É dever do médico respeitar a autonomia do paciente e/ou de seu responsável em aceitar ou não as condutas indicadas pelo profissional, exceto nos casos quanto existir "iminente perigo de vida". Este é o princípio basilar da Bioética, onde o médico nas situações de "iminente perigo de vida" deverá orientar sua conduta de acordo com sua consciência única e exclusivamente.

Os princípios da autonomia e da informação adequada deixam de existir diante do "iminente perigo de vida."

Nestes casos o médico age de forma soberana, rápida e eficaz na busca do bem maior do ser humano que é a sua vida.

O princípio da Beneficência é o mais relevante entre os fundamentais da Bioética (Processo Consulta CRM/MS nº 29/2003).

2) Nos casos em que há tempo - antes do parto ou nas cirurgias eletivas - para a obtenção do Termo de Consentimento, aí caberá ao médico anestesista solicitar, previamente, a assinatura do termo de consentimento dos pais ou responsáveis. Na sua ausência, a equipe médica pode, ainda, por cautela, reunir-se com a paciente, juntamente com alguém da enfermagem e uma assistente social, para, em conjunto, conversar com a paciente, explicar a situação, a necessidade da cirurgia, enfim, prestar todas as informações pertinentes, registrando tudo no prontuário médico-hospitalar. Sempre é recomendável, ao menos, comunicar ao Conselho Tutelar e/ou ao Juizado da Infância e Juventude e/ou ao Ministério Público, informando a situação da paciente, bem como a decisão da equipe médica de realizar a cirurgia, sem consentimento dos pais ou responsáveis.

O Ministério da Saúde do Brasil emitiu em 2005, Manual Técnico (Marco Legal da Saúde, Um Direito de Adolescentes, Brasília MS, 2005) no qual regula-

menta e interpreta as limitações legais para o exercício dos direitos dos adolescentes no atendimento à saúde, como segue:

"...A existência de diversas limitações etárias, para os adolescentes exercerem seus direitos, causa perplexidade e dificuldades para os profissionais de saúde no atendimento da população adolescente, criando receios do ponto de vista ético e legal...

Para a correta interpretação e aplicação dessas diversas normas de tutela, devemos compreender, primeiramente, a concepção dos direitos que envolvem a assistência à saúde do adolescente — o direito à saúde e os direitos da criança e do adolescente.

O direito à saúde constitui um direito humano fundamental, concebido numa perspectiva integradora e harmônica dos direitos individuais e sociais, um direito tutelar que exclui qualquer outra norma que se mostre prejudicial ao bem juridicamente tutelado - a saúde da pessoa humana.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n^2 8.069 de 13/7/1990), que consolida os direitos básicos da população infanto-juvenil, em seu art. 3^2 ., claramente dispõe a doutrina da proteção integral, determinando a natureza tutelar dos direitos ali elencados, que predominarão sobre qualquer outro que possa prejudicá-lo.

Art. 3°. A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei n° 8.069, de 13/7/1990

Dessa forma, qualquer exigência, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável. Caso a equipe de saúde entenda que o usuário não possui condições de decidir sozinho sobre alguma intervenção em razão de sua complexidade, deve, primeiramente, realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias, e, em seguida, abordar o adolescente de forma clara a necessidade de que um responsável o assista e o auxilie no acompanhamento. A resistência do adolescente em informar determinadas circunstâncias de sua vida à família, por si só demonstra uma desarmonia que pode e deve ser enfrentada pela equipe de saúde, preservando sempre o direito do adolescente em exercer seu direito à saúde. Dessa forma, recomenda-se que, havendo resistência fundada e receio que a comunicação ao responsável legal implique afastamento do usuário ou dano à sua saúde, se aceite pessoa maior e capaz indicada pelo adolescente para acompanhá-lo e auxiliar a equipe de saúde na condução do caso, aplicando-se analogicamente o princípio do art. 142 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Art. 142. Os menores de dezesseis anos serão representados e os maiores de dezesseis e menores de vinte e um anos assistidos por seus pais, tutores ou curadores, na forma da legislação civil ou processual.

A autoridade judiciária dará curador especial à criança ou adolescente, sempre que os interesses destes colidirem com os de seus pais ou responsável, ou quando carecer de representação ou eventual.

Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069, de 13/7/1990

Diante das implicações legais que possam surgir nos casos de maior complexidade, recomenda-se que o serviço de saúde busque uma articulação e integração com o Conselho Tutelar da região — órgão da sociedade responsável por zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente — e com a Promotoria da Infância e Juventude de forma que possibilite a colaboração de seus integrantes na condução das questões excepcionais, de forma harmônica com os princípios éticos que regem esse atendimento..."

Portanto, o parecer é que, nos casos de necessidade médica de analgesia e/ou anestesia obstétrica em gestante ou puérpera menor de 18 anos de idade, é dever do médico realizar o procedimento que achar indicado, segundo o princípio da beneficência, devendo proceder ao completo registro da indicação no prontuário médico. O mesmo prontuário deve registrar as informações dadas à paciente e/ou aos seus representantes antes do procedimento (se não se tratar de urgência/ emergência) ou após (se se tratar de urgência/emergência). É aconselhável, porém não obrigatório, que um consentimento seja registrado no prontuário, assinado pela adolescente, se maior de 16 anos, ou do responsável legal (ou outra pessoa indicada pela adolescente) se menor de 16 anos.

Parecer nº 89/2007
Assunto: Mamografias

Da Consulta

Trata-se de consulta sobre a qualidade dos exames mamográficos realizados pelo Sistema Único de Saúde no município de Porto Alegre e no estado do Rio Grande do Sul.

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia**, formada pelos Senhores Doutores Antônio Celso K. Ayub, Fernando Ferreira Bernd, Gustavo Py Gomes da Silveira, João da Rosa Michelon, Plínio Vicente Medaglia Filho e Sérgio H. de A. Martins Costa:

"O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, para dar andamento ao pedido da Dra. Ana Rita Nascimento Schinestsck, Promotora de Justiça do Ministério Público Estadual, convidou os Doutores José Luiz Pedrini (Representante da Sociedade Brasileira de Mastologia-RS), Fernando Ferreira Bernd (Representante da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do RS) e Dakir Duarte (Representante da Associação Gaúcha de Radiologia), para elaborarem um consenso atualizado sobre a importância da Mamografia no diagnóstico do câncer de mama e, especialmente, sobre o perfil técnico-profissional daqueles que se dedicam a essa atividade, objetivando a maior qualificação possível, para melhor qualidade e efeito desses exames.

O grupo de trabalho assim constituído apresentou entre suas conclusões, alguns pontos que ainda são controversos. Com isso não concordou a Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia. O Dr. Fernando Matos, diante do impasse, acabou indicando o Conselheiro Antônio Celso Ayub para encarregar-se do tema. Foi acionada a Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia que reanalisou todo o relatório e optou em ater-se apenas aos fatos com boa comprovação e apontar as questões ainda controversas. Resultou então no seguinte texto:

"O Conselho Federal de Medicina (CFM) estabeleceu em 2002 convênio com a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) definido como Resolução CFM nº 1634 em que são reconhecidas Especialidades Médicas e respectivas Áreas de Atuação. Esse documento sofreu emenda em 2003 por meio da Resolução CFM nº 1666 e, por fim, nova redação através da Resolução CFM nº 1763/2005 na qual foi definida, por vez primeira, a Mamografia na condição de Área de Atuação.

Diversos convênios já firmou o CFM com a AMB e Sociedades de Especialidades afiliadas, haja vista o Projeto Diretrizes, a elaboração da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) e outros. Vale-se o CFM do conhecimento científico reunido na AMB para embasar normativas orientadoras da profissão médica. É o ente público buscando no privado as informações necessárias à ordenação do que lhe for próprio gerir. Ao fazê-lo, no entanto, cuida de preservar o interesse público tão somente, escoimando das fontes as marcas do interesse privado. Assim procedeu ao estabelecer na cláusula décima primeira do Convênio com a AMB acima citado: "não será exigida do médico a condição de sócio da AMB, de Sociedade de Especialidade ou qualquer outra, para obtenção e registro de Título de Especialização ou Certificado de Área de Atuação".

É sabido que o Colégio Brasileiro de Radiologia, sociedade fundada em 1948, filiada à AMB, há mais de quinze anos vem aplicando o denominado "Programa de Qualidade em Mamografia" que visa ao aprimoramento dos profissionais que atuam nessa área. Esse "Programa" baseado em experiências acumuladas em outros países, já se consagrou como instrumento idôneo na busca da excelência na execução e interpretação do procedimento.

A Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia, "em caráter opinativo," conforme dispõe o parágrafo único do art. 6° da Resolução Cremers n° 04/2000, sugere que:

- I) o Cremers proponha ao CFM o estabelecimento de Convênio com a AMB e o Colégio Brasileiro de Radiologia com vistas a criação de "Programa Nacional de Qualificação em Mamografia", aproveitando no que couber e mantendo o resguardo do interesse público, a experiência do Colégio Brasileiro de Radiologia nessa área. Essa providência consistiria em complemento aplicativo das Resoluções do CFM que ordenam os Títulos de Especialistas e Áreas de Atuação.
- 2) comunique aos serviços especializados que estarão impedidos de anunciar a realização de exames mamográficos se não contarem no corpo técnico com profissional qualificado na respectiva Área de Atuação e que realize o exame;
- 3) mantenha "ações conjuntas com autoridades sanitárias locais, Conselhos de Saúde, Ministério Público e Judiciário" visando fiscalizar a atividade desses serviços conforme dispõe o Manual de Fiscalização e Roteiros de Vistorias do CFM.

Em relação às indicações médicas do exame mamográfico, deve restar o máximo cuidado de parte do Cremers ao manifestar-se sobre o tema. O assunto apresenta controvérsias sob o aspecto científico e de custo-benefício dentro da situação econômica do país. Posicionamento do Cremers sobre o tema certamente gerará direitos e obrigações, possivelmente divorciados da nossa realidade.

Sobre as indicações médicas do procedimento, intervalo de execução, segurança em seus resultados, a Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia adverte sobre os seguintes pontos:

- 4) A redução da mortalidade por câncer de mama com utilização de mamografia de rastreamento não é indiscutível, sendo mesmo negada por trabalho avalizado pela Cochrane. (Olsen o Gotzsche PC. Screening for breast câncer with mammography. Cochrane Review. Issue 3, 2006)
- 5) Uso de recursos para rastreamento por mamografia torna-se discutível, principalmente quando esses forem escassos, com o que concorda o Instituto Nacional de Câncer em 2006. Nos "Parâmetros Técnicos para Programação de Ações de Detecção Precoce do Câncer de Mama", publicados pelo INCa em 2006, há a indicação de mamografia a cada dois anos. www.INCa.org.br. Acesso em maio de 2007.
- 6) Os exames errados falsos positivos e falsos negativos muitas vezes constituem limitações da mamografia, não refletindo, necessariamente, má qualidade. Não é adequado que se leve ao grande público a idéia errônea de que exame que não reflita correção é exame mal feito. Atribuir à mamografia uma precisão diagnóstica que ela não tem, poderá gerar reclamatórias por má prática ou erro médico, sem razão.
- 7) Estimular a melhoria de quaisquer ações médicas pode e deve ser feita, mas sem divulgar falsas informações.
- 8) A mamografia pode gerar malefícios, em caso de um exame falso-positivo, por estimular exames invasivos desnecessários e preocupações infundadas.
- 9) A mamografia pode gerar malefícios, em caso de um exame falso-negativo, dando uma falsa segurança para a paciente e para o médico assistente, que poderão negligenciar sintomas que surjam após, por existir uma mamografia negativa.
- 10) A idéia de iniciar a mamografia de rastreamento aos 40 anos é muito discutível, assim como a sua repetição anual, especialmente em países pobres. Trabalhos muito recentes e respeitáveis (Lancet, vol. 368, dezembro 2006) têm contestado essa norma que consta de muitas diretrizes de sociedades de radiologia. O rastreamento com provas irrefutáveis é o da realização de mamografia, anual ou bienal, após os 50 anos.
- II) Não há experiência comprovada de que a radiação excessiva sobre as mamas, com mamografias precoces, por vezes até antes dos 40 anos, puramente como rastreamento, e sua repetição anual (em mulheres com próteses mamárias podem ser necessárias mais de duas radiografias por mama) não tenha impacto sobre a carcinogênese mamária, alertada por alguns pesquisadores. A propósito, estudo publicado em conceituada publicação (Breast Cancer Res. Treat) de maio do corrente ano de 2007, concluiu que pequenas doses de radiação ionizante, particularmente em idades mais tenras, contribuem para o aumento do risco do câncer mamário.
- 12) Têm ocorrido publicações importantes, nos últimos meses, contestando o benefício que tem sido apregoado sobre o rastreamento mamográfico.

- 13) No Rio Grande do Sul, no período de 1980 a 2004, em dados oficiais da Secretaria da Saúde do Estado, a mortalidade por câncer de mama vem crescendo de forma marcada, justamente no período em que se começou a utilizar cada vez mais a mamografia de rastreamento. Embora também tenha coincidido com o uso crescente de hormônios (estrogênio + progestogênio) em mulheres pós-menopáusicas, o que pode ser um fator adicional de gravame. De qualquer forma, passamos de, em 1980, um coeficiente de 10,5/100mil mulheres, para 12,9 em 1990, a 16,4 em 2000, atingindo 17,9 em 2004. Esses dados oficiais não ratificam as informações de que a mamografia reduz a mortalidade por câncer de mama. Nunca se fez, em nosso meio e na população pobre, tanta mamografia de rastreamento quanto no período estudado.
- 14) A Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremers sugere, portanto, que ao controle de qualidade dos exames mamográficos não se acoplem promessas de uma proteção contra o câncer de mama, com base em diretrizes que ainda estão sendo discutidas atualmente e, muitas vezes, contestadas."

Hematologia

Coordenação: Dr. João Pedro Escobar Marques Pereira

> Componentes: Dr. Hiram de Azambuja Schuh Dra. Inês Guterres Dra. Lúcia Mariano da Rocha Silla

Parecer nº 21/2007 Assunto: Células-Tronco

Da Consulta

Trata-se dos questionamentos abaixo:

- I. Qual ou quais médicos ou clínicas (privadas) estão habilitados a armazenar células-tronco?
- 2. Se existe alguma legislação específica e tabela de preços sobre o assunto?

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Hematologia**, formada pelos Senhores Doutores Hiram de Azambuja Schuh, Ines Guterres, João Pedro Escobar Marques Pereira e Lúcia Mariano da Rocha Silla:

- I. "Qualquer clínica habilitada pela ANVISA para coleta e armazenamento de células-tronco, pode fazê-lo. E os médicos habilitados e responsáveis técnicos deverão ser hematologistas/hemoterapeutas.
- 2. Legislação específica existe e está na RDC nº 153 de 14 de junho de 2004.
- 3. Não existe tabela de preços."

Parecer nº 22/2007 Assunto: Auto-Hemoterapia

Da Consulta

Trata-se de análise de matéria publicada em clipping do CFM - Autohemoterapia: Cremepe emite parecer sobre a prática.

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Hematologia**, formada pelos Senhores Doutores Hiram de Azambuja Schuh, Ines Guterres, João Pedro Escobar Marques Pereira e Lúcia Mariano da Rocha Silla:

"A Câmara Técnica de Hematologia/Hemoterapia ratifica na íntegra os Pareceres emitidos pela GGSTO/ANVISA, Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, que transcrevemos abaixo:

Nota Técnica sobre Auto-Hemoterapia

A Gerência de Sangue e Componentes (GGSTO) da Anvisa divulga nota técnica sobre a prática denominada de "auto-hemoterapia".

Nota Técnica nº 1 de 13 de abril de 2007 Auto-Hemoterapia

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

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

- 2. Tal procedimento consiste na retirada de sangue por punção venosa e a sua imediata administração por via intramuscular ou subcutânea, na própria pessoa.
- 3. Não existem evidências científicas, trabalhos indexados, que comprovem a eficácia e segurança deste procedimento.
- 4. Este procedimento não foi submetido a estudos clínicos de eficácia e segurança, e a sua prática poderá causar reações adversas, imediatas ou tardias, de gravidade imprevisível.
- 5. A Resolução CFM nº 1.499, de 26 de agosto de 1998, proíbe aos médicos a utilização de práticas terapêuticas não reconhecidas pela comunidade científica. O reconhecimento científico, quando e se ocorrer, ensejará Resolução do Conselho Federal de Medicina oficializando sua prática pelos médicos no país.

Proíbe também qualquer vinculação de médicos a anúncios referentes a tais métodos e práticas.

- 6. A Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia não reconhece o procedimento auto-hemoterapia.
- 7. O procedimento "auto-hemoterapia" pode ser enquadrado no inciso V, Art. 2º do Decreto 77.052/76, e sua prática constitui infração sanitária, estando sujeita às penalidades previstas no item XXIX, do artigo 10, da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977.
- 8. As Vigilâncias Sanitárias deverão adotar as medidas legais cabíveis em relação à referida prática.

Este é o parecer.

Parecer nº 49/2006 Assunto: Responsabilidade pela Coleta de Amostra de Sangue

Da Consulta

Trata-se dos questionamentos abaixo:

- 1. De quem é a responsabilidade pela coleta da amostra de sangue para teste de compatibilidade para transfusão de sangue no paciente em sala de cirurgia, dentro do bloco cirúrgico?
- 2. De quem é a responsabilidade pela instalação da bolsa de sangue no paciente em sala de cirurgia, portanto, no transoperatório?

Do Parecer

Com relação à presente consulta, a Câmara Técnica de Hematologia informa que:

Em geral os centros cirúrgicos encaminham ao banco de sangue a lista dos pacientes que serão atendidos no dia seguinte. Nessa lista de cirurgias devem constar, pelo menos: nome do paciente, tipo de cirurgia, horário da cirurgia, sala da cirurgia, nome do cirurgião, nome do anestesista ou serviço de anestesia e a necessidade de reserva de sangue incluindo o número de unidades do hemocomponente solicitado. Essa lista, portanto, deverá chegar ao banco de sangue na véspera das cirurgias. Nesses casos, que são a grande maioria, a responsabilidade pela coleta da amostra de sangue para os testes de compatibilidade transfusionais é do banco de sangue.

No caso em tela, mencionado no item I, se entende que o paciente não conste na lista de cirurgia ou que não tenha previsão de reserva de sangue para o mesmo. Nestes casos, que são a minoria, a responsabilidade da coleta sangue tem ficado a cargo da equipe cirúrgica e/ou anestésica ou de enfermagem que enviam a amostra ao banco de sangue. Esta é a rotina na grande maioria dos hospitais.

Quanto ao item 2, a responsabilidade pela "instalação" da bolsa de sangue no paciente em transoperatório em geral fica a cargo do pessoal do banco de sangue, salvo em algumas situações quando, por solicitação da equipe cirúrgica ou anestésica, a instalação é feita pelos mesmos, em pacientes com via de acesso previamente cateterizada. Devemos ressaltar também que em alguns hospitais a equipe cirúrgica/anestésica e/ou enfermagem assumem a responsabilidade pela instalação de todas as unidades de sangue enviadas e identificadas aos respectivos pacientes.

De qualquer maneira, é aconselhável que representantes do centro cirúrgico e do banco de sangue procurem se reunir no Comitê Transfusional do Hospital para estabelecer rotinas e/ou dirimir dúvidas.

Este é o nosso parecer, salvo melhor juízo.

Homeopatia

Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

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

Parecer nº 37/04

Assunto: Prescrição Médica com Um Ano de Curso de Homeopatia

Da Consulta

Trata-se do questionamento sobre se o "médico com um ano de curso de homeopatia, pode ou não prescrever. Não desconsiderando a não limitação do CFM para que o médico atue em qualquer área da medicina, mesmo sem ser especialista, sabendo-se, porém, que assume a responsabilidade pelos seus atos, este caso me parece mais delicado, até porque fala-se em prescrição de fórmulas, etc.."

Do Parecer

A Sociedade Gaúcha de Homeopatia, entidade de classe filiada à Amrigs, representante dos médicos homeopatas do RS vem, por meio desta, opinar a respeito de consulta efetuada pelo Cremers sobre a validade de um médico no transcurso do primeiro ano do curso de formação em homeopatia estar prescrevendo.

"Em relação à consulta referida acima devemos esclarecer: a formação homeopática preconizada pela AMHB (Associação Médica Homeopática Brasileira) é de 1200 horas com 460 horas de prática em ambulatórios com um instrutor para 5-6 alunos no decurso de 03 anos.

Esta exigência da AMHB prende-se ao fato de que a aquisição do conhecimento homeopático necessita tempo de sedimentação do conhecimento e prática clínica para segurança de quem prescreve. Não podemos impedir um médico devidamente cadastrado em seu Conselho Regional de Medicina de exercer a prescrição médica no seu mais amplo espectro para benefício do doente. Podemos, apenas, como entidade representante da classe assegurar que se intitule especialista na área homeopática o médico que tiver cumprido com os três anos de curso específico, tendo sido aprovado no mesmo por avaliação teórica e prática e ter prestado a prova para título de especialista em homeopatia conforme convênio AMB-CFM-AMHB.

Outrossim, devemos esclarecer que os alunos dos cursos de homeopatia prescrevem e assumem o tratamento de doentes assessorados por seus instrutores de curso de graduação em homeopatia."

Infectologia

Coordenação: Dr. Cléber Ribeiro Álvares da Silva

Componentes:

Dr. Breno Riegel Santos

Dr. Eduardo Sprinz

Dr. Gabriel Azambuja Narvaez

Dra. Giórgia Torresini Ribeiro

Dra. Marineide Melo Rocha

Parecer nº 79/2007

Assunto: Prescrição de Antibiótico Controlado Não Autorizado pela CCHI

Da Consulta

"Trata-se dos questionamentos abaixo:

- I. Quando de prescrição, por parte do médico assistente, de um antibiótico controlado não autorizado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar CCIH, a referida comissão pode bloquear a prescrição do antibiótico, mediante oferecimento de alternativa equivalente?
- 2. A resposta acima aplicar-se-ia tanto a tratamentos empíricos quanto à troca de tratamento após resultado de cultural?
- 3. Se a existência de protocolos de tratamento, pode a CCIH barrar a prescrição de antibióticos fora deste protocolo (desde que o preconizado seja adequado)?
- 4. Protocolos de profilaxia podem limitar tempo de prescrição do antibiótico, independentemente do médico assistente?"

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Infec-tologia**, formada pelos Senhores Doutores Breno Riegel Santos, Cléber Ribeiro Álvares da Silva, Eduardo Sprinz, Gabriel Azambuja Narvaez e Marineide Gonçalves de Melo:

A Câmara Técnica de Infectologia, com relação aos questionamentos, entende que:

I. Sim. Cabe à CCIH exatamente esta posição técnica com a autoridade que lhe é atribuída, isto é, a de buscar e oferecer alternativa terapêutica adequada à instituição, sem perda de eficácia terapêutica.

- 2. Sim, se equivalente, pois o resultado do cultivo, com o antibiograma orienta a escolha adequada do tratamento. No caso de os antibióticos padronizados não mostrarem atividade contra o agente etiológico específico, justifica-se o uso de outra droga comercialmente disponível, em caráter excepcional, em comum acordo com a CCIH.
- 3. Os protocolos podem ser superados por novas evidências de literatura ou por dados de realidade (cultivo e antibiograma da infecção em pauta); portanto, uma prescrição pode eventualmente estar em desacordo com o protocolo da instituição e mostrar-se mais adequada.
- 4. As atuais evidências sustentam os protocolos que limitam o uso de antibioticoprofilaxia.

Em anexo, a Câmara Técnica de Infectologia encaminha o Parecer n° 19/2006, adaptado e que complementa este Parecer.

Parecer nº 19/2006 Assunto: Uso de Antibiótico nas Unidades Hospitalares

Da Consulta

Trata-se dos questionamentos abaixo:

- I. 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 começassem 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, emanarem 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 (no nosso meio CO-MEDIs), têm entre suas atribuições intermediar interesses muitas vezes milionários, podendo emprestar 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 basilar quando uma instituição complexa depara com germes resistente 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 o paciente, independente de qual a forma de armazenamento das informações contidas no prontuários médico (papel ou eletrônico), deve ter acesso a todos os dados (inclusive resultados de exames) para elucidação do caso.

Informática em Saúde

Coordenação: Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes:
Dr. Gerson Martins Pereira
Dr. Marcelo Garcia da Rocha
Dr. Paulo Marcelo Zimmer
Dra. Sandra Abrantes Krug Seabra

Parecer nº 64/2006 Assunto: Descarte de Prontuários Clínicos em Papel

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

- I. Quais as responsabilidades do médico, do hospital e da Comissão de Revisão de Documentação Médica e Estatística em relação ao prontuário dos pacientes em regime de internação hospitalar?
- 2. Qual o tempo mínimo de arquivamento e guarda desses documentos?
- 3. O hospital ou a Comissão podem ser responsabilizados por erro, omissão ou recusa do médico em relação aos seus deveres no preenchimento correto e total, daquilo que lhe compete, do prontuário?
- 4. Se possível gostaria de receber indicação sumária de bibliografia referente ao assunto.

Do Parecer

A Câmara Técnica de Informática em Saúde informa:

1. O médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no artigo 69 do Código de Ética Médica. Compete ao hospital a guarda do prontuário.

Compete à Comissão de Revisão de Prontuário o previsto no artigo 5º da Resolução CFM nº 1.638/2002.

- 2. O tempo mínimo para preservação do prontuário médico está definido na Resolução CFM nº 1.639/2002, nos seus artigos 2º e 4º.
- 3. A Comissão de Revisão de Prontuários tem como função a análise dos prontuários quanto à adequação de seu preenchimento em atendimento à Resolução CFM nº 1.638/2002. Os resultados dessas análises devem ser discutidas com a Comissão de Ética Médica do Hospital, conforme artigo 6º da Resolução CFM nº 1.638/2002.
- 4. Sugerimos as Resoluções do CFM recomendadas acima.

Medicina de Família e Comunidade

Coordenação: Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes:

Dr. Aírton Tetelbom Stein

Dr. Francisco Jorge Arsego de Oliveira

Dr. Sérgio Antônio Sirena

Parecer nº 07/2007 Assunto: Preenchimento da Ficha de Notificação DST/AIDS

Da Consulta

Trata-se do seguinte questionamento:

"Venho solicitar orientação sobre como proceder diante do seguinte:

A Unidade de Saúde onde trabalho recebeu a seguinte orientação do Setor de Vigilância, vinda (sic) da Secretaria Municipal da Saúde, que por sua vez (sic) a recebeu da Secretaria Estadual da Saúde:

Todas as pessoas atendidas com diagnóstico de DST (doença sexualmente transmissível), para receberem a medicação disponível na farmácia da Unidade, devem ter ficha preenchida pelo médico, em duas vias, uma ficando retida no prontuário médico e a outra a ser entregue na farmácia do posto (ou de outra Unidade, caso não haja medicação no local). A ficha que está em anexo, exige que o médico, dentre outros dados, pesquise e assinale a identificação da pessoa (nome completo), e uma série de informações tais como: opção sexual, comportamento sexual, o diagnóstico, história de DSTs prévias. E deve ser assinada por quem a preenche: o médico.

Gostaria de saber como proceder diante desta obrigatoriedade, por julgar que as informações solicitadas são pessoais, sigilosas, e não contribuem para o controle do fornecimento de medicação. E se fazem parte de alguma pesquisa, não contemplam consentimento informado, e anonimato da pessoa. Também, considero que é ilegal/irregular/desrespeitoso aos direitos estabelecidos condicionar o fornecimento dos medicamentos às pessoas, e conseqüente reposição da medicação na Unidade, ao preenchimento e anexação desta ficha às receitas.

Talvez fosse interessante que esta Câmara, além de emitir parecer, promover reunião com a Secretaria Estadual e Promotoria para discutir o tema."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Medicina de Família e Comunidade**, formada pelos Senhores Doutores Aírton Tetelbom Stein, Francisco Jorge Arsego Quadros de Oliveira e Sérgio Antônio Sirena.

"A exigência de informações clínicas do paciente reveladas a terceiros fere os artigos II e 102 do Código de Ética Médica, bem como a Resolução CFM $\rm n^2$ I.605/2000."

Além disso, entendemos que referências, por exemplo, a orientação sexual, história prévia de doenças sexualmente transmissíveis, diagnósticos etiológicos e sindrômicos atuais ou pregressos podem gerar constrangimentos e exposição desnecessários do paciente, ferindo, portanto, o sigilo profissional.

Entendemos que a ficha em questão contém dados que deveriam ficar restritos ao prontuário médico do paciente.

As informações necessárias para a manutenção de programas de registro e fornecimento de medicações especiais deveriam utilizar instrumentos e procedimentos que assegurassem o sigilo dos dados necessários."

Parecer nº 54/2007 Assunto: Manipulação de Prontuários Por Agentes Comunitários de Saúde

Da Consulta

Trata-se do seguinte questionamento:

"Sou médica do PSF Monte Claro, Vacaria-RS. Estou trabalhando há um ano e agora passei a questionar a equipe sobre o acesso e manipulação dos prontuários de família por parte dos agentes comunitários de saúde (ACS), pois entendo isso como quebra do segredo médico, uma vez que as informações documentadas por mim são resultados do exame médico realizado e confidências do paciente. Ainda, baseio-me no Código de Ética Médica, Artigo 108 — 'É vedado ao médico facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.' Envio este e-mail devido ao fato de não ter sido aceita a minha proposta de não haver manipulação dos prontuários por parte dos ACS."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Medicina de Família e Comunidade**, formada pelos Senhores Doutores Aírton Tetelbom Stein, Francisco Jorge Arsego Quadros de Oliveira e Sérgio Antônio Sirena.

"Com relação à presente consulta, a Câmara Técnica de Medicina de Família e Comunidade vem considerar:

• O Art. 3º da Lei nº 11.350/2006 que define como atribuição dos agentes comunitários de saúde o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde no âmbito do domicílio e da comunidade e sob supervisão dos gestores.

- O Art. 6º da Lei nº 11.350/2006 que determina entre os requisitos para o exercício profissional, a necessidade de o agente comunitário de saúde residir na área geográfica em que venha a atuar, o que resulta na possibilidade de haver proximidade pessoal ou de parentesco com os membros da comunidade.
- A omissão de obrigação explícita de sigilo como requisito indispensável para o exercício profissional.
- A possibilidade de o agente comunitário de saúde obter informações necessárias às suas atividades de forma indireta, através de consulta aos demais profissionais da equipe de saúde que possuam obrigação formal de sigilo profissional.

A Câmara Técnica de Medicina de Família e Comunidade conclui que o agente comunitário de saúde não deve ter acesso irrestrito ao prontuário dos pacientes com a finalidade de preservar a autonomia e a privacidade dos usuários, entendendo que esta restrição não prejudica as atividades profissionais do agente comunitário de saúde."

Medicina do Trabalho

Coordenação: Dr. Iseu Milman

Componentes:

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

Parecer nº 01/2007 Assunto: Nexo Técnico Causal

Da Consulta

Trata-se dos questionamentos abaixo:

I. É da competência profissional de Engenheiro de Segurança do Trabalho firmar nexo técnico causal entre doença e trabalho, como se constata no laudo pericial?

A conclusão do laudo é a seguinte:

"As observações resultantes da inspeção pericial permitem concluir que as atividades exercidas pela autora na empresa ré são passíveis de provocar síndrome do túnel do carpo e tenossinovite a luz da instrução normativa 98 de INSS."

2. Pode o médico emitir parecer considerando compatíveis os gestos laborais descritos por uma paciente e as patologias adquiridas em ombros, cotovelos e punhos, SEM VISTORIAR o local de trabalho, como determina a Resolução nº 1488/98 do Conselho Federal de Medicina?

Do Parecer

A Câmara Técnica de Medicina do Trabalho informa que o estabelecimento de nexo causal entre o ambiente de trabalho e as doenças é considerado ato médico, sendo, portanto, vedado a profissionais não-médicos a sua prática.

Respondendo ao segundo questionamento, informamos que o médico não pode emitir parecer considerando compatíveis os gestos laborais descritos por uma paciente e as patologias adquiridas em ombros, cotovelos e punhos, sem considerar o local de trabalho.

Parecer nº 41/2007 Assunto: Atendimento Portaria MS 2572-05

Da Consulta

Trata-se do questionamento:

Referente ao atendimento da Portaria MS nº 2572/2005.

"É lícito ao Médico do Trabalho informar os dados solicitados nos incisos I, II, e III do Art. 3º da referida Portaria, que tratam de disponibilizar exames, informar diagnóstico e resultados de provas funcionais à Empresa para que ela possa atender as exigências da Portaria em discussão."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Medicina do Trabalho**, formada pelos Senhores Doutores Antônio Mário Guimarães, Arthur da Motta Lima Netto, Cláudio Schmitt, Dirceu F. de Araújo Rodrigues, Iseu Milman, João Alberto Maeso Montes e Sérgio Xavier da Costa.

"Considerando a necessidade de implementar e difundir a vigilância ambiental e biológica dos trabalhadores e ex-trabalhadores expostos ao asbesto/amianto;

Considerando que o decreto 2.350 de 1997 em seu art. 12 estabelece que as empresas de extração e industrialização de asbesto/amianto encaminhem anualmente à Secretaria de Saúde do Estado e/ou Município a listagem dos empregados;

Considerando o artigo 12 do Código de Ética Médica que diz: O médico deve buscar a melhor adequação do trabalho ao ser humano e a eliminação ou controle dos riscos inerentes ao trabalho;

Considerando o art. 13 do Código de Ética Medica que diz: O médico deve denunciar às autoridades competentes quaisquer formas de poluição ou deterioração do meio ambiente, prejudiciais à saúde e à vida;

Considerando o art. 14 do Código de Ética Medica que diz: O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde publica, à educação sanitária e à legislação referente à saúde;

Considerando ainda o art. 40 do Código de Ética Medica que diz: É vedado ao médico... Deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos responsáveis, às autoridades e ao Conselho Regional de Medicina.

Considerando ainda o art. 44 do Código de Ética Medica que diz: É vedado ao médico... Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação vigente;

A Câmara Técnica de Medicina do Trabalho entende que a exigência não é antiética."

Parecer nº 42/2007 Assunto: Emissão de CAT

Da Consulta

Trata-se do esclarecimento das questões abaixo:

- 1. "A emissão da CAT deve ser feita exclusivamente pelo médico do trabalho?
- 2. Nas férias do médico do trabalho, o médico clínico, que também atua no setor de Medicina do trabalho da instituição, pode emitir as CATs ocorridas neste período?
- 3. Qual o embasamento legal que ampara estas condutas?"

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Medicina do Trabalho**, formada pelos Senhores Doutores Antônio Mário Guimarães, Arthur da Motta Lima Netto, Cláudio Schmitt, Dirceu F. de Araújo Rodrigues, Iseu Milman, João Alberto Maeso Montes e Sérgio Xavier da Costa.

"A Câmara Técnica de Medicina do Trabalho informa que a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) deve ser preenchida, como prescreve a Lei 8213/91 do Ministério da Previdência, no seu artigo 22º, pela empresa empregadora.

Entretanto, também como determina o parágrafo 2º deste mesmo artigo, "na falta de comunicação por parte da empresa, podem formalizá-la o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública".

Portanto, o que cabe ao médico que esteja ligado à empresa empregadora é somente o preenchimento do campo da CAT chamado "Atestado Médico", preferencialmente, se for quem efetuou o primeiro atendimento do acidentado. Não sendo possível, esse preenchimento poderá ser feito por outro profissional médico, desde que avalie o paciente no menor prazo possível, como já descrito por esta Câmara Técnica em seu Parecer 88/2005."

Parecer nº 88/2005

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

"Se existe obrigatoriedade do médico do trabalho concursado da Secretaria Municipal de Saúde ter de assinar a CAT quando o paciente é encaminhado por empresa que só a emitiu."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da *Câmara Técnica de Medicina do Trabalho*, formada pelos Doutores Arthur da Motta Lima Netto, Antônio Mário Guimarães, Cláudio Schmitt, Dirceu Rodrigues, Iseu Milman, João Alberto Maeso Montes, Sérgio Xavier da Costa.

"A Câmara Técnica de Medicina do Trabalho informa que a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), deve ser preenchida em seu campo "Atestado Médico" por profissional médico que, preferencialmente, tenha efetuado o primeiro atendimento. Não sendo possível, esse preenchimento poderá ser feito por outro profissional médico, desde que avalie o paciente no menor prazo possível."

Parecer nº 70/2007 Assunto: Notificações de Irregularidades Emitidas Pelo CREA

Da Consulta

Trata-se do caso abaixo:

"Sou médica do trabalho, em Santa Maria, e de algum tempo para cá temos (inclusive mais colegas) recebido autos de infração do CREA, por elaborarmos PPRA.

Atualmente, recebi uma notificação de irregularidade: pessoa física praticando ato privativo de profissional habilitado ao elaborar PPRA - BA-SEANDO-SE NA LEI - 5.194/66 ART 6°, e dando prazo de 10 dias para apresentação de registro como engenheiro ou arquiteto com especialização em segurança do trabalho, sob pena de multa de R\$ 633,00. Acho um abuso, que poder o CREA tem para fiscalizar ato médico?

Estou de acordo com a lei e tenho que me defender:

a) DA LEGITIMIDADE DA RECORRENTE PARA EMISSÃO DE PPRA

A NORMA REGULAMENTADORA 09, criada pela Lei nº 6.514/77, estabelece, em atenção ao disposto no art. 200 da CLT, a obrigatoriedade da elaboração e implementação do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais — PPRA, objetivando a preservação da saúde e integridade física dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüente controle da ocorrência de riscos ambientais.

O item 9.3.1.1. da NR-09, determina que a: '[...] elaboração, implementação, acompanhamento e a avaliação do PPRA poderão ser feitas pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho ou por pessoa ou equipe de pessoas que, a critério do empregador, sejam capazes de desenvolver o disposto nesta NR'.

Solicito, auxilio do Cremers, pois já fiz duas defesas e tenho que fazer mais esta."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Medicina do Trabalho**, formada pelos Senhores Doutores Antônio Mário Guimarães, Arthur da Motta Lima Netto, Cláudio Schmitt, Dirceu F. de Araújo Rodrigues, Iseu Milman, João Alberto Maeso Montes e Sérgio Xavier da Costa:

"A Câmara Técnica de Medicina do Trabalho informa que a legislação vigente é clara e transparente, conforme está transcrita acima e já foi objeto de documento expedido pelo Cremers em parecer emitido pelo Conselheiro Dr. Iseu Milman.

Assim sendo, este programa pode ser realizado pelos profissionais legalmente competentes para encaminhar tal estudo preventivo, diante dos riscos ambientais definidos pelo mesmo dispositivo legal, entre eles, o Médico do Trabalho."

Medicina Intensiva

Coordenação: Dr. Jefferson Pedro Piva

Componentes:

Dr. Edemar M. Costa Pereira Dr. Fernando Suparregui Dias Dr. Jairo Constante B. Othero Dr. Mauro Luiz Kaufmann Dra. Tânia Maria Rohde Maia

Parecer nº 44/2007 Assunto: Critérios para Admissão de Pacientes

Da Consulta

Trata-se dos questionamentos abaixo:

"Conforme requerimento recebido do Coordenador Médico da UTI-Geral do Hospital Universitário São Francisco de Paula, vimos por meio deste solicitar parecer deste Conselho sobre o que segue:

- É consenso geral o fato de que o paciente eleito para tratamento intensivo deve preencher alguns critérios de admissão, dentre eles a potencial reversibilidade da patologia que indicou tratamento em ambiente especializado.
- Com intuito de aperfeiçoar a utilização dos nossos atuais dez leitos adultos em UTI, questionamos:
- Nossa Unidade conta com protocolos de admissão à UTI, elaborados pelo corpo médico da Unidade. Ética e legalmente é possível barrar a entrada dos pacientes que não preencham esses critérios? É possível não admitirmos pacientes os quais não tenhamos resolubilidade no nosso hospital, uma vez que é extremamente dificultosa a transferência de pacientes a outros hospitais na cidade, após a sua entrada na UTI? Sob aspectos ético e legal, até que ponto nossos protocolos protegem a equipe médica de eventuais questionamentos por parte de colegas? E eventuais processos?"

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Medicina Intensiva**, formada pelos Senhores Doutores Edemar M. Costa Pereira, Jairo Constante B. Othero, Jefferson P. Piva, Mauro Kaufmann e Tânia Maria Rohde Maia.

o "Ética e legalmente é possível barrar a entrada dos pacientes que não preencham esses critérios?

- Recomenda-se que a decisão do médico intensivista seja feita com base nos Protocolos Assistenciais do hospital, estabelecidos e pactuados com a direção clínica do hospital, produto de co-responsabilidade do corpo clínico e direção do hospital.
- A decisão, sempre que possível, deve ser tomada em comum acordo com o médico solicitante, ainda que retendo o médico intensivista, sob sua responsabilidade, a decisão final.
- Casos complexos e que envolvam conflitos entre diferentes avaliações médicas podem ser oportunamente encaminhados à Direção Médica e/ou à Comissão de Ética do hospital.
- Portanto, é sim possível negar a internação de pacientes em uma UTI desde que avaliados por médico intensivista e sejam considerados:
- sem indicação para cuidados intensivos;
- com indicação para cuidados intensivos, mas sem disponibilidade momentânea de leito.

o É possível não serem admitidos pacientes para os quais não tenhamos resolubilidade no nosso hospital?

- Deve ser responsabilidade do médico intensivista oferecer todo o cuidado intensivo a seu alcance aos pacientes graves de seu hospital mesmo para os quais a UTI não tenha o tratamento específico a ser oferecido.
- Deve igualmente o médico intensivista auxiliar para que a transferência e a remoção desse paciente para outro hospital se dêem de forma segura.
- A eventual internação em UTI dependerá da necessidade dos cuidados a serem ofertados para sua estabilização e posterior transferência, em conformidade com a avaliação do médico intensivista.

o Até que ponto nossos protocolos protegem a equipe médica de eventuais questionamentos por parte de colegas?

 O atendimento a pacientes quando orientados por protocolos clínicos é elogiável e desejável a todo o serviço, desde que baseado no melhor critério científico, na aplicação justa de recursos, na condição local e sua disponibilidade em equipamentos e recursos humanos, assim como na condição de evitar obstinação terapêutica e futilidade, dentre outras premissas éticas.

- Atendidos os quesitos acima, bem como o da ampla difusão dos protocolos, é aceitável e desejável que tais protocolos guiem as decisões clínicas, inclusive acerca da admissão na UTI.
- Os protocolos clínicos são aceitos legalmente e cientificamente como apoio nas decisões tomadas, desde que respeitadas as autonomias dos sujeitos envolvidos.
- Os protocolos, uma vez estabelecidos e pactuados com a Direção e Corpo Clínico do hospital, podem orientar as decisões de admissão, transferências e altas do hospital e UTI.
- Contudo, nenhum protocolo pode substituir a natural responsabilidade de um médico em sua prática profissional, seja ela qual for, em qualquer das condições em que se dê."

Nefrologia

Coordenação: Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

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

Parecer nº 58/2007 Assunto: Consentimento Informado para Clínica de Nefrologia

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

"Vimos através desta solicitar parecer a esta Entidade sobre a adequação de termo de consentimento informado (anexo) a ser utilizado na Nefroclínica – Clínica de Doenças Renais Ltda., inscrita no CRM sob o número 2.1-RS-966-08."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Ne- frologia**, formada pelos Senhores Doutores Clotilde Druck Garcia, Domingos Otávio L. d'Avila, Ivan Carlos Ferreira Antonello e João José Andreuchetti de Freitas:

"Respondendo ao questionamento acima, a Câmara Técnica de Nefrologia informa que:

- O termo de consentimento informado deve ser substituído por termo de consentimento livre e esclarecido;
- 2. A linguagem utilizada no termo deve ser do entendimento da população em geral;
- 3. No termo deve constar a possibilidade da revogação da vontade expressa em qualquer momento."

Neurologia e Neurocirurgia

Coordenação: Dr. Ivan de Mello Chemale

Componentes:

Dr. Eduardo Beck Paglioli
Dr. Jaderson Costa da Costa
Dr. Mario Ferreira Coutinho
Dr. Nelson Pires Ferreira
Dr. Sérgio Roberto Haussen

Parecer nº 30/2007 Assunto: Responsável Pela Cranioplastia

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

"Visando instruir processo administrativo disciplinar, solicitamos a vossa senhoria nos seja esclarecido se um procedimento neurocirúrgico de urgência, no qual ocorre a retirada de parte da calota craneana, a responsabilidade da craneoplastia posterior é da mesmo cirurgião que realizou o procedimento inicial?"

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Neurologia e Neurocirurgia**, emitido em reunião realizada no dia 11 de junho de 2007, na qual estavam presentes os Senhores Doutores Eduardo Beck Paglioli, Ivan de Mello Chemale, Nelson Pires Ferreira e Sérgio Roberto Haussen:

"A Câmara Técnica de Neurologia e Neurocirurgia é de opinião que a realização da cranioplastia, fora do período de urgência, não é necessariamente responsabilidade do cirurgião que realizou o procedimento inicial."

Parecer nº 56/2007

Assunto: Licitude de Laudo Feito Por Não Médico

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

"Dispõe o psicólogo da competência legal e dos instrumentos clínicoprofissionais hábeis para o diagnóstico da DOENÇA DE ALZHEIMER, mormente para exercitá-lo em contradição ao respectivo diagnóstico exarado em laudo pericial na responsabilidade técnica de um médico-psiquiatra?"

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Neurologia e Neurocirurgia**, formada pelos Senhores Doutores Eduardo Beck Paglioli, Ivan de Mello Chemale, Jaderson Costa da Costa, Mario Ferreira Coutinho, Nelson Pires Ferreira e Sérgio Roberto Haussen:

"A Câmara Técnica de Neurologia e Neurocirurgia entende que a Doença de Alzheimer ocasiona modificações no sistema nervoso central que levam a alterações de ordem comportamental, sensorial, motora e autonômica. Ela se enquadra dentro das enfermidades que causam demência, que constituem um capítulo dentro da Neurologia.

No diagnóstico das demências devem ser consideradas, portanto, as alterações cognitivas/comportamentais, sensoriais/sensitivas, motoras e autonômicas. Elas podem ser atingidas em graus diferentes e em seqüência diferente em cada paciente. Para o diagnóstico adequado da Doença de Alzheimer e a diferenciação com relação às outras causas de demências, torna-se necessário o conhecimento de neuropatologia, semiologia neurológica, clínica neurológica, neurorradiologia, laboratório em neurologia e eletroencefalografia.

Tendo em vista as alterações comportamentais/cognitivas dos pacientes com a Doença de Alzheimer, a avaliação das condições psicológicas/cognitivas representa apenas um detalhe do conjunto de aspectos semiológicos a serem considerados para que possa ser feito o diagnóstico diferencial das demências.

Por todos os aspectos mencionados acima, julgamos que os psicólogos não dispõem dos instrumentos clínico-profissionais hábeis para o diagnóstico da Doença de Alzheimer e, portanto, da competência legal para independentemente diagnosticar ou questionar o diagnóstico da mencionada doença."

Parecer nº 83/2007 Assunto: Indicação de Tratamentos Sobre Caso Exposto

Da Consulta

Trata-se do seguinte questionamento:

"Um paciente com 80 anos e 9 meses de idade é encaminhado ao neurocirurgião com diagnóstico já conhecido, por investigação neurorradiológica, de estenose da Artéria Carótida Interna Direita, por placa ateromatosa, com estimativa de redução de 80% da luz do vaso, sintomática. Apresenta, associado um tumor cerebral (Neurinoma do acústico à esquerda) no momento, assintomático.

No caso acima exposto, qual seria a indicação de tratamento mais adequada para o quadro:

- I. Tratamento endovascular com angioplastia e colocação de Stent na carótida?
- 2. Tratamento com Endarterectomia?"

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Neuro-logia e Neurocirurgia**, formada pelos Senhores Doutores Eduardo Beck Paglioli, Ivan de Mello Chemale, Jaderson Costa da Costa, Mario Ferreira Coutinho, Nelson Pires Ferreira e Sérgio Roberto Haussen:

- I. "O neurinoma de acústico assintomático não modifica qualquer opção terapêutica (procedimento endovascular ou cirúrgico).
- 2. A opção endovascular ou cirúrgica está na dependência das condições gerais do paciente.
- 3. São indicações clássicas do método endovascular: idade avançada, bifurcações carotídeas altas e reestenoses.

Nutrologia

Coordenação: Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

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

Parecer nº 29/2007 Assunto: Material Educativo para Bares e Cantinas de Escolas

Da Consulta

Trata-se de material educativo a ser entregue aos responsáveis por bares e cantinas em escolas.

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Nutro-logia**, formada pelos Senhores Doutores Elza Daniel de Mello, Luiz José Varo Duarte e Paulo Francisco Henkin.

"Com relação à consulta em epígrafe, esta Câmara Técnica opina que:

- O material apresentado não tem formato educativo. Não se apresentam textos que abordem os principais conceitos sobre "alimentação equilibrada".
- 2. As idéias apresentadas são discutíveis e caracterizadas por opiniões pessoais, uma vez que carecem de referências bibliográficas.
- 3. Sugerimos consulta para elaboração de material educativo sobre Política de Alimentação e Nutrição da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul ao Serviço de Nutrologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e às Faculdades de Nutrição da UFRGS, da PUCRS, da FFFCMPA e do IPA."

Oftalmologia

Coordenação: Dr. Joaquim José Xavier

Componentes: Dr. Afonso Reichel Pereira Dr. Marco Antônio M. Oliveira Dr. Vitor Saalfeld

Parecer nº 05/2007

Assunto: Confecção de Lentes de Contato e Óculos de Grau por Optometristas

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

"...apreciação de risco ao consumidor relativo à prática de confecção de lentes de contato e óculos de grau, com o manejo de aparelhos de auto-refratores ceratômetros por profissional técnico em optometria, sem prévio exame oftalmológico, diretamente realizado por ótica... solicita seja encaminhado parecer ou opinião da classe médica sobre a existência dos riscos concretos em tal prática e, em quais hipóteses, faz-se imprescindível exame médico prévio à confecção de lentes de correção de visão."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Oftalmo-logia**, formada pelos Senhores Doutores Joaquim José Xavier, Afonso Reichel Pereira, Marco Antônio M. Oliveira e Vitor Saalfeld.

"Em resposta ao questionamento acima, a Câmara Técnica de Oftalmologia informa que "afora a questão legal que por si só já veda que optometristas diagnostiquem erros de visão, indiquem terapêutica, prescrevam lentes ou óculos, o desconhecimento da Medicina pode fazer com que optometristas deixem passar desapercebidas patologias oculares e sistêmicas, de manifestação ocular, causando prejuízos incalculáveis à população".

Segundo a literatura médica o exame oftalmológico compreende uma série de conceitos próprios da atividade médica em tal exame, podem ser detectadas enfermidades e portanto tratadas precocemente considerando o risco à vida do paciente e à saúde pública como por exemplo: diabetes, cardiopatias, tumores intracranianos, AIDS e doenças oculares infecto-contagiosas, algumas até assintomáticas que podem levar à cegueira, como glaucoma, cataratas e retinopatias.

Sob o ponto de vista legal, a prática da refração e a indicação de correção de defeitos de visão por meio de lentes de grau seja em óculos, seja de contato, bem como a adaptação destas, são atos vedados nas legislação brasileira atual (com inúmeras decisões de lº e 2º grau, dentro e fora do Estado), a optometristas ou quaisquer outros profissionais que não os médicos regularmente inscritos em Conselhos Regionais de Medicina."

Parecer nº 17/2007 Assunto: **Terapia Dinâmica**

Da Consulta

Trata-se do questionamento acerca da Terapia Dinâmica.

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Oftalmo-logia**, formada pelos Senhores Doutores Joaquim José Xavier, Afonso Reichel Pereira, Marco Antônio M. Oliveira e Vitor Saalfeld.

"A terapia fotodinâmica é um procedimento reconhecido pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia e pela FDA (Food and Drugs Administration) como terapêutica isolada ou combinada no tratamento da DMRI (Degeneração Macular Relacionada à Idade) do tipo exsudativa ou úmida, com indicações precisas e resultados limitados."

Parecer nº 18/2007 Assunto: Tratamento Indicado por Optômetra

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

Por que a indicação do tratamento para estrabismo divergente não pode ser feita por optômetra? Quais os riscos disso decorrentes?

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Oftal-mologia**, formada pelos Senhores Doutores Joaquim José Xavier, Afonso Reichel Pereira, Marco Antônio M. Oliveira e Vitor Saalfeld.

"A Câmara Técnica de Oftalmologia informa que a prescrição de refração e tratamento de estrabismo é ato exclusivamente médico. Conclusão: optômetra não é atividade médica, tampouco existe reconhecimento desta profissão no Brasil. Reforçamos que o fato em questão caracteriza peremptoriamente o exercício ilegal da Medicina. Qualquer pessoa que venha a exercer essa atividade ilegal em consulta ou tratamento, apresentará automaticamente, pela ausência da devida capacitação, risco para a saúde ocular do paciente assim fraudado."

Parecer nº 30/2006 Assunto: Procedimentos com Yag Laser

Da Consulta

Trata-se do seguinte questionamento: "Procedimentos com Yag Laser como capsulotomia e Iridotomia podem ser feitos em consultório médico ou é um procedimento que deve ser feito em bloco cirúrgico?"

Do Parecer

Com relação à presente consulta, a Câmara Técnica de Oftalmologia informa que capsulotomia e/ou iridotomia através de **Yag Laser** são procedimentos não invasivos, que são realizados em consultórios oftalmológicos, **dispensando**, portanto, sua realização em bloco cirúrgico.

Parecer nº 38/2007 Assunto: Capsulotomia por Yag Laser

Da Consulta

Trata-se de parecer da Câmara Técnica sobre: "Capsulotomia por YAG LASER após a cirurgia de catarata (facoemulsificação)", tendo em vista ter tomado conhecimento de negativa de auditor a autorizar o pagamento deste procedimento.

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Oftal-mologia**, formada pelos Senhores Doutores Joaquim José Xavier, Afonso Reichel Pereira, Marco Antônio M. Oliveira e Vitor Saalfeld.

"Com relação à técnica da cirurgia da catarata, realiza-se a capsulorrexis anterior para ter acesso ao conteúdo do cristalino que é removido na técnica de facoemulsificação.

Logo após faz-se o implante da lente intra-ocular no interior do saco capsular, tendo como anteparo posterior para a lente implantada a cápsula posterior do cristalino.

Em questão de dias, semanas, meses, ou anos, conforme os cuidados do paciente, alguns tipos de lentes intra-oculares são fatores predisponentes à opacificação da cápsula posterior. Neste caso está indicada a aplicação do YAG LASER em que se faz a capsulotomia posterior, para liberar o eixo visual.

Concluindo, não se realiza no momento da cirurgia da catarata a capsulotomia posterior, uma vez que a mesma necessita desse anteparo, até que haja a fibrose lenticular junto às alças das referidas lentes.

É o parecer."

Parecer nº 57/2006 Assunto: Utilização de campo Cirurgico com Bag

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

"A presente consulta, busca embasamento para justificar a indenização pelos convênios, para a utilização de campos cirúrgicos descartáveis oftalmológico, em resposta ao questionamento encaminhado pelo hospital a este gestor.

Qual a importância do campo cirúrgico descartável auto-adesivo com 'Bag' na prevenção de infecção ocular per-operatória, por exemplo, endofitalmite nas micros-cirurgias oculares, em especial nas facetomias com implante de lente intra-ocular?"

Do Parecer

Com relação à presente consulta, a Câmara Técnica de Oftalmologia informa que o campo cirúrgico descartável auto-adesivo com bag é um imprescindível instrumento per-operatório na profilaxia das infecções oculares. O mesmo tem a capacidade de isolar os cílios, glândulas acessórias das margem palpebrais, flora respiratória do próprio paciente, além da praticidade e o conforto ao paciente na anestesia local.

Parecer nº 57/2007 Assunto: "Teste do Olhinho"

Da Consulta

Trata-se de parecer emitido por iniciativa da própria Câmara Técnica sobre: "Teste do Olhinho."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Oftal-mologia**, formada pelos Senhores Doutores Joaquim José Xavier, Afonso Reichel Pereira, Marco Antônio M. Oliveira e Vitor Saalfeld.

"A Câmara Técnica de Oftalmologia entende que o "Teste do Olhinho" é um exame que deve ser realizado pelo médico **Pediatra**, preferencialmente antes da alta hospitalar, no berçário.

O pediatra ou neonatologista poderá levantar suspeição sobre alterações oculares específicas. Através do uso de um oftalmoscópio direto, procura visualizar o reflexo vermelho da retina pela fenda pupilar. Não obtendo este resultado, poderá estar diante de patologias específicas, tais como catarata congênita, persistência do humor vítreo primário, hemorragia intra-ocular, tumores oculares grandes, glaucoma congênito (alguns casos), entre outros.

Diante dessas situações, é mandatório o encaminhamento ao oftalmologista.

O "Teste do Olhinho" tem o mérito de valorizar precocemente e chamar a atenção sobre a importância do sentido da visão no ser humano, podendo prevenir sequelas permanentes.

É importante esclarecer que o exame em tela não participa do diagnóstico de alterações refracionais (miopia, astigmatismo e hipermetropia). Estes vícios refracionais correspondem à maior prevalência de alterações visuais, evitando casos futuros de ambliopia (diminuição da função visual).

É o parecer."

Parecer nº 58/2006 Assunto: Desinfecção da Sala Cirúrgica Oftalmológica

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

- I. Há legislação que determine e/ou normatize a desinfecção da sala de cirurgias oftalmológicas nos intervalos entre um procedimento e outro, com duração mínima de 20 minutos, evitando o aumento de risco de infecção hospitalar pós-operatória?
- 2. A rotina da desinfecção acima referida é contemplada pela literatura médica oftalmológica? Quais?

Do Parecer

Respondendo ao primeiro questionamento, a Câmara Técnica de Oftalmologia informa que não há uma legislação específica que determine ou normatize a **desinfecção** da sala de cirurgias oftalmológicas nos intervalos dos procedimentos.

Entretanto, o que segue é que nos intervalos cirúrgicos ocorre a **limpeza** da sala, ou seja, recolhimento do lixo, eliminação de descartáveis, higienização da maca cirúrgica com a respectiva troca de sua roupa, limpeza do chão (se necessária), esterilização do instrumental cirúrgico.

A **limpeza terminal** é recomendada uma vez por semana com o bloco cirúrgico fechado para qualquer procedimento, quando são limpas, de uma forma minuciosa, as paredes, macas e aparelhos em geral que compõem a sala.

O tempo gasto para a referida limpeza não é cronometrado, dependendo da agilidade do pessoal de apoio.

Quanto ao segundo item, sobre a literatura existente que rege os procedimentos acima citados, tratando-se de **recomendações** (seguidas pelas Comissões de Infecção Hospitalar) em guidelines AORN (Association Operate Room Nurses - USA) e/ou SOBEC (Sociedade Brasileira de Enfermeiras de Centro Cirúrgico).

Parecer nº 76/2007 Assunto: Venda de Óculos que Não Contenham Proteção contra Raios UV

Da Consulta

Trata-se da seguinte solicitação:

"Pedido de parecer a respeito do Projeto de Lei nº 194/14L/2006 que dispõe sobre a proibição de venda, no âmbito do Município de Novo Hamburgo, de óculos solar que não contenham proteção aos raios UV."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Oftal-mologia**, formada pelos Senhores Doutores Joaquim José Xavier, Afonso Reichel Pereira, Marco Antônio M. Oliveira e Vitor Saalfeld.

"A Câmara Técnica de Oftalmologia entende, com relação à venda de óculos solar, que deve haver proteção máxima de raios UV.

Este é o parecer."

Ortopedia e Traumatologia

Coordenação: Dr. Sílvio Pereira Coelho

Componentes:
Dr. Afrane Serdeira
Dr. Ivo Schmiedt
Dr. Isaias Levy
Dr. Lauro Machado Neto

Parecer nº 60/2007 Assunto: Atestados, Laudos e Pareceres

Da Consulta

"Trata-se dos questionamentos abaixo:

- I. Limites da responsabilidade do médico assistente ao atestar 'incapacidade laborativa'.
- 2. É recomendável o perito da Previdência solicitar ao periciando que peça ao médico assistente atestado sobre tratamento, exames, etc?
- 3. Quais as questões que considera conflitivas neste tema?
- 4. Outras contribuições e sugestões."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Ortopedia e Traumatologia**, formada pelos Senhores Doutores Afrane Serdeira, Isaias Levy, Ivo Schmiedt, Lauro Machado Neto e Sílvio Pereira Coelho:

"A Câmara Técnica de Ortopedia e Traumatologia, respondendo aos questionamentos acima, entende que:

- I. Não compete ao médico assistente atestar incapacidade laborativa, pois não pode ser perito do próprio paciente, conforme o artigo 120 do Código de Ética Médica, que veda ao médico 'ser perito de paciente seu, de pessoa da sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho'.
- 2. Não. Consideramos ser recomendável o perito ter condições para tal ato.
- 3. A cada perícia os peritos costumam solicitar novos exames, pelos médicos assistentes, muitos dos quais já realizados, fato esse que sobrecarrega os ambulatórios e muitas vezes cria atritos com os médicos assistentes. Em relação aos pacientes que aguardam tratamento cirúrgico para o qual não existe data prevista, não vemos a necessidade do fornecimento de atestado do médico assistente a cada perícia realizada. O próprio perito pode e deve solicitar exames que para ele são necessários para concluir a perícia.
- 4. Quando o médico assistente é colocado na posição de perito, normalmente se deteriora a relação médico-paciente."

Parecer nº 62/2006 Assunto: Procedimentos Considerados Experimentais

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

Os seguintes procedimentos são considerados como experimentais ou são de comprovado benefício clínico e normatizados (ou a normatizar)?

- 1. Tratamento com ondas eletromagnéticas pulsáteis em casos de discopatia degenerativa.
- 2. Sessões de oxigênio ativo para o tratamento de dorsalgia.

Do Parecer

A Câmara Técnica de Ortopedia e Traumatologia informa que em ampla pesquisa que realizou via internet nos sites da *Medline* e *Cochrane Library*, nada foi encontrado quanto à aplicação de ondas eletromagnéticas pulsáteis em casos de discopatia degenerativa.

De outra parte, também não há referências científicas de que o uso de oxigênio em hiperpressão possua propriedades para o tratamento de dorsalgia.

O tratamento hiperbárico consiste na oferta de oxigênio puro, numa pressão um pouco maior que a pressão atmosférica, de modo a aumentar sua concentração na corrente sangüínea do paciente, e, conseqüentemente, nos demais tecidos do corpo. Com oxigênio ou outras misturas gasosas, a câmara hiperbárica é um fator essencial no tratamento de pacientes:

- queimados e com infecções recorrentes;
- com envenenamento por monóxido de carbono;
- com embolia devido a acidente de mergulho;
- diabéticos com processo de gangrena em estágio avançado.

Parecer nº 79/2006

Assunto: Prática Ortomolecular

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

Qual o valor terapêutico e científico dos procedimentos associados à prática ortomolecular utilizados para reativação de sistema de células mineralizadoras (osteoblastos) com intuito de aumento de mineral na estrutura óssea para aceleração da consolidação de fraturas – Fêmur.

A prescrição utilizada é dos seguintes componentes:

- Magnésio quelado 250mg
- Zinco glicina 30mg
- Manganês glicina 3mg
- Vitamina K Img
- Vitamina E 400mg
- Cromo quelado 200mg
- lodo quelado 150mg
- NADH 5mg
- Colina Bitartarato 200mg
- Acido Fólico Img
- Vitamina B2 25mg
- Potássio Complexo 100mg
- N Acetil cisteína 300mg
- Vitamina BI5 100mg
- Licopeno 5mg

- Cálcio quelado 500mg
- Cobre glicina 2mg
- Boro quelado 5mg
- Vitamina D3 400UI
- Vitamina B5 100mg
- Selênio quelado 200mg
- Coenzima Q10 50mg
- Fosfatidilcolina 150mg
- Biotina Img
- Vitamina BI 100mg
- Vitamina B12 Img
- \bullet L Acetil carnitina 100 mg
- Vitamina C 300mg
- Beta Caroteno 100mg

Do Parecer

A Câmara Técnica de Ortopedia e Traumatologia informa que em relação "ao valor terapêutico e científico dos procedimentos associados à prática ortomolecular utilizados para reativação de sistema de células "mineralizadoras" (osteoblastos), com intuito de aumento de mineral na estrutura óssea para aceleração de fraturas – Fêmur":

- O texto usado, para influir incautos, está maquiado, por exemplo, sugerindo a mineralização de células, esquecendo que se trata de estruturas vivas em que o termo não se enquadra;
- 2. Não existe nenhum valor terapêutico dos componentes citados.

Otorrinolaringologia

Coordenação: Dr. Geraldo Druck Sant'Anna

Componentes:

Dr. Alberto Alencar Nudelmann
Dra. Berenice Dias Ramos
Dr. Gerson Schulz Maahs
Dr. José Seligman
Dr. Marcelo Zanini Correa

Parecer nº 45/2007 Assunto: Surdez Unilateral

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

"Bom dia! Meu nome é Fábio Freitas e tenho uma dúvida e gostaria de saber se vocês poderiam me ajudar. A minha dúvida está relacionada à área de otorrinolaringologia. Pela legislação vigente hoje, mais especificamente o decreto 3.298/99, surdez unilateral, total e irreversível, não é considerada como deficiência. Eu gostaria de saber se há algum parecer, resolução da Câmara Técnica de Otorrino, ou algo do tipo, que defina CLINICAMENTE se surdez unilateral é uma deficiência ou não. Ficaria muito grato se vocês pudessem me auxiliar, ou se não puderem, me relatassem onde poderia obter tais informações. Fico no aguardo de um retorno! Att, Fábio Freitas."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Otor-rinolaringologia**, elaborado na reunião realizada em 13 de junho de 2007, na qual estavam presentes os Senhores Doutores Geraldo Druck Sant'Anna, Alberto Alencar Nudelmann, Berenice Dias Ramos, Gerson Schulz Maahs, José Seligman e Marcelo Zanini Correa:

"Respondendo ao questionamento acima, a Câmara Técnica de Otorrinolaringologia entende que:

Segundo a legislação atual:

I. O Decreto 3.298/1999, modificado pelo Decreto 5.296/2004, considera 'deficiência auditiva' a 'perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (db) ou mais, aferida por audiograma nas freqüências de 500Hz, I.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz,'; logo, surdez unilateral total e irreversível, chamada de ouvido único, ou orelha única, não é considerada, do ponto de vista destes decretos, deficiência.

- 2. A Resolução nº 80 do DENATRAN permite que portadores de ouvido único obtenham Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em qualquer categoria; logo, também não são considerados deficientes físicos sob este aspecto.
- 3. O Comitê Nacional de Ruído e Conservação Auditiva considerou de alto risco a admissão de portadores de ouvido único em postos de trabalho ruidosos, mesmo com o uso de EPI auditivo. Baseia-se no artigo 132 do Código Penal Brasileiro, que considera crime 'expor a vida ou saúde de outrem a perigo direto e iminente', ainda mais em se tratando de órgão único.
- 4. Conforme o mesmo artigo 132 do Código Penal Brasileiro, os portadores de ouvido único também devem ser excluídos de trabalhos com periculosidade (explosivos, armas de fogo e eletricidade).
- 5. As demais atividades são perfeitamente compatíveis com portadores de ouvido único."

Parecer nº 56/2006 Assunto: Estomatologia

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

- 1. Que é Estomatologia e qual a especialidade e/ou área de atuação realiza este procedimento?
- 2. A Estomatologia pode ser realizada por odontólogo?

Do Parecer

Respondendo ao primeiro questionamento, a Câmara Técnica de Otorrinolaringologia informa que a Estomatologia é uma especialidade da Odontologia aprovada, regulamentada, registrada e reconhecida pelo Conselho Federal de Odontologia em 1992.

A área de atuação dessa especialidade é diagnóstico, tratamento e prevenção da patologia bucal.

O Conselho Federal de Medicina não reconhece a estomatologia como especialidade médica, embora a Otorrinolaringologia, a Cirurgia de Cabeça e Pescoço, a Dermatologia e a Medicina Interna atuem também na cavidade bucal.

Com relação ao segundo questionamento, respondemos que sim.

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

Parecer nº 34/2007

Assunto: A Presença de Médico Pediatra e Anestesiologista na Sala de Parto é Obrigatória?

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

"Se nos casos de partos normais e cesáreos é obrigatória a presença de médico pediatra; se existe recomendação e/ou normativa que atribui a alguém a iniciativa de chamar tal profissional; e, ainda, se em caso de parto cesáreo é obrigatória a presença de anestesiologista."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Pediatria**, formada pelos Senhores Doutores Alfredo Floro Cantalice Neto, Carlos Eduardo Nery Paes, Enio Rotta, Ércio Amaro de Oliveira Filho e Luiz Fernando Loch:

"A Câmara Técnica de Pediatria informa que se trata de dois questionamentos.

Ao primeiro, a resposta é não.

Não há dispositivo legal que determine especificamente a obrigatoriedade de presença de pediatra em sala de parto.

Todavia, a Lei 8.069 de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), em seus artigos 4º e 11 indica deveres da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público, e direitos do recém-nascido, priorizando a saúde como direito elementar.

O Parecer nº 58/2003, das Câmaras Técnicas de Ginecologia e Obstetrícia, Perinatologia e Pediatria, afirma que as instituições que se dispõem a atender parturientes devem contar no local, dentre outros, com a presença de médico especialista em Pediatria.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, mediante a Resolução 123/98, estabeleceu que as Unidades de Saúde prestadoras de Assistência Perinatal devem manter equipe médica de assistência à gestante, constituída, dentre outros profissionais, por pediatras.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, pela Resolução 070/2003, resolveu que as maternidades classificadas como de média complexidade nível I, deverão contar com pelo menos I (um) médico em cada uma de suas equipes, que esteja habilitado em técnicas de reanimação neonatal, e que as maternidades classificadas como de média complexidade níveis 2 e 3 deverão contar, em suas equipes médicas de plantão, com a presença de médico pediatra (também capacitado em reanimação neonatal) para assistência ao recém-nascido na sala de parto em todos os partos.

Deste modo, a Câmara Técnica de Pediatria do Cremers recomenda que, nos municípios onde há médico pediatra, estes devam ser os médicos indicados para atendimento em sala de parto, tanto normais quanto nos cirúrgicos. Nos municípios onde não há médicos pediatras, que haja treinamento em reanimação neonatal para médicos, de forma a qualificar a assistência ao recém-nascido na sala de parto.

Quanto ao segundo item, recomendamos o encaminhamento à Câmara Técnica de Anestesiologia."

Perícias Médicas

Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes: Dra. Débora Maria Vargas de Lima

Dr. Gerson Petrillo Nunes
Dr. Nelson Antônio Tombini
Dr. Paulo Ricardo Fabris
Dra. Tatiana Della Giustina

Parecer nº 09/2007 Assunto: Incapacidade Laborativa e Atestado Médico

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

"Freqüentemente os médicos assistentes emitem atestados para fins de análise da perícia médica do INSS pronunciam-se sobre a incapacidade laborativa, ou sugerem aposentadoria dos seus pacientes. Muitas vezes opinam sobre a alta pericial e até sobre reabilitação profissional em documentos escritos em posse do seu paciente.

A legislação confere a prerrogativa exclusiva do médico perito de julgar incapacidade laborativa do periciado, se temporária ou permanente, e da necessidade de reabilitação profissional.

O médico assistente, ao atestar incapacidade, interfere na relação do perito com o cliente, gerando no mínimo uma situação de animosidade, quando não verificada essa condição no exame pericial; por outro lado, o médico assistente, ao pronunciar-se sobre ato exclusivo da perícia médica, está infringindo, a nosso ver, o artigo 120 de Código de Ética Médica que enuncia "é vedado 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".

Ao médico assistente cabe assistir paciente, tratá-lo e informar, quando solicitado, sobre a doença, terapêutica, prognóstico e, às vezes, tempo de recuperação em casos cirúrgicos. Ao médico perito cabe pronunciar-se sobre a incapacidade laborativa.

Doença não é sinônimo de incapacidade laborativa, pois esta depende da análise de uma série de variáveis incluindo profissão, gesto profissional, grau de esforço, análise de postos de trabalho, entre outras, que irão definir se aquela patologia incapacita ou não o indivíduo para sua atividade e por quanto tempo. Tornou-se prática comum, principalmente com determinados médicos, às vezes nem especialistas na matéria na qual se pronunciam, de atestar incapacidade por tempo indeterminado ou até de forma definitiva, que a nosso ver, é incompatível com os preceitos éticos enunciados."

Do Parecer

Em resposta à solicitação feita a esta Câmara Técnica de Perícias Médicas a seguir esclareceremos 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 previsto para a 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 artigo I20, 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;

Considerando o Manual dos Médicos Peritos da Previdência Social, no capítulo que trata das normas gerais em perícia médica: 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 <u>incapacidade laboral ou laborativa</u>, sendo este termo uma prerrogativa da elaboração de laudos periciais.

Parecer nº 59/2007 Assunto: Atestados, Laudos e Pareceres

Da Consulta

"Trata-se dos questionamentos abaixo:

- I. Limites da responsabilidade do médico assistente ao atestar "incapacidade laborativa".
- 2. É recomendável o perito da Previdência solicitar ao periciando que peça ao médico assistente atestado sobre tratamento, exames, etc?
- 3. Quais as questões que considera conflitivas neste tema?
- 4. Outras contribuições e sugestões."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Perícias Médicas**, formada pelos Senhores Doutores Débora Maria Vargas de Lima, Gerson Petrillo Nunes (Secretário), Nelson Antonio Tombini (Presidente), Paulo Ricardo Fabris e Tatiana Bragança de Azevedo Della Giustina.

"A Câmara Técnica de Perícias Médicas, respondendo aos questionamentos acima, entende que:

- 1. O médico perito, de um modo geral, deve avaliar documentação médica assistencial, atestados médicos, documentação de imagens, de laboratórios e solicitar outros exames que entender necessários, respeitadas as normativas de cada instituição.
- 2. É prerrogativa desta instituição que o periciando compareça à avaliação pericial munido de elementos comprobatórios de sua patologia.
- 3. Os termos utilizados pelo médico assistente em seus atestados.
- 4. Sugestões:
- Deve avaliar as limitações físicas e/ou mentais do examinando.
- Deve levar em conta a atividade profissional e física do examinando.
- Deve ter conhecimento do tratamento médico assistencial que já fez, que faz e que fará.

- Deve ter conhecimento do programa médico assistencial determinado ao examinando.
- Deve emitir um parecer conclusivo, claro, da capacidade laboral atual do examinando.
- Em relação à capacidade declarada que pode ser uniprofissional, multiprofissional e omniprofissional.
- Deve ter conhecimento do ambiente e do posto de trabalho do examinando."

Parecer nº 63/2006 Assunto: Perícia Presencial

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

"Em um ambulatório caracterizado por prestar atendimentos de atenção primária à saúde, com corpo clínico formado basicamente por médicos de família e clínicos gerais, fazem parte também do corpo clínico, dois médicos peritos, que atuam tanto na perícia de medicamentos abonáveis pelo plano de saúde como em perícias documentais e presenciais como o objetivo de enquadrar as solicitações de procedimentos ao normativos do plano de saúde.

É frequente também que médicos de pronto atendimento, sejam designados para realizar perícias presenciais nas quais não se sentem habilitados e temem estar causando algum dano ao paciente.

Diante disto questionamos:

- I. Qualquer tipo de perícia, que vise autorizar ou não um procedimento cirúrgico, exige conhecimento cirúrgico, e de materiais (órteses/próteses), além de treinamento específico na área?
- 2. O que fazer quando o médico é designado para realizar uma perícia e não se sente habilitado para tal?"

Do Parecer

A Câmara Técnica de Perícias Médicas informa que, diante da solicitação relativa ao procedimento de efetuar ato pericial em ambulatório de clínica médica de família, observa-se que uma perícia médica segue os fundamentos abaixo:

- Nas Leis e no Decreto e como no Processo Administrativo na Lei 9.784/99.
- No Código de Ética Médica.
- No normatividade do Conselho Federal de Medicina.
- Nas definições contidas no PL25 Lei do Ato Médico.

Os peritos médicos são especialistas em determinada matéria e por designação competente prestam serviço à Justiça, à Polícia e a outras Autoridades.

A Lei do Ato Médico em seu artigo 1º diz que este é todo o procedimento técnico-profissional praticado por médico habilitado.

Conforme o artigo I 18 do Código de Ética Médica, o médico não deve ultrapassar os limites das suas atribuições e competência, pois poderá ser responsabilizado judicialmente por imperícia e/ou imprudência e/ou negligência.

Diante do que nos foi relatado, entendemos que poderia estar havendo má interpretação semântica entre o conceito de laudo pericial e parecer/relatório médico. Assim sendo, vejamos:

- Parecer Médico é uma consulta feita a renomado especialista na respectiva área médica para a utilização em processos judiciais ou <u>administra-</u> <u>tivos</u>. São documentos oficiosos, particulares, encomendados para uma determinada finalidade.
- Laudo Pericial, por sua vez, é um documento médico legal realizado apenas pelo perito expert em um assunto questionado. A perícia é um meio probatório pelo qual se procura obter uma opinião (informação), fundamentada em conhecimentos técnico-científicos sobre um questão de fato que é útil no descobrimento ou na valoração de elemento de prova.
- Relatório Médico Especializado consiste na identificação do paciente, dados sumários de queixas presentes e passadas, antecedentes gerais, traumáticos, familiares, ocupacionais, exames físicos e complementares de maneira estritamente descritiva. A seguir, com uma conclusão se emite juízo de valor, sugerem-se condutas e recomendações que poderão ser úteis aos solicitantes da avaliação. Estes relatórios objetivam instruir processos administrativos ou judiciais, por exemplo, para convênios médicos.

O médico perito é passível de punição conforme o artigo 342 do Código Penal quando faz afirmação falsa, nega a verdade ou silencia sobre fato relevante.

Assim sendo, os médicos do corpo clínico do ambulatório não devem realizar o laudo pericial, pois não se enquadram nos requisitos acima relatados.

Parecer nº 97/2006 Assunto: É Permitida a Presença de Não Médico na Sala Durante Perícia?

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

I. O advogado de uma das partes ou de ambas pode permanecer na sala com o médico perito durante a perícia médica?

Do Parecer

A Câmara Técnica de Perícias Médicas, respondendo ao primeiro item, informa que não, porque o segredo médico é um dos pilares do exercício profissional. A interpretação do artigo 102 do CEM nos permite dizer que durante a coleta de dados, na qual podem ocorrer questionamentos de foro intimo, não é permitida a presença de outra pessoa que não seja médica. Exceto, a critério do perito, nas situações em que a presença de um acompanhante se torne imprescindível para a elaboração do laudo pericial.

Pneumologia e Tisiologia

Coordenação: Dr. Luciano Bauer Gröhs

Componentes:
Dr. Cláudio André Klein
Dr. Octávio Madureira Freire
Dr. Paulo de Tarso Roth Dalcin
Dr. Paulo José Zimermann Teixeira

Parecer nº 90/2007 Assunto: Provas de Função Pulmonar

Da Consulta

"Solicito parecer referente a Provas de Função Pulmonar. Gostaria de saber:

- I. Quais são os profissionais habilitados a executar espirometria, difusão pulmonar, medida dos volumes pulmonares, resistência pulmonar, teste de broncoprovocação e teste cardiopulmonar de exercício?
- 2. Quem pode emitir laudo desses exames? No caso de somente médicos, qual a titulação mínima exigida ou recomendada?
- 3. Há necessidade presencial de médico nos laboratórios durante a execução desses exames?
- 4. Algum desses exames é obrigatoriamente executado em ambiente hospitalar?
- 5. Quais os equipamentos de segurança que devem estar disponíveis em um laboratório de função pulmonar, de acordo com os exames realizados?
- 6. Há obrigatoriedade de os laboratórios terem Diretor Técnico Médico?"

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Pneu-mologia e Tisiologia**, formada pelos Senhores Doutores Cláudio André Klein, Luciano Bauer Gröhs, Luiz Octávio Madureira Freire, Paulo de Tarso Roth Dalcin e Paulo José Zimermann Teixeira:

"A Câmara Técnica de Pneumologia e Tisiologia, respondendo aos questionamentos acima, informa que:

Em relação ao primeiro quesito: Todos são atos médicos, sendo, portanto, de responsabilidade médica. Estão agrupados exames de diferentes graus de complexidade e de diferente risco. Entretanto, os exames podem ser executados por outros profissionais devidamente capacitados e com treinamento específico, sempre sob supervisão médica. Alguns exigem a presença do médico.

Quanto ao segundo quesito: Em se tratando de exame médico complementar, é indispensável a elaboração de laudo e, sendo ato médico, o laudo só pode ser emitido por médico, redigido em português; não deve ser utilizado laudos eletrônico emitido pelo próprio aparelho.

A única exigência é ser profissional médico legalmente habilitado.

Como se trata de exames de avaliação funcional respiratória, é fundamental que o médico possua amplos conhecimentos de fisiologia e fisiopatologia pulmonar, das normas técnicas que garantam a qualidade dos procedimentos, higiene e controle biológico, e que tenha passado por treinamento supervisionado. Todos esses requisitos são adquiríveis nos programas de residência médica em Pneumologia credenciados pelo MEC e CNRM.

Recomenda-se, portanto, que os exames de função pulmonar tenham laudos elaborados por médico pneumologista, exceção feita ao teste cardiopulmonar, que é procedimento comum também à especialidade de cardiologia.

Respondendo ao terceiro quesito: Nos exames de menor complexidade e risco, como espirometria e pressões respiratórias, não há necessidade presencial do médico no momento de sua realização.

Nos exames de maior complexidade - difusão, volumes pulmonares, resistência de vias aéreas - é recomendada a presença do médico como garantia de qualidade.

Nos exames que apresentam algum grau de risco para o paciente - broncoprovocação, teste cardiopulmonar - é obrigatória a presença do médico durante a sua realização.

Quanto ao quarto quesito: É recomendado que no local dos exames de broncoprovocação farmacológica estejam disponíveis equipamento para ressuscitação cardiopulmonar e a medicação adequada para reversão de broncoespasmo severo.

Recomenda-se que os testes de broncoprovocação pelo exercício e cardiopulmonares sejam realizados em ambiente hospitalar. Além de todos os equipamentos inerentes aos exames, o local deve contar com equipamento de ressuscitação cardiopulmonar, inclusive cardioversor-desfibrilador pronto para o uso. Equipe de atendimento de emergência cardiovascular e parada cardiorrespiratória deve estar acessível.

Em relação ao quinto quesito: Aplicam-se as normas vigentes do CFM e Cremers."

Psiquiatria

Coordenação: Dr. Rogério Wolf de Aguiar

Componentes:
Dra. Laís Knijnik
Dr. Miguel Abib Adad
Dr. Renato Lajus Breda
Dr. Rudyard Emerson Sordi

Parecer nº 74/2007 Assunto: Atestados, Laudos e Pareceres

Da Consulta

"Trata-se dos questionamentos abaixo:

- I. Limites da responsabilidade do médico assistente ao atestar "incapacidade laborativa".
- 2. É recomendável o perito da Previdência solicitar ao periciando que peça ao médico assistente atestado sobre tratamento, exames, etc.?
- 3. Quais as questões que considera conflitivas neste tema?
- 4. Outras contribuições e sugestões."

Do Parecer

Transcrevemos, abaixo, o parecer da **Câmara Técnica de Psiquiatria**, formada pelos Senhores Doutores Laís Knijnik, Miguel Abid Adad, Renato Lajus Breda, Rogério Wolf de Aguiar e Rudyard Emerson Sordi:

"A Câmara Técnica de Psiquiatria, respondendo aos questionamentos acima, entende que:

Atestados médicos emitidos pelo médico assistente são um direito do paciente e um dever do médico, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal, conforme determina o Código de Ética Médica, Resolução CFM nº 1.246/1988, quando diz em seu artigo 112 que é vedado ao médico:

'Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal'.

Em seu parágrafo único, o artigo assinala, ainda, que:

'O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração de honorários'.

Assim sendo, atestados informando o diagnóstico e impossibilidade de comparecer ao trabalho, escola etc. podem e devem ser emitidos pelo médico assistente, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

O documento médico legal que conclui sobre 'incapacidade laborativa', entretanto, não é um atestado, mas sim resultado de uma avaliação pericial expressa em um laudo. Os laudos, conforme assinala Maranhão, diferem de atestados por serem:

'Relatórios escritos e pormenorizados de tudo quanto os peritos julgam útil informar à autoridade judiciária'. (pg. 49)

Diz ainda que:

'Para o desempenho de sua função, podem o perito e os assistentes técnicos utilizar-se de todos os meios necessários, ouvindo testemunhas, obtendo informações, solicitando documentos que estejam em poder de parte ou repartições públicas, bem como instruir o laudo com plantas, desenhos, fotografias e outras quaisquer peças'. (pg.49)

Como documento médico legal, um laudo pericial deve seguir as regras técnicas de sua elaboração. Por exemplo; deve constar o preâmbulo onde o perito deverá descrever as suas titulações; o nome da autoridade que o nomeou ou quem o contratou no caso de assistentes técnicos, além de descrever minuciosamente a história clínica do paciente, estabelecer uma discussão diagnóstica; formular um diagnóstico positivo; estabelecer nexo causal entre a patologia e a incapacidade; adaptar a linguagem médica à linguagem jurídica; tecer comentários médicos legais e ser afirmativo nas suas conclusões. A capacidade laborativa ou não, portanto, não é objeto de um atestado médico, mas sim de uma perícia com finalidade específica e elaborada por profissional qualificado para tanto. Não é aconselhável, portanto, que o médico assistente assuma esta tarefa pelas características subjetivas que envolvem a relação médico/paciente, podendo comprometer a neutralidade que um perito deve ter.

O Código de Ética Médica corrobora este entendimento quando assinala, em seu artigo 120 que é vedado 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'.

O perito, seja da previdência social ou qualquer outra instituição, pode requerer -e é recomendável que requeira - todos os elementos, conforme assinalado acima, que ache necessários para que chegue a uma conclusão pericial. Entre estes pode solicitar atestados do médico assistente, na forma definida anteriormente, exames realizados, receitas prescritas, anamnese objetiva com familiares, etc.

Em princípio, as questões conflitivas são geradas mais por desconhecimento de definições de termos do que propriamente por técnicas periciais e competências. Por exemplo, o entendimento coloquial do termo 'incapacidade laborativa' não deve ser confundido com o conceito jurídico de tal termo no direito administrativo, condição que só pode ser firmada por laudo pericial, à semelhança de quando se fala em 'incapacidade civil', no direito civil, ou 'inimputabilidade' no direito penal. A questão a ser estudada é a da adequação da terminologia médica aos conceitos jurídicos.

Como sugestão, a Câmara Técnica de Psiquiatria entende interessante elaborar uma atividade científica visando esclarecer os tipos e competências para a elaboração de documentos médico-legais bem como a adequação dos conceitos e terminologia médica aos conceitos e terminologia jurídica pois parece existir muita desinformação a respeito."

Bibliografia Consultada:

Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 1.246/1988 MARANHÂO, O. R. Curso Básico de Medicina Legal. Malheiros Editores Ltda. São Paulo. 1994.

Parecer nº 82/2006 Assunto: Atendimentos de Apenados

Da Consulta

Trata-se dos questionamentos abaixo:

- I. Como funciona o atendimento de apenados fortemente guardados por agentes penitenciários?
- 2. É licito que se exija do médico psiquiatra do SUS atendimento a presidiários com alto grau de periculosidade conduzidos por agentes fortemente armados dentro dos consultórios, em consultas sem a privacidade necessária para tal procedimento?
- 3. O médico pode negar-se ao atendimento diante do risco, inclusive de vida, a que está exposto, como também a falta de condições adequadas para o desempenho do seu trabalho?

Do Parecer

A Câmara Técnica de Psiquiatria entende que apenados de alta periculosidade portadores de transtornos mentais deveriam ser atendidos em ambiente penitenciário, em que as condições necessárias para a segurança tanto do paciente quanto do profissional estejam contempladas. O profissional que atende tais pacientes deve ter o devido treinamento para exercer este trabalho que tem suas peculiaridades. Lembramos que Instituto Psiquiátrico Forense (IPF) atende casos de apenados que apresentem "superveniência de doença mental" num ambiente apropriado e com profissionais habilitados para tal.

O próprio Código de Ética Médica, em seu art. 23, diz que é direito do médico "recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente".

Este é o parecer elaborado pelos membros desta Câmara Técnica.

Radiologia

Coordenação: Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

> Componentes: Dr. Antônio Carlos Maciel Dr. Flávio Franciosi Aesse Dr. Paulo César Sanvitto

Parecer nº 55/2006 Assunto: Laudos Radiológicos

Da Consulta

Trata-se do seguinte questionamento: "Laudos Radiológicos devem ser assinados por especialista em Radiologia ou podem ser assinados por profissionais de outra especialidade como, por exemplo, ortopedista ou traumatologista?"

Do Parecer

Com relação à presente consulta, a Câmara Técnica de Radiologia informa que para formação de um serviço de radiologia é necessário um médico responsável técnico, especialista titulado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia.

Os laudos radiológicos podem ser assinados por outros especialistas.

Parecer nº 78/2006 Assunto: Tempo de Trabalho de Médico Responsável Técnico

Da Consulta

Trata-se do seguinte questionamento: "O médico responsável técnico em laboratório de ecografia médica, mamografia e radiologia é obrigado a trabalhar em tempo integral, no local pelo qual é responsável, ou basta estar presente alguns turnos por semana?"

Do Parecer

A Câmara Técnica de Radiologia, com base na Resolução CFM nº 1.352/92, considera: o médico responsável técnico em serviço de ecografia, mamografia e radiologia pode exercer seu trabalho em serviços distintos desde que haja compatibilidade de horários, não sendo portanto obrigado a trabalhar em tempo integral no mesmo local.

Será permitido assumir a responsabilidade de diretor técnico em, no máximo, duas instituições prestadoras de serviços médicos.

Parecer nº 87/2007 Assunto: Maneira Ética de Fazer Laudos Radiológicos

Da Consulta

Trata-se do seguinte questionamento:

"Respondendo a sua solicitação de 18/10/07, de maiores informações sobre nosso ofício nº 097/07 de 11/10/07, em que pedimos orientações sobre a maneira ética de fazer laudos radiológicos.

Enviamos especificamente cópia de um laudo radiológico com a sugestão de tratamento, que não foi o mesmo do médico assistente perante o paciente e seus familiares.

'As lesões descritas estão relacionadas a grande perda de volume sangüíneo (hipovolemia) e necessitam de tratamento cirúrgico imediato, conforme manual de atendimento em urgência/emergência ATLS.'

A Comissão de Ética do Hospital de Caridade de Ijuí bem como o médico assistente acham, e também estamos de acordo, de que o médico radiologista não pode e nem deve sugerir tratamento, nem as condições desse tratamento."

Do Parecer

Com relação à presente consulta, a Câmara Técnica de Radiologia informa que as recomendações do laudo radiológico devem conter os seguintes tópicos:

- Nome do exame
- Descrição de técnica (sempre que o exame for elaborado)
- Relato dos achados
- Conclusão ou comentários relativos aos achados correlacionado com as informações clínico-laboratoriais e possíveis diagnósticos diferenciais.

Sugestões de conduta médica não devem constar no relatório; elas poderão ser sugeridas pessoalmente ou por outras vias de comunicação incluindo sugestão de outros exames.

Segue anexo o Parecer n° 86/2005 relativo a exames complementares.

Urologia

Coordenação: Coordenação Geral das Câmaras Técnicas

Componentes:
Dr. Alcides Diniz Carvalhal
Dr. Carlos Eurico Dornelles Cairoli
Dr. Isidoro D.Papadopol
Dr. Renato Scaletscky

Parecer nº 95/2006 Assunto: Litrotripsia Extracorpórea por Ondas de Choque

Da Consulta

Trata-se do questionamento abaixo:

"É ético e legal, o Urologista iniciar uma Litrotripsia extracorpórea por ondas de choque, e não ficar presente o tempo integral com o paciente na sala, mas deixando o mesmo sob os cuidados de um Anestesista?"

Do Parecer

A Câmara Técnica de Urologia entende que a Leco é um procedimento médico cuja realização é responsabilidade do urologista, que é treinado para fazê-la. Há necessidade de planejamento quanto ao número e intensidade de impulsos em cada caso, bem como a localização do cálculo e acompanhamento do procedimento.

Por isto, tanto para iniciar quanto para terminar o procedimento, o urologista responsável pela realização deve estar presente. Na tabela AMB inclusive constam valores para tal.

