



**ARQUIVOS**  
do Conselho Regional  
de Medicina do Paraná

v.27 - n. 106 - Abr/Jun - 2010

**CRM** **PR**

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ**  
**GESTÃO 2008/2013**  
**DIRETORIA 1º/06/2010 a 31/01/2012**

Presidente:	Cons.	Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Vice-Presidente:	Cons.	Alexandre Gustavo Bley
Secretário Geral:	Cons.	Hélcio Bertolozzi Soares
1º. Secretário:	Cons.	José Clemente Linhares
2º. Secretário:	Cons.	Marco Antonio do S. Marques Ribeiro Bessa
1ª. Tesoureira:	Consª.	Roseni Teresinha Florencio
2º. Tesoureiro:	Cons.	Sérgio Maciel Molteni
Corregedor-Geral:	Cons.	Alceu Fontana Pacheco Júnior
1ª. Corregedora:	Consª.	Marília Cristina Milano Campos
2º. Corregedor:	Cons.	Roberto Issamu Yosida

**CONSELHEIROS**

Alceu Fontana Pacheco Júnior  
Alexandre Gustavo Bley  
Ana Maria Silveira Machado de Moraes (Maringá)  
Arnaldo Lobo Miró  
Carlos Puppi Buseti Mori (Cascavel)  
Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Clóvis Marcelo Corso  
Darley Rugeri Wollmann Júnior  
Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
Ehrenfried O. Wittig (indicado pela AMP)  
Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke  
Gerson Zafalon Martins  
Gustavo Justo Schulz  
Hélcio Bertolozzi Soares  
Hélio Delle Donne Júnior (Guarapuava)  
Joachim Graf  
José Carlos Amador (Maringá)  
José Clemente Linhares  
Keti Stylianos Patsis  
Lisete Rosa e Silva Benzoni (Londrina)

Luis Fernando Rodrigues (Londrina)  
Luiz Antonio de Melo Costa (Umuarama)  
Luiz Jacintho Siqueira (Ponta Grossa)  
Luiz Sallim Emed  
Lutero Marques de Oliveira  
Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa  
Marília Cristina Milano Campos  
Mário Teruo Sato  
Marta Vaz Dias de Souza Boger (Foz do Iguaçu)  
Maurício Marcondes Ribas  
Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho  
Monica De Biase Wright Kastrup  
Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi  
Paulo Roberto Mussi (Pato Branco)  
Raquele Rotta Burkiewicz (Falecida em 17/04/2010)  
Roberto Issamu Yosida  
Romeu Bertol  
Roseni Teresinha Florencio  
Sérgio Maciel Molteni  
Wilson José Ferreira de Paula (indicado pela AMP)  
Wilmar Mendonça Guimarães  
Zacarias Alves de Souza Filho

**Membros Natos**

Duilton de Paola, Farid Sabbag, Luiz Carlos Sobania, Luiz Sallim Emed, Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Hélcio Bertolozzi Soares, Gerson Zafalon Martins e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho.

**Departamento Jurídico**

Consultor Jurídico: Adv. Antonio Celso Cavalcanti Albuquerque  
Assessores Jurídicos: Adv. Afonso Proença Branco Filho e Martim Afonso Palma

**Departamento de Fiscalização**

Médicos fiscais de Curitiba: Dr. Elísio Lopes Rodrigues, Dr. Jun Hirabayashi e Dr. Graciane Peña Mogollon  
Médico fiscal do Interior: Dr. Paulo César Aranda (Londrina)  
defep@crmpr.org.br

**SECRETARIA**

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - Paraná - CEP 80810-340  
e-mail: crmpr@crmpr.org.br - Telefone: (41) 3240-4000 - Fax: (41) 3240-4001

ISSN 0104 - 7620  
**ARQUIVOS**

do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 27	n. 106	p. 61-116	Abr./Jun.	2010
---------------------------	----------	-------	--------	-----------	-----------	------

**EDITOR**

Ehrenfried Othmar Wittig

**CONSELHO EDITORIAL**

Donizetti D. Giamberardino Filho    Ehrenfried O. Wittig    Gerson Z. Martins    Miguel I.A. Hanna S<sup>o</sup>.  
Hélcio Bertolozzi Soares    Hernani Vieira    João M. C. Martins    Luiz Sallim Emed    Carlos Roberto G. Rocha

**ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ**

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

**ENDEREÇOS**

**CRM/PR**

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

**CFM**

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

**TIRAGEM**

22.000 exemplares

**CAPA**

Criação: Rodrigo Montanari Bento

**DIAGRAMAÇÃO**

Marivone S. Souza (41) 3338-5559

**FOTOLITOS E IMPRESSÃO**

Gráfica Trindade  
Rua Santa Catarina, 130 - Santa Maria Goretti. Fone: (51) 3320-0300  
CEP 91030-330 - Porto Alegre - RS

## **EDIÇÃO**

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

## **REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO**

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

## **RESPONSABILIDADE**

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

## **NORMAS PARA OS AUTORES**

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

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

**Título** - sintético e preciso, em português.

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

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

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

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

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

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

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

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

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

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

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

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

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

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

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

## ÍNDICE REMISSIVO

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos dos primeiros 50 números, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após, no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page [www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br) Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em [biblioteca@crmpr.org.br](mailto:biblioteca@crmpr.org.br) ou por telefone 0xx41 3240-4000.

## ABREVIATURA

*Arq Cons Region Med do PR*

## FICHA CATALOGRÁFICA

### "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, 2010;27(106):61-120

Trimestral

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

I. Conselho Regional de Medicina do Paraná

Arq Cons Region Med do PR

ISSN 0104-7620

ABNT

**DEPOIS  
NÃO DIGA  
QUE NÃO SABIA**

**Leia e Arquive**

**“Arquivos do  
Conselho Regional  
de Medicina  
do Paraná”**

## QUANTO CUSTA UMA CONSULTA DE CONVÊNIO OU PLANO DE SAÚDE?

### Você está satisfeito? O que tem feito para melhorar?

Antonio Celso Nunes Nassif\*

**Palavras-chave:** consulta médica, convênio, plano de saúde, custo, consultório, saldo mensal, CHBPM, valor líquido, vantagem enganosa, luta sombria, sistema inválido

## WHAT IS THE PAYMENT FOR A MEDICAL CONSULTATION BY HEALTH PLAN COVERAGE?

### Are you satisfied? What you have been doing to improve it?

**Key words:** medical consultation, health plan coverage, cost, medical office, monthly balance

Com este artigo, pretendemos analisar economicamente a situação dos médicos que atendem em seus consultórios particulares, pacientes dos diversos tipos de convênios e planos de saúde.

Desta forma, pela análise e resultado final do estudo, cada médico poderá fazer seu próprio julgamento da validade do sistema.

Levaremos em conta, de *forma imaginária*, um médico que exerça a profissão em consultório alugado, com duas salas e banheiro, em prédio de condomínio, possua todo o equipamento necessário à sua especialidade, tenha telefone, um recepcionista, faxineira, mobiliário completo para recepção e arquivos. Que trabalhe 4 (quatro) horas diárias, atendendo *exclusivamente pacientes de convênios e/ou planos de saúde*.

Neste caso, as consultas eletivas têm um *limite máximo*, equivalendo a **R\$ 42,00**, bem abaixo do proposto pela CHBPM elaborada pelas entidades médicas nacionais. Vamos considerar uma receita resultante do atendimento em torno de 170 pacientes/mês, podendo variar para mais ou para menos em função das condições essenciais para a receita, cujos pontos principais relacionamos abaixo.

As despesas serão calculadas dentro de *limites mínimos*. Com a inflação baixa nos últimos cinco anos e mantida sob controle, elas deveriam ter permanecido mais ou menos estáveis, mas, infelizmente isto não ocorreu em vários itens. Desta forma irão alterar significativamente o *custo operacional*.

---

\* Doutor em medicina pela UFPR. Ex-presidente da Associação Médica Brasileira. Prof. apos. da UFPR na disciplina de Otorrinolaringologia. Abril de 2010. [acnassif@netpar.com.br](mailto:acnassif@netpar.com.br)

Com base nestes dados, pretendemos estabelecer o valor *líquido e atualizado*, de uma *consulta eletiva* para convênios.

- **RECEITA**

**Atendimento médio mensal: 170 primeiras-consultas/mês**

**Valor global: 170 consultas x R\$ 42,00 = R\$ 7.140,00**

**Receita mensal bruta ..... R\$ 7.140,00**

- **Condições essenciais para a receita (as principais):**

- 1 – Receber a totalidade dos pacientes/mês. **Reconsulta** no mês o convênio não remunera.
- 2 – Não ficar doente, não faltar ao trabalho, nem acontecer feriados nos 22 dias úteis do mês.
- 3 – Não chover no horário de trabalho de forma a impedir a vinda dos pacientes.
- 4 – Não atender emergências fora do consultório durante o expediente normal de consultas.
- 5 – Não tirar férias.

	<b>Despesas mensais</b>	<b>R\$</b>
01	Aluguel do consultório	900,00
02	Salário da secretária (dois salários da categoria)	1.080,00
03	Salário da faxineira (um salário da categoria)	522,00
	3.1 – Vale alimentação	220,00
	3.2 – Insalubridade	102,00
	3.3 – Vale transporte (líquido)	168,00
04	Férias / FGTS / INSS / 13º Salário = (59,73% mês)	1.022,00
05	Condomínio (incluindo água)	280,00
06	Telefone, energia elétrica	140,00
07	Material de consumo médico: gaze, algodão, álcool, etc.	90,00
08	Material de limpeza: cera, sabão, aspirador, etc.	70,00
09	INSS – Autônomo = 11% s/teto	375,81
10	I.P.T.U. mensal	50,00
11	Depreciação dos equipamentos – 1/12 (s/R\$ 10.000,00)	83,50
12	CRM + Ass. Médica + Sind. Médico + Soc. Espec. (mensal)	95,00
13	Despesas de locomoção própria (média – 08 litros diários)	510,00
14	Despesas diversas	180,00
	<b>Total das despesas mensais</b>	<b>5.888,31</b>



BALANÇO	RS
Receita mensal	7.140,00
Despesas e custo operacional	5.881,31
<b>Saldo</b>	<b>1.251,69</b>

Receita líquida	R\$ 1.251,69
IR sobre Receita líquida – 27,5%	R\$ 344,21
<b>Saldo final</b>	<b>R\$ 907,48</b>

SALDO	
R\$ 907,48	: 170
=	R\$ 5,33

Valor líquido unitário recebido por consulta  
**R\$ 5,33**

**CONCLUSÃO:** O resultado final deste estudo mostra que a situação piorou em relação aos anos anteriores. É *preocupante e desalentador*. Ainda mais, se os valores das consultas eletivas pagas forem *inferiores* aos R\$ 42,00, então o problema fica mais sério e os cálculos devem ser refeitos. Na verdade, o que se ganha hoje, atendendo ao sistema de convênios e planos de saúde é uma *ilusão financeira*, só percebida quando da declaração do imposto de renda.

Por outro lado, o sistema vigente continua representando um negócio *extremamente lucrativo* para as empresas contratantes. Isto porque, além de tudo que foi demonstrado, deve-se considerar que o médico credenciado (ou referenciado) não é um trabalhador comum, pois *não tem* vínculo empregatício, direito a férias, 13º salário, vale transporte, assistência médica, auxílio doença, licença para quaisquer fins, aposentadoria, nem mesmo a segurança no trabalho. A qualquer momento pode ser descredenciado (ou desreferenciado) e não há como reclamar.

Raras são as operadoras que adotam a CBHPM. Assim, pode-se dizer, com tristeza, que se mantém legalizado ao longo do tempo um *fato inusitado e inaceitável*: aquele que contrata define os valores a serem pagos para os prestadores de serviços. Desta forma, é de se antever um futuro sombrio quanto à *qualidade* dos serviços prestados e a *permanência* no sistema dos profissionais mais qualificados.

## CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.931/2009

### Capítulo II

#### DIREITOS DOS MÉDICOS

##### É direito do médico:

VI - Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição.

## **PRONTUÁRIO MÉDICO**

### **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA DEFINE NORMAS PARA DIVULGAÇÃO**

CFM\*

Palavras-chave: prontuário médico, divulgação, normas. resolução CFM

### **MEDICAL RECORD.**

#### **Federal Council of Medicine defines rules for disclosure**

Key words: medical record, disclosure, rules, CFM resolution

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

**Considerando** o disposto no art. 154 do Código Penal Brasileiro e no art. 66 da Lei das Contravenções Penais;

**Considerando** a força de lei que possuem os artigos 11 e 102 do Código de Ética Médica, que vedam ao médico a revelação de fato de que venha a ter conhecimento em virtude da profissão, salvo justa causa, dever legal ou autorização expressa o paciente;

**Considerando** que o sigilo médico é instituído em favor do paciente, o que encontra suporte na garantia insculpida no art. 5º, inciso X, da Constituição Federal;

**Considerando** que o "dever legal" se restringe à ocorrência de doenças de comunicação obrigatória, de acordo com o disposto no art. 269 do Código Penal, ou à ocorrência de crime de ação penal pública incondicionada, cuja comunicação não exponha o paciente a procedimento criminal conforme os incisos I e II do art. 66 da Lei de Contravenções Penais;

**Considerando** que a lei penal só obriga a "comunicação", o que não implica a remessa da ficha ou

**Considerando** que a ficha ou prontuário médico não inclui apenas o atendimento específico, mas toda a situação médica do paciente, cuja revelação poderia fazer com que o mesmo sonegasse informações, prejudicando seu tratamento;

**Considerando** a freqüente ocorrência de requisições de autoridades judiciais, policiais e do Ministério Público relativamente a prontuários médicos e fichas médicas;

**Considerando** que é ilegal a requisição judicial de documentos médicos quando há outros meios de obtenção da informação necessária como prova;

**Considerando** o parecer CFM nº 22/2000;

**Considerando** o decidido em Sessão Plenária de 15/09/00,

---

\* Conselho Federal de Medicina.

## **RESOLVE:**

**Art. 1º** - O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica.

**Art. 2º** - Nos casos do art. 269 do Código Penal, onde a comunicação de doença é compulsória, o dever do médico restringe-se exclusivamente a comunicar tal fato à autoridade competente, sendo proibida a remessa do prontuário médico do paciente.

**Art. 3º** - Na investigação da hipótese de cometimento de crime o médico está impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo criminal.

**Art. 4º** - Se na instrução de processo criminal for requisitada, por autoridade judiciária competente, a apresentação do conteúdo do prontuário ou da ficha médica, o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo juiz, para que neles seja realizada perícia restrita aos fatos em questionamento.

**Art. 5º** - Se houver autorização expressa do paciente, tanto na solicitação como em documento diverso, o médico poderá encaminhar a ficha ou prontuário médico diretamente à autoridade requisitante.

**Art. 6º** - O médico deverá fornecer cópia da ficha ou do prontuário médico desde que solicitado pelo paciente ou requisitado pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina.

**Art. 7º** - Para sua defesa judicial, o médico poderá apresentar a ficha ou prontuário médico à autoridade competente, solicitando que a matéria seja mantida em segredo de justiça.

**Art. 8º** - Nos casos não previstos nesta resolução e sempre que houver conflito no tocante à remessa ou não dos documentos à autoridade requisitante, o médico deverá consultar o Conselho de Medicina, onde mantém sua inscrição, quanto ao procedimento a ser adotado.

**Art. 9º** - Ficam revogadas as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 999/80.

Brasília-DF, 15 de setembro de 2000.

Edson de Oliveira Andrade  
Presidente

Rubens dos Santos Silva  
Secretário-Geral

---

---

**Resolução CFM Nº. 22/2000**  
**Resolução Aprovada**  
**Sessão Plenária de 15/09/2000**

---

---

## **A RESPONSABILIDADE DA RECUSA HOSPITALAR DE ATENDIMENTO MÉDICO**

Roseni Teresinha Florencio\*

**Palavras-chave:** atendimento médico, urgência, emergência, recusa hospitalar, responsabilidade, transporte, plantão médico

### **THE RESPONSIBILITY OF A HOSPITAL TO REFUSE MEDICAL CARE**

**Key words:** medical care, urgency, emergency, refusal, responsibility, transportation, medical duty

#### **CONSULTA**

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Dr. XXX formula consulta nos seguintes termos:

*"Sou médico do trabalho de uma empresa privada (chamemos de empresa A), em Curitiba. Ontem tivemos uma situação bastante aflitiva e para a qual peço a orientação/parecer do CRM/PR no sentido de como proceder caso ocorra novamente.*

*Uma funcionária da empresa contratada (chamemos de empresa B) para fazer a limpeza nesta empresa onde trabalho (empresa A) sofreu uma queda e bateu a cabeça no chão. Nós da equipe médica da (empresa A) fizemos o atendimento inicial e concluímos pela necessidade de avaliação adicional com exame radiológico e observação clínica em caráter de urgência. A paciente estava lúcida, sem sinais de comprometimento neurológico, com suspeita clínica de fratura occipital.*

*Como a (empresa B) não tem plano de saúde para seus funcionários, nós a removemos com ambulância própria da (empresa A), acompanhada por um médico da nossa equipe até a Unidade de Saúde 24 h da prefeitura Municipal.*

*Ao chegar nesta Unidade de Saúde, o atendimento foi recusado com o seguinte argumento "a Unidade está cheia e nosso raio x é só para os casos de gripe". "Vocês tem que levá-la para o (Hospital C)". Chegando ao (Hospital C) (que também atende SUS) o atendimento foi novamente recusado, com o argumento a seguir: "acidente de trabalho é problema de vocês". Não nos deram nenhuma recomendação.*

*Por fim conseguimos que a senhora acidentada fosse atendida no (Hospital C) porque um médico do nosso círculo de amizades estava no Hospital e aceitou a paciente.*

---

\* Conselheira Parecerista CRM/PR.

### **Minhas perguntas são:**

1. Em que situações o médico de plantão numa unidade de emergência de serviço público pode recusar-se a receber paciente acidentado?
2. De quem seria a responsabilidade por conseqüências clínicas que possam ocorrer pela recusa de atendimento?
3. Nós erramos ao usar recurso privado para transportar a paciente para um serviço público?
4. Nós podemos ser acusados de omissão/negligência caso ao invés de usarmos o recurso disponível chamemos o SIATE para atender um acidentado o que obviamente retarda um pouco o atendimento? (Nós não o fizemos por entender que ao usar recurso privado estaríamos otimizando a utilização do recurso público).
5. O fato da paciente estar sendo transportada em ambulância privada é motivo legítimo para ser recusado o seu atendimento no serviço público?
6. Caso ocorra nova necessidade de atendimento em situações similares e não consigamos que a pessoa seja atendida no serviço público, o que devemos fazer?
7. Ainda nessa hipótese, se lavrarmos boletim de ocorrência em delegacia de polícia documentando as recusas de atendimento para constituir meios de prova de nossas tentativas de obter atendimento necessário a pessoa, estaremos ferindo a ética?

Por fim gostaria de ressaltar que os objetivos desta consulta são:

Obter orientações de como proceder para assegurar o atendimento que a meu ver é devido ao acidentado independente de qualquer outra coisa, já que um dos princípios do SUS é a universalidade do atendimento;

Saber qual a maneira adequada de nos resguardarmos de responsabilização indevida quando um paciente não segurado pelo sistema de saúde suplementar não é aceito por serviço público de emergência.

Sabemos que os colegas médicos lidam com dificuldades de recursos e supomos que seguiram orientações existentes no sistema.

Grato pela atenção.

XXXX

### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

As questões trazidas pelo Consulente dizem respeito basicamente ao atendimento de emergência que deve ser realizado para qualquer cidadão vítima de acidente, no caso exemplificado, acidente de trabalho.

A Constituição da República Federativa Brasileira (2004), na Seção II, que versa sobre a Saúde, no seu Artigo 196, cita que: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução

do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

O Ministro da Saúde, através da Portaria n.º 2048/GM (05/11/2002), no seu Artigo 1º, aprovou, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

O Regulamento estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área.

O Regulamento é de carácter nacional devendo ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na implantação dos Sistemas Estaduais 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.

No texto desse Regulamento é citado que: "...as necessidades imediatas da população ou necessidades agudas ou de urgência, são pontos de pressão por respostas rápidas. Então o Sistema deve ser capaz de acolher a clientela, prestando-lhe atendimento e redirecionando-a para os locais adequados à continuidade do tratamento, através do trabalho integrado das Centrais de Regulação Médica de Urgências com outras Centrais de Regulação -de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações e atendimentos domiciliares,..."

Segue adiante, informando que: "O Atendimento Pré-Hospitalar Fixo é aquela assistência prestada, num primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência".

Cita, ainda, quanto ao atendimento pré-hospitalar: "Considera-se como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde. Podemos chamá-lo de atendimento pré-hospitalar móvel primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento pré-hospitalar móvel secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento".

Os Conselhos de Medicina são os órgãos supervisores e fiscalizadores do exercício profissional dos médicos e das condições de funcionamento dos serviços médicos prestados à população. O Código de Ética Médica (CEM) estabelece os princípios norteadores da boa prática médica.

Do CEM podemos citar alguns Artigos que nos auxiliarão no entendimento das questões formuladas pelo Consulente, quais sejam:

### **No Capítulo I - Princípios Fundamentais:**

Art. 1º - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

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

Art. 7º - O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente.

### **No Capítulo III - Responsabilidade Profissional:**

É vedado ao médico:

Art. 35 - Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Deduzimos, portanto, que é direito de todo cidadão receber atendimento médico, sendo dever do Estado garantir esse direito, sem discriminação de qualquer natureza. Assim também, o médico não pode deixar de atender as situações de urgência, quando não há outro profissional disponível naquele momento, especialmente se estiver atendendo nos setores de urgência e emergência, preservando os princípios éticos da Medicina.

A Resolução CFM nº 1451/95 foi implantada, tendo em vista a necessidade de estabelecer as normas mínimas para funcionamento dos estabelecimentos de saúde de Pronto Socorro. Observemos o que diz em alguns Artigos dessa Resolução:

Artigo 1º - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

Parágrafo Primeiro - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

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

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

- Radiologia;
- Laboratório de análises clínicas;
- Centro cirúrgico;
- Unidade de terapia intensiva;
- Unidade transfusional;
- Farmácia básica para urgência;
- Unidade de transporte equipado.

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

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

Temos ainda, a Resolução CRMPR N.º 54/1995, que aprovou a "Normatização da Atividade Médica na área de Urgência-Emergência na sua fase Pré-hospitalar de Atendimento ao Trauma", para o Estado do Paraná, que se encontra anexa a essa Resolução.

Nessa Normatização tem a seguinte citação:

"Consideramos o nível pré-hospitalar na área de urgência-emergência ao trauma, aquele atendimento que procura chegar à vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à saúde, que possa levar à deficiência física ou mesmo à morte, no sentido de prestar atendimento adequado e transportar o paciente a um hospital devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema de Saúde. O Serviço de atendimento pré-hospitalar pode ser constituído por uma ou mais unidades de atendimento, dependendo da população a ser atendida. Entenda-se por unidade, uma ambulância dotada de equipamentos, materiais e medicamentos e guarnecida por uma equipe de pelo menos dois profissionais treinados, sob supervisão e coordenação médica e em comunicação direta com os hospitais da rede, devendo procurar atingir o objetivo de chegar a qualquer ponto da área de abrangência em um prazo máximo de 10 (dez) minutos".

No Parecer N.º 2007/2008 CRMPR, emitido por essa mesma Parecerista, a respeito da "Responsabilidade no atendimento médico", comenta-se:

"O hospital deve manter a presença do médico plantonista de forma contínua, para que possa atender as intercorrências (situações de urgência e



emergência) dos pacientes ali internados. Se o hospital tiver serviço de pronto-socorro, pronto-atendimento ou de emergência, todo paciente que procurar o hospital para ser atendido, em situações de urgência e emergência, deve receber atendimento médico, não importando de onde veio o paciente. O não atendimento pode caracterizar omissão de socorro".

Quanto ao conceito de "Plantão médico", podemos extrair referência do Parecer nº 1568/2003 CRM-PR, do saudoso Conselheiro Dr. Wadir Rúpollo:

"Entende-se por **PLANTÃO MÉDICO** o horário de serviço em que o médico está escalado para exercer suas atividades profissionais em atendimentos de Urgência e Emergência, com duração de tempo e local previsto."

Em outro Processo Consulta, de Nº 56/2008, que aborda sobre o tema "Atendimento médico", emitido pela Conselheira Marília C. M. Campos, ela cita:

"O hospital deve dispor de condições de atendimento e profissionais médicos disponíveis para toda e qualquer intercorrência dentro de sua dependência, não importando se o necessitado de ajuda seja paciente, acompanhante, visitante ou prestador de serviço. O não atendimento às pessoas em situação de urgência ou emergência corresponde a ilícito ético, civil e penal, por caracterizar omissão de socorro".

Podemos acrescentar outros Pareceres sobre o tema, como o de Nº 2037/2009 do CRM-PR, emitido pelo Conselheiro Zacarias Alves de Souza Filho, onde é comentado que o Serviço de Pronto-Socorro deverá atender inicialmente todo paciente traumatizado, oferecer as primeiras medidas de diagnóstico e terapêutica, independente de se tratar de paciente particular, convênio ou SUS. O politraumatizado deverá a seguir ser atendido em serviço de clínica cirúrgica, serviço de ortopedia e traumatologia, dependendo da situação clínica do paciente, com a participação, quando necessário do serviço de clínica médica.

## **CONCLUSÃO**

Dessa forma, baseados nos documentos acima citados e nas informações obtidas nas várias pesquisas efetuadas sobre esses questionamentos, seguiremos, respondendo a cada item, de forma genérica, já que não temos dados suficientes, nem seria esse o fórum adequado, para analisar especificamente o caso exemplificado pelo Consulente.

1. Em que situações o médico de plantão numa unidade de emergência de serviço público pode recusar-se a receber paciente acidentado?

Resposta: Qualquer Unidade de atendimento e/ou Hospital especialmente que se intitule como Urgência/Emergência, ou como Pronto-Socorro, seja público

ou privado, não pode deixar de atender ao paciente com risco de morte e/ou que tenha sofrido acidente, colocando a sua vida em risco. Exceções podem ocorrer, em casos de calamidade pública, em que hajam situações adversas, que obriguem os Gestores a modificar temporariamente as condições de atendimento naquele local. Nesse caso, deve ser dado ao cidadão a indicação de outro local de atendimento, o mais próximo possível, desde que o transporte até o outro local seja seguro para o mesmo.

2. De quem seria a responsabilidade por conseqüências clínicas que possam ocorrer pela recusa de atendimento?

Resposta: A responsabilidade será do profissional de saúde que recusou o atendimento, junto com o Gestor/Diretor Técnico da Instituição.

3. Nós erramos ao usar recurso privado para transportar a paciente para um serviço público?

Resposta: Não existe nenhum impedimento para que um cidadão seja transportado para qualquer Unidade de Atendimento de Urgência/Emergência ou Pronto-Socorro, seja público ou privado, em transporte privado, desde que esse transporte seja o mais adequado possível e disponível naquele momento. Se houver possibilidade de aguardar e houverem dúvidas quanto ao fato de que o recurso de transporte disponível é adequado para aquela emergência, é preferível que seja acionado o SIATE, que dispõe de estrutura para isso, principalmente em se tratando de acidente.

4. Nós podemos ser acusados de omissão/negligência caso ao invés de usarmos o recurso disponível chamemos o SIATE para atender um acidentado o que obviamente retarda um pouco o atendimento? (Nós não o fizemos por entender que ao usar recurso privado estaríamos otimizando a utilização do recurso público).

Resposta: Não, desde que esse ato não coloque a vida do cidadão em risco. Lembre-se que o médico não pode se recusar a atender a pessoa acometida de qualquer agravo súbito à saúde que o leve ao risco de morte, a não ser que hajam outros profissionais disponíveis e habilitados para tal atendimento naquele momento.

5. O fato da paciente estar sendo transportada em ambulância privada é motivo legítimo para ser recusado o seu atendimento no serviço público?

Resposta: Qualquer cidadão tem o direito garantido na Constituição de ser atendido em qualquer Unidade de Saúde/Hospital do Serviço Público no Brasil, independente do meio de transporte utilizado por ele, para chegar à Unidade.

6. Caso ocorra nova necessidade de atendimento em situações similares e não consigamos que a pessoa seja atendida no serviço público, o que devemos fazer?

Resposta: O fato deve ser imediatamente comunicado aos órgãos competentes, quais sejam, o Conselho Regional de Medicina, Secretaria Municipal e Estadual da Saúde, Promotoria Pública e Defesa da Saúde, assim como, ao Conselho Municipal de Saúde, para as providências cabíveis, vez que ele representa os usuários, prestadores de serviços e gestores em geral.

7. Ainda nessa hipótese, se lavrarmos boletim de ocorrência em delegacia de polícia documentando as recusas de atendimento para constituir meios de prova de nossas tentativas de obter atendimento necessário a pessoa, estaremos ferindo a ética?

Resposta: O CEM não priva nenhum Brasileiro de exercer os seus direitos como cidadão. Se o Consulente entender como "sendo necessário" assim proceder, é seu direito fazê-lo.

É o parecer.

Curitiba, 20 de setembro de 2009.

Roseni Teresinha Florencio  
Cons<sup>a</sup>. Parecerista

---

---

**Processo-Consulta CRMPR Nº. 131/2009**  
**Parecer CRMPR Nº 2113/2009**  
**Parecer Aprovado**  
**Sessão Plenária nº 2373, de 26/10/2009**

---

---

## CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.931/2009

### Capítulo III

#### RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

##### É vedado ao médico:

Art. 1º - Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

**Parágrafo único:** A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

## **HONORÁRIOS MÉDICOS E A INVESTIGAÇÃO DE ESTERILIDADE CONJUGAL - COITO PROGRAMADO**

Hélcio Bertolozzi Soares\*

**Palavras-chave:** esterilidade conjugal, honorários médicos, investigação, coito programado

### **MEDICAL FEE AND THE INVESTIGATION OF CONJUGAL STERILITY. PROGRAMMED SEXUAL INTERCOURSE**

**Key words:** conjugal sterility, medical fees, investigation, programmed sexual intercourse

#### **CONSULTA**

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, a consulente Sra. XXXX, encaminha consulta com o seguinte teor:

*“Gostaria de saber se há alguma regulação para os médicos que trabalham com infertilidade e utilizam procedimentos como coito programado, fertilização in vitro, etc.*

*Há tabelas de preço máximo para esses procedimentos? O médico pode cobrar pelo coito programado mesmo quando o plano de saúde paga as consultas e os exames realizados?”*

#### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

A Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS), órgão do governo federal, que regulamenta os convênios médicos, nos primeiros meses deste ano, determinou as Operadoras de Saúde que os casos de esterilidade passariam a ser atendidos pelos planos de saúde. Seria de boa norma que a prezada consulente se dirigisse a esta Instituição Federal e ao seu plano de saúde procurando saber quais os seus reais direitos e as obrigações de responsabilidade da operadora de saúde em que a sra está vinculada.

---

\* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

Caso os exames citados estejam liberados pela a ANS e seu plano de saúde abarcar os requisitos devidamente contratualizados, não haverá a possibilidade de que o profissional médico, que está prestando o seu atendimento, cobrar por estes atos, visto estar devidamente amparados dentro do que foi legislado. É importante salientar, que até o final do ano de 2008, tais atos não eram atendidos pois tratava-se de doença pré-existente e não faziam parte dos contratos entre o paciente e a operadora de saúde. A cobrança de honorários de maneira indevida, pode ser caracterizada por dupla cobrança, não permitida pelo Código de Ética Médica.

Com relação aos valores a serem cobrados pelo trabalho médico autônomo não existe uma tabela de preços. Cada profissional estabelece os seus honorários de acordo com os custos de laboratórios (quando existir), da sua capacidade técnica, de auxiliares, etc. Estes valores não deverão ser abusivos.

Reafirmo, para seu amparo e tranqüilidade, dirija-se a sua Operadora de Saúde (convênio, seguradora e outras) e confirme estas informações com a Agência Nacional da Saúde Suplementar que é a agência reguladora para estes casos.

É o parecer.

Curitiba, 20 de novembro de 2009.

Hélcio Bertolozzi Soares  
Cons. Parecerista

---

---

**Processo-Consulta CRMPR Nº. 151/2009**  
**Parecer CRMPR Nº 2115/2009**  
**Parecer Aprovado**  
**Sessão Plenária nº 2393, de 23/11/2009 - Câmara II**

---

---

**CÓDIGO DE  
ÉTICA MÉDICA**

**RESOLUÇÃO CFM Nº 1.931/2009**

**Capítulo V**

**RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES**

**É vedado ao médico:**

Art. 32 - Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

## **QUEM TEM DIREITO DE ACESSO AO PRONTUÁRIO MÉDICO DO TRABALHADOR?**

Keti Stylianos Patsis\*

**Palavras-chave:** prontuário médico, perícia médica, acesso, direito, fisioterapeuta, motivo, trabalhador, autorização

### **WHO HAS THE RIGHT TO ACCESS THE MEDICAL RECORDS OF AN EMPLOYEE?**

**Key words:** medical record, medical expert report, access, legal rights, physiotherapist, motive, worker, authorization

#### **CONSULTA**

Em 30/07/2009 o Sr. XXX, fisioterapeuta, solicitou o parecer deste Conselho Regional de Medicina a respeito da existência de algum impedimento - sob o ponto de vista do Código de Ética Médica - que o impeça de ter acesso aos prontuários médicos dos trabalhadores para esclarecer dúvidas, quando realiza perícias judiciais.

#### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

A Perícia Médica é um ato médico e só pode ser realizada por médicos. O segredo médico é assunto pacificado nos Conselhos Regionais e Federal de Medicina, contemplado em mais de um artigo do Código de Ética Médica, sempre no sentido de resguardar o direito do paciente em manter sua doença em sigilo e de vedar ao médico a revelação de fato de que venha a ter conhecimento em virtude da profissão, salvo justa causa, dever legal ou expressa autorização do paciente. A Resolução 1605/2000 do Conselho Federal de Medicina prescreve que o médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo de seu prontuário ou de sua ficha médica.

Portanto, respondendo estritamente ao questionamento do Sr. XXX devo esclarecer que há, sim, respaldo ético para que ele não tenha acesso ao prontuário médico do paciente, sem sua expressa autorização.

Por outro lado, o que chama a atenção nesta consulta é o fato de um fisioterapeuta realizar perícias que envolvem a necessidade de se consultar prontuário

---

\* Conselheira Parecerista CRM/PR.

médico, pois perícias envolvendo aspectos médicos - de doenças, acidente ou seqüelas - só podem ser realizadas por médicos, uma vez que implicam em estabelecimento de diagnósticos e de avaliação de condições de saúde.

O Decreto lei número 938 de 13/10/1969, que regulamenta a profissão de fisioterapeuta e de terapeuta ocupacional determina quais são as atribuições dos fisioterapeutas, como se vê a seguir:

...

Art. 3º É atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do cliente.

...

Art. 5º Os profissionais de que tratam os artigos 3º e 4º poderão, ainda, no campo de atividades específica de cada um:

I - Dirigir serviços em órgãos e estabelecimentos públicos ou particulares, ou assessorá-los tècnicamente;

II - Exercer o magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional, de nível superior ou médio;

III - supervisionar profissionais e alunos em trabalhos tècnicos e práticos.

Portanto, resta claro que o estabelecimento de diagnóstico e denexo causal, que nada mais é do que é o estabelecimento da causa de uma doença, ou seja, o diagnóstico etiológico de determinado mal, não é atribuição de fisioterapeuta, até porque estes são atos médicos, exclusivamente.

Cabe salientar que alguns Tribunais Regionais e o Tribunal Superior do Trabalho já vêm reconhecendo isto, em recentes decisões, e têm desconsiderado laudos periciais elaborados por não médicos.

É o parecer.

Curitiba, 3 de novembro de 2009.

Keti Stylianos Patsis  
Consª Parecerista

---

**Processo-Consulta CRMPR Nº. 112/2009**

**Parecer CRMPR Nº 2117/2009**

**Parecer Aprovado**

**Sessão Plenária nº 2394, de 23/11/2009 - Câmara III**

---

## **TEM O EMPREGADOR DIREITO DE ACESSO AO PRONTUÁRIO MÉDICO?**

Keti Stylianos Patsis\*

**Palavras-chave:** prontuário médico, acesso, direito, recursos humanos, empregador, trabalhador, informação, segredo

### **DOES THE EMPLOYER HAVE THE RIGHT TO ACCESS THE MEDICAL RECORD OF AN EMPLOYEE?**

**Key words:** medical record, access, legal rights, human resources, employer, employee, information, secrecy

#### **CONSULTA**

Em correspondência encaminhada no dia 29/09/2009 o consultante, que se identifica como diretor do departamento de recursos humanos da Prefeitura de XXX faz a seguinte pergunta a este Conselho Regional de Medicina:

É ético que a junta de médicos do trabalho venha a impedir o acesso do empregador ao prontuário que afastou/afasta seus funcionários, afastamento que perdura por anos?

#### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

Para embasar este parecer cito o texto dos seguintes artigos do Código de Ética Médica:

Capítulo IX - Segredo Médico

---

\* Conselheira Parecerista CRM/PR.



É vedado ao médico:

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

Parágrafo único: Permanece essa proibição:

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

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

Art. 106 - Prestar a empresas seguradoras qualquer informação sobre as circunstâncias da morte de paciente seu, além daquelas contidas no próprio atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável legal ou sucessor.

Baseada nestes preceitos, concluo que:

O sigilo das informações pertence ao paciente ou a seu responsável legal, cabendo ao médico a guarda deste sigilo.

O empregador não necessita conhecer o diagnóstico nem entender a doença que motiva o afastamento do trabalho, até porque não tem a habilidade profissional específica para avaliação de tais dados, se não for médico. No entanto, o empregador pode contratar médicos para avaliar o trabalhador e emitir parecer a respeito de sua capacidade laborativa.

É o parecer.

Curitiba, 3 de novembro de 2009.

Keti Stylianos Patsis  
Cons<sup>a</sup>. Parecerista

---

**Processo-Consulta CRMPR N.º 145/2009**

**Parecer CRMPR N.º 2118/2009**

**Parecer Aprovado**

**Sessão Plenária n.º 2394, de 23/11/2009 - Câmara III**

---

## **PRONTUÁRIO MÉDICO ELETRÔNICO E SIGILO MÉDICO**

Lutero Marques de Oliveira\*

**Palavras-chave:** prontuário médico eletrônico, sigilo médico, arquivo médico, responsabilidade, confidência, digitalização, manual de certificação

### **ELECTRONIC MEDICAL RECORD AND MEDICAL SECRECY**

**Key words:** electronic medical record, medical secrecy, medical file, responsibility, confidentiality, digitization, certification manual

#### **CONSULTA**

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Dr. XXX, CRMPR XXX, encaminha consulta sobre os seguintes assuntos:

- Prontuário Médico Físico
- Prontuário Médico Físico Digitalizado
- Prontuário Médico Digital
- Responsabilidade Legal da guarda dos prontuários médicos físicos digitalizados
- Responsabilidade Legal da guarda dos novos prontuários médicos digitais
- Como isentar os médicos de responsabilidade legal pelo arquivamento dos prontuários médicos físicos digitalizados, serem feitos em Arquivo Geral do órgão público.
- Como isentar os médicos de responsabilidade legal pelo arquivamento dos prontuários médicos digitalizados e os novos prontuários digitais, serem feitos nos computadores servidores de órgãos públicos.

Transcrevemos na íntegra sua solicitação:

*"Somos quatro médicos servidores do XXXX XXX, com sede em Curitiba.*

*Fazemos parte do Setor Médico-Odontológico chefiado atualmente por uma Enfermeira; o Setor é subordinado ao Serviço de Benefícios dirigido por uma Psicóloga; este Serviço é subordinado à Secretaria de Recursos Humanos que por sua vez é subordinado à Direção Geral e esta, à Presidência do Órgão, no caso um Desembargador.*

*Temos cerca de 2200 servidores ativos e inativos em nossos registros médicos (fichas admissionais, exames complementares de admissão, fichas de consultas médicas*

---

\* Conselheiro Parecerista CRMPR.

com anotações de consultas médicas e de licenças médicas, registro de Perícias Médicas e de Juntas Médicas, além de atestados médicos, declarações e relatórios médicos), todos em meio físico, arquivados atualmente em arquivos de aço, sob chave, no Setor Médico-Odontológico. Os servidores aposentados, exonerados ou falecidos tem em sua maioria seus registros arquivados numa sala do Arquivo Geral do órgão, noutro ponto da cidade de Curitiba.

No entanto, está sendo desenvolvido pelo Setor de Informática, a pedido das Chefias do Setor e da Direção do Serviço, um aplicativo que facilitará a concessão de licenças médicas, visto que os servidores deverão fazer tal solicitação por sistema informatizado de Recursos Humanos e enviar o devido Atestado Médico para a decisão final dos médicos. Após tais atos, os atestados médicos serão digitalizados para arquivamento digital e o documento anexado futuramente às fichas clínicas físicas de cada servidor.

Em paralelo, iniciou-se também a confecção de um aplicativo que, segundo nos informaram, permitirá aos usuários médicos e alguns servidores da equipe de enfermagem, a visualização dos documentos médicos de cada servidor (fichas clínicas, licenças médicas com seus devidos atestados médicos e outros documentos já existentes), que estão sendo digitalizados, além dos novos dados inseridos a partir do uso desse aplicativo.

Nos foi assegurado verbalmente, pelas chefias imediatas que tais documentos serão arquivados em local específico dos computadores servidores do órgão, sob senha de acesso, específicas aos servidores de nosso setor e que deverão assinar um termo de confidencialidade.

Contudo, o fato de que pessoas não autorizadas possam vir a ter acesso a tais fichas digitalizadas ou digitais, por qualquer via de acesso, nos causa preocupação com a responsabilidade legal sobre a guarda de tais documentos digitalizados aí depositados.

Somos sabedores das resoluções do CFM, como o Processo Consulta CFM 14/04/2002, da Resolução CFM 1639 de 10/07/2002 e do Processo Consulta CREMEC 2249/99.

Salientamos que a Resolução CFM 1639/2002 foi integralmente passada à Direção da Secretaria de Informática e segundo nos informa nossa chefia, o aplicativo está sendo feito de acordo com aquelas normas.

Com isso em mente, gostaríamos de respostas desse CRM às questões abaixo listadas.

### **Questões:**

1. Qual a responsabilidade legal dos médicos do setor, visto sermos o elo final na hierarquia, sobre a guarda dos prontuários médicos físicos, arquivado em outra sede do órgão?

2. Qual a responsabilidade legal dos médicos do setor médico, visto sermos o elo final da hierarquia, sobre a guarda dos prontuários médicos físicos antigos digitalizados e sobre os novos prontuários médicos digitais, visto serem arquivados em computadores servidores dos órgãos, sem nossa vigilância, apenas com relatório de acesso fornecido pelos Serviços de Informática do Órgão?

3. Em existindo um aplicativo informatizado que leia e grave fichas clínicas digitais, em acordo com a Resolução CFM 1639 de 10/07/2002, e em tendo em nossas mãos a DECLARAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO dos responsáveis

pelo Serviço de Informática do Órgão, estarão os médicos isentos legalmente da manutenção do sigilo dos dados arquivados fora de seu alcance?

4. Em existindo um aplicativo de informática, que esteja dentro das normas para a Certificação Digital do CFM, estarão os médicos isentos legalmente da manutenção do sigilo dos dados arquivados fora de seu alcance?

5. Não estando isentos legalmente da guarda do sigilo dos dados arquivados em meio digital, como poderemos nos resguardar de possíveis implicações legais, visto não termos controle de acesso de estranhos ao prontuário eletrônico, pois tal função é exclusiva do Serviço de Informática do órgão.

6. Caso seja solicitado aos médicos que definam quais servidores possam acessar tais dados e, portanto sejam os responsáveis pela liberação de acesso aos dados digitais isto será feito, sendo que nós os médicos deveremos ter acesso integral ao prontuário digital e alguns poucos servidores de enfermagem, acesso parcial. Se mesmo assim acontecer vazamento e, comprovar-se acessos indevidos por estranhos ao setor médico, qual é a responsabilidade legal dos médicos?

7. No caso dos médicos serem responsáveis pela liberação de acesso aos dados digitais, como somos um grupo de 4 profissionais, um deles deverá assumir a responsabilidade ou o grupo todo será o responsável, visto não termos um médico como Chefe do setor ou com qualquer cargo hierárquico?

8. A **Declaração de Confidencialidade e Sigilo e a Certificação do Aplicativo** nos garantem algo em termos de responsabilidade legal, ou seja o Setor de Informática é o responsável pela confidencialidade?

9. A **Declaração de Confidencialidade e Sigilo** deverá ser feita apenas pelo Diretor de Serviço de Informática ou por todos os servidores de informática que lá trabalhem?"

## FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

É sabido que a guarda de documentos ocupam espaços, que hoje são evitados graças a ajuda da Informática. Além do mais, a Informática tem evitado gasto de tempo na procura e pesquisa desses documentos. Portanto a Informática hoje está agregada à medicina, tanto nesse como em outros aspectos.

Dentre todas as profissões, aquelas que tem tido o maior zelo pelo segredo profissional, são, a de médico e de advogado.

O sigilo médico nos dias atuais não pode ser comparado ao da época hipocrática. As inúmeras especialidades médicas, fazendo com que o paciente seja consultado por vários médicos, as várias profissões na área de saúde, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, etc., funcionários burocratas de hospitais e clínicas, os próprios convênios e mais recentemente os profissionais da área de informática, mudaram muito o esforço de manutenção do sigilo do paciente apenas ao médico. Deve-se entender que o segredo pertence ao paciente, e que tanto o médico, como os profissionais acima relatados são depositários de uma confiança, que está descrita em um prontuário médico ou relatada pelo próprio paciente. Portanto, o sigilo, não é apenas uma obrigação do médico. O artigo 154 do Código Penal dispõe como crime "revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem", e isso se aplica a qualquer profissional em qualquer área

Os artigos 11, 102 e 105 do Código de Ética Médica são bem claros quanto a obrigação do médico se sujeitar ao segredo médico. Porém, o artigo 107 vai mais além e dispõe que "é vedado ao médico deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei".

Preocupado com todos esses detalhes, o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução CFM nº 1821/2007, aprovando as normas técnicas concernentes a digitalização de documentos médicos, dispondo no artigo 3º: O CRM resolve: "autorizar o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação identificada em saúde, eliminando a obrigatoriedade do registro em papel, desde que esses sistemas atendam integralmente aos registros do "Nível de Garantia de Segurança 2 (NGS2)", estabelecidos no Manual de Certificação para sistemas de Registro Eletrônico em Saúde". Esse sistema é o que mais se aproxima do ideal nos quesitos inviolabilidade e sigilo.

A resolução CFM 1.638/2002 em seu artigo 3º dispõe: "Tornar obrigatório a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica", e no artigo 4º dispõe: "A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico". Ainda na mesma resolução, o artigo 5º, parágrafo II dispõe que "compete à Comissão de Revisão de Prontuários, assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade".

Portanto, em resposta aos diversos quesitos apresentados acima temos a dizer:

O sigilo médico é inviolável, de acordo com os artigos 11º, 102º e 105º do Código de Ética Médica.

A elaboração do prontuário médico, seja físico ou digital, é obrigação do médico que atende o paciente de acordo com o artigo 69º do Código de Ética Médica.

A responsabilidade legal pela guarda do prontuário físico ou digital, manuseio, manutenção do sigilo profissional pelos auxiliares que têm acesso aos mesmos é da Comissão de Revisão de Prontuários. A Declaração de Confidencialidade e Sigilo deverá ser feita apenas pelos servidores do setor de informática que terão acesso aos dados do Prontuário do paciente, e arquivado por essa Comissão.

A instituição tem por obrigação legal, no caso da digitalização de prontuários físicos e dos próprios prontuários digitais, seguir as normas de segurança NGS2 estabelecidas no Manual de Certificação para sistemas de Registro Eletrônico em Saúde.

É o parecer.

Curitiba, 23 de agosto de 2009.

Lutero Marques de Oliveira

Cons. Parecerista

---

---

**Processo-Consulta CRMPR Nº. 098/2009**

**Parecer CRMPR Nº 2122/2009**

**Parecer Aprovado**

**Sessão Plenária nº 2383, de 03/11/2009 - Câmara IV**

---

---

## **AUTONOMIA NO ATENDIMENTO MÉDICO À COLEGAS DE TRABALHO**

Romeu Bertol\*

**Palavras-chave:** autonomia médica, atendimento, colega de trabalho, fora do ambiente

### **AUTONOMY IN THE MEDICAL CARE OF CO-WORKERS**

**Key words:** medical autonomy, medical care, co-worker

#### **CONSULTA**

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Dr. XXXX, CRM XXX, apresenta os seguintes questionamentos:

*"Trabalho como médico clínico pela XXX num CAPS AD no XXX, estou sendo colocado numa situação de exposição no seguinte sentido: estou sendo proibido de atender meus colegas de trabalho quando de uma necessidade de saúde (tendo em vista que não estamos no campus ou nos hospitais da XXX e muito menos perto do serviço de medicina do trabalho da empresa).*

*Minha gestora deu a entender que não posso atendê-los devido a restrições de RH e ou até mesmo éticas?!?! Não concordo com a situação e preciso saber como agir !*

*Ela tem razão ou eu tenho autonomia para atender as pessoas quando necessário e após isso elas devem procurar o serviço de medicina do trabalho da empresa?!*

*Ela xerocou receitas minhas que fiz para esses colegas de trabalho quando passaram mau no trabalho e eu os mediquei ... ela tem esse direito?!*

*Por várias vezes disse que eu não posso atender em virtude de normas de RH? Essas normas estão acima do código de ética*

*Enfim preciso de orientação de como agir de maneira justa nessa situação."*

---

\* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

## FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O Código de Ética Médica no capítulo I, trata dos princípios fundamentais do exercício da medicina.

Ali se vê que o médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente.

Mais ainda, o médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia de seu trabalho.

Prosseguindo na leitura do CEM encontra-se adiante que disposições estatutárias ou regimentais de hospitais ou instituição pública ou privada não podem limitar a escolha por parte do médico dos meios diagnósticos ou de tratamento a serem usados em benefício do paciente.

## CONCLUSÃO

Os artigos do CEM citados anteriormente deixam claro que o médico deve exercer sua atividade com toda liberdade e autonomia com uma finalidade única que é a de beneficiar seus pacientes, com a melhor da técnica e cuidado adequado.

A autonomia a que se refere o CEM é da relação do médico com seu paciente e não da relação do vínculo de trabalho para o qual o médico foi contratado. Supõe-se que no contrato firmado entre as partes estão definidas as tarefas do médico e as obrigações assumidas por ambas as partes.

Assim cabe ao médico cumprir o disposto em seu contrato. Atender colegas no local de trabalho não é parte das suas atribuições pelo que se deduzir ao analisar o texto da presente consulta, pois a instituição dispõe de serviço próprio para esse tipo de atendimento. Salvo nos casos de emergência urgência, os pacientes devem ser atendidos de acordo com as normas da instituição.

O prontuário médico é propriedade do paciente sendo o médico apenas seu guardião temporário. A receita faz parte da consulta médica e deve ser entregue ao paciente a quem cabe usá-la de forma adequada. Não cabe a chefia vulnerar documentação pertencente única e exclusivamente ao paciente.

É o parecer.

Curitiba, 28 de setembro de 2009.

Romeu Bertol

Cons. Parecerista

---

**Processo-Consulta CRMPR Nº. 135/2009**

**Parecer CRMPR Nº 2123/2009**

**Parecer Aprovado**

**Sessão Plenária nº 2393, de 23/11/2009 - Câmara II**

---

## **LAUDO MÉDICO PERICIAL E A ENTREGA À TERCEIRO**

Keti Stylianos Patsis\*

**Palavras-chave:** laudo médico, laudo pericial, cópia, processo eletrônico, entrega à terceiro

### **EXPERT MEDICAL REPORT AND ITS DISCLOSURE TO A THIRD PARTY**

**Key words:** medical expert report, expert report, copy, electronic file, disclosure to a third party

#### **CONSULTA**

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, a consulente Dra. XXX, CRM XXXX, apresentou a este Conselho as seguintes indagações, a respeito da entrega de cópias de laudos de perícias médicas realizadas no Instituto Nacional do Seguro Social:

#### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

1) *É ético anexar os laudos de perícias médicas ao processo eletrônico do segurado que corre na Justiça Federal contra o INSS?*

O Código de Ética Médica, em seu Capítulo IX, artigo 102 prescreve que é vedado ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente. Entendo que a anexação dos laudos médicos ao processo eletrônico necessita da autorização do segurado, a menos que se possa garantir que somente o perito do Juízo - também médico - tenha acesso a estes dados, através de senha, por exemplo.

2) *É ético entregar laudos periciais à Procuradoria do INSS para auxiliar na defesa do réu, o INSS?*

---

\* Conselheira Parecerista CRM/PR.



Pelo mesmo motivo apresentado acima, entendo que não é ético entregar à Procuradoria, cópias de laudos médicos dos segurados. Entendo que o assistente técnico da instituição é quem deve ter acesso a estes dados, tanto do ponto de vista ético como técnico, pois a interpretação dos dados contidos naqueles laudos depende do conhecimento médico.

É o parecer.

Curitiba, 7 de dezembro de 2009.

Keti Stylianos Patsis  
Cons<sup>a</sup>. Parecerista

---

---

**Processo-Consulta CRMPR Nº. 153/2009**  
**Parecer CRMPR Nº 2128/2009**  
**Parecer Aprovado**  
**Sessão Plenária nº 2407, de 07/12/2009 - Câmara III**

---

---

**Casa de Saúde  
São Francisco**

**Correção:**

"Arquivos" 26(104):236-2009  
na 17ª linha do texto onde  
se lê em 1995 leia-se 1975.

**Agradecimento**

**Agradecemos ao  
Dr. Mauricio Carvalho  
a sua colaboração nas  
versões para o inglês  
das manchetes e  
palavras-chave.**

**CÓDIGO DE  
ÉTICA MÉDICA**

**RESOLUÇÃO CFM Nº 1.931/2009**

**Capítulo VII**

**RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS**

**É vedado ao médico:**

Art. 50 - Acobertar erro ou conduta antiética de médico.

## **ATENDIMENTO POR CLÍNICO GENERALISTA E A RESPONSABILIDADE**

Hélcio Bertolozzi Soares\*

**Palavras-chave:** parto e pré-natal, clínico geral, especialidade, direito do paciente

### **MEDICAL CARE BY A PRIMARY PHYSICIAN AND HIS RESPONSIBILITY**

**Key words:** delivery and prenatal care, primary physician, medical specialty, patient's rights

#### **CONSULTA**

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, a consulente Sra. XXX, encaminha pesquisa com o seguinte teor:

A consulente afirma que está grávida e fazendo pré-natal com um clínico geral e gostaria de saber se este médico pode exercer esse tipo de atividade? Afirma que sua gravidez é de risco e que conversou com outro médico e um advogado trabalhista, os quais afirmaram que ela pode entrar em licença, porém o médico que está fazendo seu pré-natal não concorda com essa questão. Acrescenta ainda que já perdeu líquido amniótico, sente muita dor e também já sangrou, e que segundo o médico isso é normal.

#### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

Em resposta aos seus questionamentos tenho a aduzir:

Ao formando em Medicina com o seu diploma devidamente registrado pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC) e, devidamente registrado em seu Conselho Regional de Medicina de sua área de abrangência tem o direito de realizar qualquer atividade médica. Esta posição está devidamente amparada pela Lei 3268/57 que regulamenta a profissão de médico. Responde este profissional pela prática de seus atos, cabendo-lhe a prerrogativa de fixar os limites do seu procedimento, de

---

\* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

acordo com suas habilidades técnicas e sua consciência. Não poderá o médico anunciar-se em especialidade que não é possuidor e não tem registro no CRM.

A escolha do profissional cabe única e exclusivamente ao paciente. Não obrigatoriedade da interlocutora em permanecer com este profissional, pois entendendo ter sido de sua livre a escolha do mesmo.

Para lavrar sua queixa a prezada interlocutora deverá dirigir pessoalmente ou através de carta com a devida identificação até o Conselho Regional de Medicina, que é o órgão responsável pela fiscalização do exercício médico.

É o parecer.

Curitiba, 10 de dezembro de 2009.

Hélcio Bertolozzi Soares  
Cons. Parecerista

---

---

**Processo-Consulta CRMPR N° 180/2009**  
**Parecer CRMPR N° 2131/2009**  
**Parecer Aprovado**  
**Sessão Plenária n° 2412, de 14/12/2009 - Câmara II**

---

---

**CÓDIGO DE  
ÉTICA MÉDICA**

**RESOLUÇÃO CFM N° 1.931/2009**

**Capítulo IX**

**SIGILO PROFISSIONAL**

**É vedado ao médico:**

Art. 78 - Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantidos.

## **ATENDIMENTO À GESTANTES E O PRÉ NATAL EM EMERGÊNCIA**

Hélcio Bertolozzi Soares\*

Palavras-chave: gestantes, atendimento, pré natal, emergência-urgência

### **MEDICAL ASSISTANCE TO PREGNANT WOMEN AND PRENATAL CARE IN THE EMERGENCY ROOM**

Key words: pregnant women, medical care, prenatal, emergency-urgency

#### **CONSULTA**

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o Hospital XXX, solicita parecer para os seguintes questionamentos:

" 1) Existe na cidade plantão de 12 horas (7,00/19,00), com revezamento semanal entre 2 hospitais, remunerado pela Prefeitura Municipal, ambos credenciados pelo SUS, com atendimento de urgência e emergência. Existe ainda um outro hospital credenciado pelo SUS, que não conseguiu cumprir as exigências do município para atender o plantão e ficou de fora. Existe também um acordo entre os hospitais que prestam atendimento ao plantão, de atender as urgências que aparecem em sua semana, durante o dia.

2) Gestante faz pré-natal no posto de saúde, com determinado médico, e em uma emergência ela procura o hospital onde o médico que está fazendo o pré-natal faz parte do corpo clínico, mas o mesmo não foi possível localizar ou ainda está impedido de prestar atendimento por outras circunstâncias, e o plantão semanal é no outro hospital... a quem cabe prestar o atendimento de emergência?

3) Gestante, em uma emergência procura hospital que não está de plantão, no qual seu médico de pré-natal não se encontra... é credenciado pelo SUS... a quem cabe o atendimento?

4) Gestante em uma emergência procura hospital que não faz parte da escala de plantão e é credenciado pelo SUS... a quem cabe prestar atendimento?"

---

\* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

## FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Em se considerando a grave situação das urgências e emergências em todo o Estado do Paraná, motivo de constantes exposições na mídia escrita, falada e televisiva, motivando angústia e preocupação para as equipes de saúde e população em geral; em se considerando que o atendimento de urgência e emergência, em qualquer das especialidades médicas, vem se tornando verdadeira porta de entrada do sistema de saúde; em se considerando que a população da região deve ter conhecimento prévio dos locais de atendimentos aos serviços de urgência e emergência oferecido em cada unidade de atendimento; em se considerando que cabe ao Conselho Regional de Medicina juntamente com suas Delegacias Regionais fiscalizar e regulamentar as condições mínimas de atendimento às urgências e emergências produzidas em todo o estado do Paraná; em se considerando que as instituições públicas, privadas, filantrópicas ou de qualquer natureza que se proponham a atender os serviços de urgência e emergência, aqui na condição obstétrica, deverão estar adequadas funcional e estruturalmente para tal tipo de prestação de serviço.

Feitas estas considerações, em resposta aos seus questionamentos tenho a aduzir:

1. Em cada unidade de saúde onde há atendimento de saúde em obstetrícia, cabe a administração da unidade afixar cartazes em linguagem clara e acessível aos usuários, em local de fácil acesso, as informações pertinentes ao conhecimento de médicos, enfermeiros e usuários. Caberá aos serviços contratados disponibilizar a mesma informação em porta de acesso aos serviços de urgência e emergência obstétricas, explicitando os serviços disponíveis dentro da área de atuação e devidamente contratualizadas. Se há contratualização para atendimento diários pelas referidas instituições **todas deverão prestar assistência diuturna aos usuários, com presença física ao plantão, de médicos obstetras, pediatra neonatologistas e anestesistas**. O restante dos elementos que compõem a equipe médica devem obedecer as normas emanadas pelos referidos Conselhos Profissionais. O acordo entre Hospitais deve ser muito clara e esclarecedor a toda a população e deve constar do acordo e contratualização com as Entidades envolvidas. Seria de boa norma o referendo dos Conselhos Municipais de Saúde.
2. A assistência do pré-natal não implica em obrigatoriedade da realização do parto e outras emergências hospitalares por parte deste profissional. Isto deve ser esclarecido a paciente durante o seu pré-natal. Contudo, o local de referência e contra-referência deve ser devidamente definido já nos primórdios do pré-natal. A opção de atendimento do parto por parte daquele que realiza o pré-natal é da responsabilidade deste profissional e reforço não obrigatoriedade. Se o serviço está credenciado para prestação de serviço de urgência e emergência obstétrica, para todos os dias, este hospital deverá prestar esta assistência. Ver as considerações em resposta anterior.

3. De forma geral se caracteriza um quadro de urgência e emergência é obrigatória a prestação de socorro independente do acordo estimado e apenas se chegará a um diagnóstico com o exame da paciente, portanto, é necessário prestação do atendimento, independentemente, do esquema adotado.
4. A mesma situação de impõe a este hospital, que embora não faça parte da escala, mas é credenciado pelo SUS, de prestar assistência ao caso de urgência e emergência.

Deve ficar claro que em obstetrícia, as condições de urgência e emergência, são sempre muito freqüentes, as condições de judicialização do exercício médico e pela banalização dos processos contra hospitais e médicos, é necessário e impositiva que se trate estes detalhes amparados por contratos e ações preventivas em benefício do paciente e dos profissionais ligados a Saúde.

É o parecer.

Curitiba, 08 de janeiro de 2010.

Hélcio Bertolozzi Soares  
Cons. Parecerista

---

---

**Processo-Consulta CRMPR Nº. 113/2009**

**Parecer CRMPR Nº 2141/2009**

**Parecer Aprovado**

**Sessão Plenária nº 2418, de 11/01/2010 - Câmara III**

---

---

**CÓDIGO DE  
ÉTICA MÉDICA**  
RESOLUÇÃO CFM Nº 1.931/2009

**Capítulo XIII**

**PUBLICIDADE MÉDICA**

**É vedado ao médico:**

Art. 114 - Consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.

## **PRESENÇA DOS PAIS DURANTE A ANESTESIA EM PEDIATRIA**

Clóvis Marcelo Corso\*

**Palavras-chave:** anestesia, crianças, acompanhamento, cirurgia, direito, presença dos pais, pediatria

### **PARENTS' PRESENCE DURING ANESTHESIA IN CHILDREN**

**Key words:** anesthesia, children, attendance, surgery, legal rights, parents' presence, pediatrics

#### **CONSULTA**

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, a consulente Dra. XXXX, CRM XXX, encaminha consulta com o seguinte teor:

*"Solicito que este respeitável Conselho se manifeste sobre as implicações jurídicas quanto à permanência dos pais de pacientes menores sob anestesia geral em recinto de procedimento diagnóstico ou cirúrgico. A orientação de clínica onde trabalho dispõe que os pais poderão permanecer no recinto somente até a indução anestésica. Após este procedimento, deverão deixar o recinto para que o médico realize o exame ou o ato cirúrgico.*

*Portanto, indago:*

*- Está correta a clínica em assim regulamentar ou os pais podem questionar essas disposições?*

*- Essa regulamentação afronta a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Código Civil, ou outra normatização?"*

#### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

A presença dos pais durante a indução da anestesia, embora comum no Reino Unido e nos Estados Unidos, é pouco praticada no Brasil. Uma pesquisa realizada em 1996 mostrou que 58% dos anestesiológicos americanos permitiam a presença dos pais no momento da indução, enquanto que, na Inglaterra, 84% dos anestesiológicos permitiam a presença dos pais em mais de 75% dos casos.

---

\* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

Os potenciais benefícios obtidos com esta atitude seriam a redução da necessidade de sedativos pré-operatórios e a diminuição do medo e da ansiedade que acompanham a separação dos pais, no momento da entrada no centro cirúrgico. A conduta em questão é particularmente útil em crianças entre 1 e 7 anos de idade. Explica-se, pois antes do primeiro ano completo, a criança ainda não tem consciência da separação dos pais, e após completar 8 anos de idade, já é possível contar com o entendimento dos fatos por parte do pequeno paciente. Por outro lado, alguns pesquisadores afirmam que a presença dos pais durante a indução da anestesia pode alterar a rotina do centro cirúrgico, aumentar o número de pessoas na sala e causar reações adversas nos pais. Além disso, a ansiedade dos pais pode piorar a ansiedade da criança, prolongar o tempo de indução e promover estresse adicional no anestesiolista e no restante da equipe.

Contudo, na maioria das publicações que abordam o assunto é possível verificar que, quando bem conduzida, a presença do pai ou da mãe durante o início da anestesia é benéfica tanto para os filhos quanto para os pais. Num estudo sobre o grau de perturbação dos pais que participaram da indução anestésica de seus filhos, Vessey e colaboradores concluíram que a participação dos pais no processo de indução é uma experiência psicológica complexa. Mas apesar disto, a maioria dos pais gostaria de participar e colaborar na indução anestésica de seus filhos, caso fosse necessário novamente.

Associado ao estresse da indução da anestesia, a recuperação imediata também é considerada uma situação crítica para o paciente pediátrico. A frequente agitação pós-operatória, também denominada na literatura mundial como *emergence delirium*, é um fenômeno clínico bem documentado, principalmente em crianças. Caracteriza-se por confusão mental, irritabilidade, desorientação, choro inconsolável e prolongamento do tempo de recuperação na sala de recuperação pós-anestésica, aumentando a preocupação e ansiedade dos pais quanto ao estado clínico dos pacientes. Este estado pode levar à perda de cateteres intravenosos, desconexão de cabos e instrumentos de monitorização. Para as crianças, algumas medidas são recomendadas para evitar ou minimizar a ocorrência de agitação pós-operatória, e entre elas destaca-se a permissão da presença dos pais ou pessoas próximas, que acompanhariam a criança durante a permanência na sala de recuperação anestésica, auxiliando na diminuição da agitação.

Quanto à permanência dos pais durante a realização do procedimento médico, a conduta recomendada e consensualmente utilizada em todo o mundo é de que os mesmos retirem-se do local após a indução da anestesia, justificando-se a decisão em vista de que sua participação em nada contribuiria para o sucesso do procedimento, além de que, em momentos de condições clínicas, anestésicas ou cirúrgicas adversas, a presença dos pais acarreta em fator de desvio da atenção que deveria ser direcionada ao paciente e pode causar constrangimento aos profissionais envolvidos na execução do procedimento quando da necessidade da realização de atitudes mais invasivas para preservar a vida do paciente. Some-se ainda a estas justificativas a evidência de que não existe expectativa de prejuízo de qualquer natureza à criança, pelo fato desta permanecer anestesiada e ser submetida a um ato médico sem a presença dos pais ou responsável no recinto da realização do procedimento.



A legislação vigente, e inclui-se aí o Estatuto da Criança e do Adolescente, embora garanta o direito de um tratamento diferenciado de saúde para estas faixas etárias, não obriga a permanência de pais em nenhum momento durante a realização de procedimentos médicos invasivos ou mais especializados. Esta situação pode ser revista, e a presença dos pais pode ser permitida durante a execução do procedimento proposto, caso seja consenso entre a equipe médica. Porém, a simples permanência dos pais em local contíguo ou próximo ao recinto do procedimento já ameniza a insegurança e a preocupação com a separação de seus filhos.

Em tempos de constante divulgação através da mídia de abusos das mais variadas naturezas cometidos em desfavor de crianças, recomenda-se um esforço de todos os envolvidos no procedimento para se criar um ambiente favorável à realização do procedimento, valorizando-se a boa relação médico-paciente e afastando-se qualquer margem de dúvida quanto à idoneidade dos profissionais que participarão do ato anestésico, diagnóstico ou cirúrgico. Com isso, aumenta significativamente a confiança depositada pelos pais nos executantes do procedimento, impedindo que os mesmos vislumbrem a possibilidade de seus filhos estarem sujeitos a danos físicos ou morais durante o seu afastamento dos mesmos. O melhor momento de se estabelecer esta relação intransferível de confiança é durante a avaliação pré-anestésica que, além de aproximar médicos e familiares, permite o pormenorizado esclarecimento prévio de todas as etapas que compõe o procedimento, incluindo o preparo pré-operatório e os cuidados implicados na recuperação anestésica e cirúrgica.

Conclui-se, desta forma, que a conduta que atualmente vem sendo utilizada em alguns serviços de anestesiologia e que estabelece a presença dos pais apenas durante a indução da anestesia e no momento da sua recuperação, está amplamente embasada na literatura especializada e também está de acordo com a legislação que vigora em território nacional.

É o parecer.

Curitiba, 20 de dezembro de 2009.

Clóvis Marcelo Corso  
Cons. Parecerista

---

---

**Processo-Consulta CRMPR N.º 160/2009**  
**Parecer CRMPR N.º 2145/2009**  
**Parecer Aprovado**  
**Sessão Plenária n.º 2424, de 18/01/2010 - Câmara III**

---

---

## **PADRONIZAÇÃO DA FICHA DE ANESTESIA**

Clóvis Marcelo Corso\*

**Palavras-chave:** ficha de anestesia, padronização, documento, modelo, obrigação, comissão de normas

### **STANDARDIZATION OF THE ANESTHESIA CHART**

**Key words:** anesthesia chart, standardization, document, model, obligation, rules commission

#### **CONSULTA**

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Sr. XXX, faz os seguintes questionamentos ao CRM/PR.

*"Gostaria de esclarecimentos a respeito da necessidade de padronização do documento impresso correspondente a ficha anestésica. Sendo nosso hospital, uma instituição filantrópica privada, atendendo pacientes SUS e Particulares, gostaria de saber se a ficha anestésica deve ser obrigatoriamente a recomendada pelo SUS ou o hospital pode desenvolver e personalizar sua própria ficha para suprir as necessidades da instituição. Se possível (caso exista) encaminhar o modelo padrão SUS em anexo da resposta".*

#### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

Não existe, em território nacional, uma padronização obrigatória da ficha ou relatório da anestesia. As instituições hospitalares têm autonomia para organizarem este documento da maneira que acharem mais conveniente para o enquadramento nas suas necessidades. Este é o motivo pelo qual é possível encontrar uma diversidade muito grande na formatação da ficha de anestesia. Contudo, para estar adequadamente confeccionada, a ficha de anestesia deve atender às normativas presentes nas resoluções do Conselho Federal de Medicina e também observar as recomendações da Comissão de Normas Técnicas e de Segurança em Anestesia da Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

---

\* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

Em novembro de 2.006, o Conselho Federal de Medicina publicou sua Resolução de número 1802, que dispõe sobre a prática do ato anestésico. Em seu texto, a Resolução 1802/06 determina aos médicos anesthesiologistas, no item III do seu artigo 1º, que a documentação dos procedimentos anestésicos deverá incluir obrigatoriamente informações relativas à avaliação e prescrição pré-anestésicas, evolução clínica e tratamento intra e pós-anestésico. Como parte integrante desta mesma Resolução, é possível encontrar a descrição de todas as informações que devem constar na ficha de anestesia em seu ANEXO I, que é transcrito abaixo, na sua íntegra:

### **ANEXO I - As seguintes fichas fazem parte obrigatória da documentação da anestesia:**

#### **1. FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA**, incluindo:

- a. Identificação do anesthesiologista
- b. Identificação do paciente
- c. Dados antropométricos
- d. Antecedentes pessoais e familiares
- e. Exame físico, incluindo avaliação das vias aéreas
- f. Diagnóstico cirúrgico e doenças associadas
- g. Tratamento (incluindo fármacos de uso atual ou recente)
- h. Jejum pré-operatório
- i. Resultados dos exames complementares eventualmente solicitados e opinião de outros especialistas, se for o caso
- j. Estado físico
- k. Prescrição pré-anestésica
- l. Consentimento informado específico para a anestesia

#### **2. FICHA DE ANESTESIA**, incluindo:

- a. Identificação do(s) anesthesiologista(s) responsável(is) e, se for o caso, registro do momento de transferência de responsabilidade durante o procedimento
- b. Identificação do paciente
- c. Início e término do procedimento
- d. Técnica de anestesia empregada
- e. Recursos de monitoração adotados
- f. Registro da oxigenação, gás carbônico expirado final (nas situações onde foi utilizado), pressão arterial e frequência cardíaca a intervalos não superiores a dez minutos
- g. Soluções e fármacos administrados (momento de administração, via e dose)
- h. Intercorrências e eventos adversos associados ou não à anestesia

#### **3. FICHA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA**, incluindo:

- a. Identificação do(s) anesthesiologista(s) responsável(is) e, se for o caso, registro do momento de transferência de responsabilidade durante o

- internamento na sala de recuperação pós-anestésica
- b. Identificação do paciente
- c. Momentos da admissão e da alta
- d. Recursos de monitoração adotados
- e. Registro da consciência, pressão arterial, frequência cardíaca, oxigenação, atividade motora e intensidade da dor a intervalos não superiores a quinze minutos.
- f. Soluções e fármacos administrados (momento de administração, via e dose)
- g. Intercorrências e eventos adversos associados ou não à anestesia

Baseada na Resolução 1802/06 do CFM, a Comissão de Normas Técnicas e de Segurança em Anestesia da Sociedade Brasileira de Anestesiologia elaborou uma relação de itens que considera relevantes quanto à presença na ficha de anestesia, considerando ainda que:

1. o médico anestesiológico é o responsável pelo posicionamento do paciente, bem como pelo acesso vascular, pelos equipamentos de monitorização necessários e recomendados ao procedimento proposto, pela intubação traqueal, pela administração de agentes (sedativos e anestésicos), drogas, fluidos intravenosos e oxigênio, e pela monitorização e avaliação do balanço hídrico, incluindo débito urinário e perda sangüínea;

2. todas estas funções devem ser registradas em ficha descritiva em intervalos para descrever sinais vitais, fluidos, agentes e drogas administradas;

3. as funções dos registros de anestesia devem auxiliar de forma ótima à documentação cronológica e precisa de posologias, procedimentos e suas evoluções e conseqüências sobre o paciente tratado no âmbito do período assistido pelos anestesiológicos responsáveis.

A ficha de anestesia deve ser constituída de frente e verso, assim dispostos:

**FRENTE** ou **CAPA**, contendo:

### **1. INFORMAÇÕES IDENTIFICADORAS DO PACIENTE**

- a) Nome completo
- b) Data de nascimento
- c) Idade atual
- d) Número de Identificação (número do prontuário médico)
- e) Sexo
- f) Raça/cor
- g) Peso
- h) Altura
- i) Outros (de acordo com necessidades da instituição)

## **2. Informações prévias**

a) Cirurgia proposta (incluir se possível, todas as informações pertinentes sobre o ato cirúrgico, como posicionamento, etc...)

b) Cirurgia realizada

c) Equipe cirúrgica responsável

d) Médico(s) anestesiológico(s) responsável(is)

e) Descrição da avaliação pré-anestésica e informações clínicas do paciente

I - As informações podem ser apresentadas em modo descritivo (mais recomendado), ou através da utilização de lacunas (método dirigido)

II - Sugere-se que esta sessão deva conter o maior número de informações possíveis sobre o paciente

III - Deve haver conclusão da avaliação e utilização do "Estado Físico-Anestésico (classificação da ASA), além de outros índices, se forem pertinentes e consagrados

IV - As informações aqui registradas não exigem o médico anestesiológico de registrar a "Visita Pré-Anestésica", seja em "Folha de Evolução Médica" do prontuário ou ficha própria da instituição

f) Descrição de medicamentos prescritos e administrados e/ou procedimentos realizados após a avaliação pré-anestésica, incluindo efeitos esperados ou não, efeitos adversos ou intercorrências

g) Espaço para anotações

a) Espaço para descrição de informações sobre eventos ocorridos no período perioperatório

b) Espaço para assinatura do(s) médico(s) anestesiológico(s) responsável(is)

**FACE GRÁFICA**, contendo:

### **1. TABULAÇÃO GRÁFICA GERAL**

a) O sentido da "Ficha de Registro de Anestesia" (tipo "retrato" ou "paisagem") deve seguir as características da instituição

b) Recomenda-se a utilização da relação "01 quadrado"= 05 minutos

c) A interface gráfica deve ser obrigatoriamente constituída de:

I - Espaço para registro da escala de tempo contínua

II - Espaço para drogas, gases e vapores de uso contínuo

III - Espaço para registro de administração de fluidos endovenosos

IV - Espaço para registro contínuo da monitorização mínima obrigatória

- Eletrocardiografia

- Pressão arterial

- SpO<sub>2</sub>

- Capnografia e capnometria

V - Espaço para registro de monitorização adicional (o espaço deve variar de acordo com as características e necessidades da instituição)

VI - Espaço para registro contínuo dos métodos de ventilação incluindo da oxigenoterapia ou parâmetros do ventilador, se utilizados.

VII - Espaço para identificar eventos específicos, utilizando a simbologia consagrada, que deve incluir:

- Início e término da anestesia
- Início e término da cirurgia
- Administração de drogas
- Mudanças de posicionamento
- Intercorrências
- Outros eventos, se pertinentes.

## 2. Espaços específicos

a) **DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:** deve haver espaço próprio e suficiente para a descrição minuciosa e sequencial de procedimentos realizados pelo anesthesiologista

I - Condições de admissão na sala de cirurgia

II - Início e término da anestesia: inicia-se na **ADMISSÃO** do paciente na sala de cirurgia e termina em sua **ALTA** para a Sala de Recuperação Pós-Anestésica ou outro setor do hospital onde permanecerá em seu período pós-operatório inicial (baseado no fato que é de responsabilidade do médico anesthesiologista a avaliação das condições do paciente à cirurgia proposta, representada pela sua admissão ou não na sala de cirurgia, bem como sua condição de alta da mesma)

III - Início e término da cirurgia: inicia-se no momento da incisão, ou quando iniciar-se o procedimento diagnóstico ou terapêutico; seu término é condicionado a avaliação do cirurgião

IV - Administração de medicamentos

- Nome
- Via
- Dose e concentração
- Horário
- Efeito adverso (ex., rash cutâneo após antibiótico)

## **OBSERVAÇÕES SOBRE O REGISTRO DA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

a. Segundo recomendação da ANVISA, a descrição de medicamentos no prontuário médico deverá utilizar somente o nome da substância (princípio ativo), sendo vedado o uso de qualquer nome comercial

b. Devem seguir ordem cronológica, utilizando simbologia para evidenciar no gráfico o momento de sua administração

c. Se for de uso contínuo, deverá ser registrado no espaço gráfico apropriado

d. Todos os medicamentos administrados devem ser descritos, inclusive aqueles utilizados pelo cirurgião (anestésico local, adrenalina, etc.), auxiliares de cirurgia (azul de metileno) ou aqueles solicitados por outros (como antibióticos, manitol, etc.). Sugere-se colocar observação sobre quem indicou sua utilização (caso não seja o anesthesiologista)

e. Somente medicamentos administrados devem ser descritos na ficha de anestesia (não devem ser descritos, por exemplo, a atropina "aspirada" mas não utilizada)

V - Procedimentos

VI - Outros

VII- Condições de alta da sala de cirurgia

- Estado clínico
- Patência da via aérea
- Ventilação
- Acessos vasculares
- Monitorização
- Suportes especiais
- Outros

VIII - Destino após a alta da sala de cirurgia

b) **DESCRIÇÃO DE TÉCNICA ANESTÉSICA** (deve haver espaço suficiente para a descrição da técnica utilizada)

Tipos de anestesia (classificação recomendada pela SBA):

- Geral
- Condução
- Sedação
- Local

c) **DESCRIÇÃO DO EQUIPAMENTO DE ANESTESIA UTILIZADO**

I - Sistema de ventilação e método de absorção de CO<sub>2</sub> (utilizar classificação recomendada pela SBA)

- Sistemas com reabsorção de CO<sub>2</sub>

1. Circulares

a. Valvulares

b. Avalvulares

2. Não-circulares

a. Valvulares

b. Avalvulares

- Sistemas sem reabsorção de CO<sub>2</sub>

1. Valvulares

2. Avalvulares

II - Vaporizadores (utilizar classificação recomendada pela SBA)

- Universais
- Calibrados

III - Fluxo e concentração de gases e vapores

IV - Métodos de reabsorção de CO<sub>2</sub>

V - Outros

d) **DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS DE MANUTENÇÃO DA PATÊNCIA DAS VIAS AÉREAS**, incluindo acesso, dificuldades e intercorrências

e) **DESCRIÇÃO DA MONITORIZAÇÃO**

I - Monitorização Mínima utilizada (conforme Resolução CFM 1802/06)

- a. Eletrocardiografia (sugere-se descrever as derivações utilizadas)
  - b. Pressão arterial (com a descrição do tipo de aferição da pressão arterial - ex. manual ou auscultatória; tonoscilométrica; direta ou invasiva)
  - c. Oxímetro de pulso
  - d. Capnografia e capnometria
- II. Monitores adicionais (para casos selecionados)

f) **PROTEÇÃO ADOTADA NO PACIENTE**

- I - Posição e mudanças
- II - Proteções ao posicionamento (uso de coxins, proteção ocular, almofadas, etc.)
- III - Segurança elétrica para proteger equipamentos (ex: aterramento)
- IV - Outras

g) **REGISTRO GRÁFICO OU TENDÊNCIA CONTINUA:**

- Gases e vapores
- Medicamentos de uso contínuo
- Fluidos endovenosos
- Monitorização obrigatória e específica
- Parâmetros ventilatórios e de oxigenoterapia
- Intecorrências
- Outros

h) **RESUMOS:** (podem ser adaptados de acordo com as necessidades da instituição)

- I - Medicamentos (doses totais)
- II - Balanço hídrico final
- Fluidos administrados (podem ser especificados)
- Fluidos perdidos (podem ser especificados)

i) **ESPAÇO PARA DESCRIÇÕES ADICIONAIS**

Com o intuito de contribuir efetivamente na solução da solicitação encaminhada, este Conselheiro recomenda a Sociedade Paranaense de Anestesiologia como entidade que pode auxiliar no fornecimento de exemplares de fichas já constituídas, que podem ser usadas para colaborar na organização da ficha de anestesia da instituição hospitalar interessada.

É o parecer.

Curitiba, 17 de dezembro de 2009.

Clóvis Marcelo Corso

Cons. Parecerista

---

**Processo-Consulta CRMPR N°. 124/2009**

**Parecer CRMPR N° 2146/2009**

**Parecer Aprovado**

**Sessão Plenária n° 2424, de 18/01/2010 - Câmara III**

---



## **ATUAÇÃO COMO ASSISTENTE TÉCNICO EM PERÍCIA DE SEU PACIENTE**

Keti Stylianos Patsis\*

**Palavras-chave:** atuação, assistente técnico, perícia, próprio paciente

### **ACTING AS A TECHNICAL ASSISTANT IN AN EXPERT MEDICAL REPORT OF YOUR PATIENT**

**Key words:** acting, technical assistance, expert report, own patient

#### **CONSULTA**

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Dr. XXX, formulou o seguinte questionamento a este Conselho:

*“De acordo com o art. 120 do Código de Ética Médica, o médico não pode atuar como perito em seu paciente. Minha dúvida é se posso atuar como Assistente Técnico em perícia de meu paciente?”*

#### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

O assistente técnico é um consultor da parte e sua função consiste em auxiliar nas investigações e operações executadas pelo perito judicial. O assistente técnico é um defensor da parte, indicado para assessorá-la em questões técnicas, específicas de seu conhecimento, concordando, criticando ou complementando o laudo do perito do juízo.

Vale lembrar ainda que a Resolução CFM 1488/1998, proíbe que o médico do trabalho atue como assistente técnico da empresa onde presta, ou prestou serviços em casos envolvendo seus trabalhadores.

---

\* Conselheira Parecerista CRM/PR.

Entendo que - do ponto de vista do Código de Ética Médica e do Código de Processo Civil - o médico pode, sim, ser assistente técnico de paciente seu.

É o parecer.

Curitiba, 24 de agosto de 2009.

Keti Stylianos Patsis  
Cons<sup>a</sup>. Parecerista

---

---

**Processo-Consulta CRMPR Nº. 103/2009**

**Parecer CRMPR Nº 2105/2009**

**Parecer Aprovado**

**Sessão Plenária nº 2340, de 25/08/2009 - Câmara IV**

---

---

---

---

## CONTINUA HÁ 2000 ANOS

---

---

*“Quando um povo devorado pela sede de liberdade tem como chefes escanções mal preparados que o servem à vontade, até embriagá-los, acontece que, se os governantes resistem às demandas cada vez mais exigentes dos seus súditos, acabam sendo considerados réprobos e acusados de querer tolher-lhes a liberdade. E acontece então que quem se demonstra disciplinado para com seus superiores acaba sendo definido como um homem sem caráter, um lacaios, que o pai, amedrontado, acaba por tratar os filhos como iguais, que o filho não tem mais temor nem respeito por seus pais, que os professores não mais ousam reprovar seus alunos e os adulam, de modo que estes zombam deles pretendendo ter os mesmos direitos e a mesma consideração dos mais velhos. E os velhos, para não parecerem severos demais, dão razão aos jovens. A alma dos cidadãos torna-se sofredora ao extremo e, ainda que haja casos de submissão, a maioria se revolta, recusa-se a obedecer e acaba por não acatar nem as leis escritas nem as normas e não tem mais respeito por nada e por ninguém. Em meio a tanta licenciosidade nasce e se desenvolve a erva daninha: a tirania. Na verdade, todo excesso só conduz ao excesso oposto, seja nas estações, nas plantas, nos corpos e principalmente nos regimes políticos”.*

Platão

## **COMPETÊNCIA LEGAL PARA SOLICITAR EXAMES DE LABORATÓRIO**

Mônica De Biase Wright Kastrup\*

**Palavras-chave:** nutrição, exames, solicitação, competência legal

### **LEGAL RIGHTS TO REQUEST LABORATORY TESTS**

**Key words:** nutrition, laboratory tests, request, legal rights

#### **CONSULTA**

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, a U. V. P. formula questionamento a respeito da possibilidade de profissionais da área de nutrição (Nutricionistas) poderem solicitar e interpretar exames laboratoriais e anexam os seguintes exames, solicitados pela nutricionista Z. Z. :

Hemograma, colesterol total e frações (HDL E LDL), triglicerídeos, glicose em jejum, TSH Ultra sensível, (T3 e T4), Ferritina, ferro, insulina e proteína C reativa. Esta requisição vem assinada e, no carimbo apostado, há o número do registro no CRN: 8/3362, sem data.

#### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

Em 17 de setembro de 1999, o Conselheiro Federal, Dr. Léo Meyer Coutinho, emitiu parecer sobre este exato assunto, a pedido do CRMPR, em resposta a um manifesto de nutricionistas deste estado do Paraná, sob a alegação de haver reações contrárias ao pleno exercício profissional daquela categoria. Em sua análise, o Conselheiro Relator afirma que o Conselho Federal de Medicina já se pronunciou a respeito do assunto, por várias vezes, especialmente no Parecer de número 3.719/94.

O CRMPR também se pronunciou sobre o tema na análise dos conselheiros Dr. Zacarias Alves de Souza Filho (Parecer nº 1115/98 de 23 de novembro de 1998) e desta Conselheira (Parecer nº 1038 de 22 de janeiro de 1998).

Na sua análise, o Dr. Léo M. Coutinho (Processo Consulta CFM Nº 6.796/98), dispõe, com extrema propriedade que:

---

\* Conselheira Parecerista CRMPR.

"É nosso entendimento que quem diagnostica e prescreve conduta terapêutica é o médico. O nutricionista, como outros profissionais da área de saúde, tem importante papel. Ele se especializa no conhecimento das propriedades nutritivas dos alimentos, regimes calóricos, digestão, órgãos envolvidos na absorção, excreção dos metabólitos e mesmo efeitos terapêuticos, e assim pode prescrever a dieta adequada a cada caso, uma vez estabelecido, pelo médico, o diagnóstico. A solicitação de exames complementares com fins diagnósticos, prognósticos ou a evolução terapêutica, são privativos de médicos (grifo nosso). Quando integrando equipes de saúde, dirigidas por médico, podem atuar nos limites estabelecidos pelo programa instituído."

Para demonstrar o acima exposto, o Conselheiro Relator formula o exemplo, em que um paciente hipotético é portador de exames normais e uma leve diminuição do hematócrito (34%), com um VHS de 55mm, e uma queixa de surtos diarréicos esporádicos e leve emagrecimento, o que induz o nutricionista a emitir o diagnóstico de "anemia" e iniciar uma dieta rica em ferro. Semanas ou meses depois, surge o verdadeiro diagnóstico: Câncer de Aparelho Digestivo, pois as alterações não eram a doença e sim, uma manifestação da mesma...

Ele finaliza sua exposição comentando: "Não é da competência do nutricionista solicitar exames complementares de forma isolada, com a finalidade diagnóstica ou prognóstica." A lei é clara quanto a solicitação de exames laboratoriais pelos nutricionistas (Lei 8234/91), permitidos desde que solicitados apenas para avaliar laboratorialmente a dieta prescrita, necessários ao acompanhamento dietoterápico.

Esta Conselheira considerando que as afirmações acima respondem a pergunta emitida pela U., complementa o raciocínio afirmando que a competência legal para diagnosticar, prognosticar, interpretar exames laboratoriais, prescrever ou executar atos terapêuticos são atribuições exclusivas de médicos, e somente destes, para realizar tais atos.

Sugiro que os pareceres relacionados neste, sejam encaminhados à U. V. P., para conhecimento e maiores informações sobre o tema.

É o parecer.

Curitiba, 20 de novembro de 2008.

Mônica De Biase Wright Kastrup  
Cons<sup>a</sup>. Parecerista

---

**Processo-Consulta CRMPR Nº. 151/2008**  
**Parecer CRMPR Nº 2019/2008**  
**Parecer Aprovado**  
**Sessão Plenária nº 2118, de 24/11/2008 - Câmara I**

---

**Processo Consulta CFM Nº 6.796/98**  
**PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 6.796/98**  
**PC/CFM/Nº 46/1999**

INTERESSADO: Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí

ASSUNTO: Nutricionistas

RELATOR: Cons. Léo Meyer Coutinho

EMENTA: Somente o médico tem competência legal para diagnosticar, prognosticar e prescrever ou executar ato terapêutico. Requisição de exame complementar com essa finalidade é ato médico.

**PARECER**

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí encaminha manifesto de nutricionistas daquele estado no qual solicitam, em resumo, manifestação do órgão quanto às reações contrárias ao seu pleno exercício profissional. Mencionam a legislação que regulamenta a profissão. Este Conselho Federal já manifestou-se por várias vezes a esse respeito. É nosso entendimento que quem diagnostica e prescreve conduta terapêutica é o médico. O nutricionista, como outros profissionais da área da saúde, tem importante papel. Ele se especializa no conhecimento das propriedades nutritivas dos alimentos, regimes calóricos, digestão, órgãos envolvidos na absorção, excreção dos metabólitos e mesmo efeitos terapêuticos, e assim pode prescrever a dieta adequada a cada caso, uma vez estabelecido, pelo médico o diagnóstico. A solicitação de exames complementares com fins diagnósticos, prognósticos ou a evolução terapêutica são privativas de médicos. Quando integrando equipes de saúde, dirigidas por médico, podem atuar nos limites estabelecidos pelo programa instituído. Um exemplo apenas demonstrará o acerto deste raciocínio.

Alguém realiza uma consulta "consulta" com queixa única de emagrecimento e surtos diarreicos esporádicos. O nutricionista solicita exames, digamos hemograma, hemossedimentação, dosagem de colesterol, triglicerídeos, ácido úrico, glicose. Os resultados acusam, respectivamente, hematócrito 34%, linfocitose, 55 mm de VHS, demais exames normais. Não havendo outras queixas, faz o "diagnóstico" de "anemia" e prescreve dieta hiperprotéica, hipercalórica e rica em ferro. Semanas ou meses após surge o verdadeiro diagnóstico: câncer de aparelho digestivo, pois aquela anemia e hemossedimentação alteradas não era a doença, mas apenas os sintomas da mesma.

**CONCLUSÃO**

Não é da competência do nutricionista solicitar exames complementares de forma isolada, com finalidade diagnóstica ou prognóstica.

Este é o parecer que proponho seja encaminhado em resposta, acompanhado de outros já emitidos sobre esse tema, em especial o de nº 3.719/94 que esclarece o tema em profundidade.

Brasília, 14 de agosto de 1999.

LÉO MEYER COUTINHO

Conselheiro Relator

Aprovado em Sessão Plenária

Dia 17/9/99

**PARECER N.º 1115/98-CRMPR**

**CONSULTA N.º 076/98 - PROTOCOLO N.º 7839/98**

ASSUNTO: EXAMES COMPLEMENTARES - SOLICITAÇÃO/INTERPRETAÇÃO -  
PROFISSIONAL NÃO MÉDICO - ENFERMEIROS - NUTRICIONISTAS  
PARECERISTA: CONS. ZACARIAS ALVES DE SOUZA FILHO

Trata o presente sobre a consulta n.º 076/98, encaminhada pelo Dr. D. R., Chefe do Setor de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de P., nos seguintes termos:

"Com o devido conhecimento do Sr. Secretário da Saúde de P. e como responsável pelo Setor de Controle e Avaliação dos Serviços Médicos prestados aos usuários do SUS, solicitamos de V.S.º o indispensável parecer do CRMPR, sobre a participação de profissionais não médicos envolvidos na assistência médica da cidade.

Questão n.º 1: Enfermeiros, auxiliares de enfermagem, coordenadores de postos e agentes de saúde, podem solicitar exames complementares gerados nas chamadas consultas de enfermagem? E se forem apenas nas de pré-natal?

O Conselho de Enfermagem - COREN, autoriza a consulta de enfermagem e o Conselho de Saúde do Município referendou proposta da Secretaria Municipal de Saúde, na gestão anterior, admitindo pedidos de exames complementares de rotina pelos profissionais não médicos citados.

Estabeleceu-se também que rotina compreenderia sorologia para Lues, Hematócrito, Tipagem e Grupo Sangüíneos, Hemoglobina, Sedimento Urinário, Parasitológico de Fezes e Testes de HIV.

Questão n.º 2: Nutricionistas atendem pacientes em consultório particular ou em próprios da Secretaria e solicitam Hemograma, Colesterol, LDL, HDL, LHDL, Triglicerídeos, Glicemia, Ácido Úrico, Sódio, Potássio, etc., complementando o atendimento sem a participação de profissional médico. Um profissional nutricionista estaria convenientemente preparado e legalmente habilitado para esse desempenho?

Nos parece estarmos diante de fatos, onde se desenvolve uma Medicina paralela, autorizada (?) por Conselhos, comprometedora e até perigosa.

Os acontecimentos nos convidam a buscar junto ao CRM, o seu posicionamento formal, analisando a situação e nos orientando quanto a adoção das medidas a serem tomadas".

À consulta temos a aduzir:

Quanto a questão n.º 1, a resposta está contida no parecer n.º 214/97, exarado pelo Setor Jurídico do Conselho Federal de Medicina, de autoria da Dr.ª A. L. B. S. M., cuja cópia está anexa.

Quanto a questão n.º 2, conforme parecer deste CRMPR, exarado em 22 de janeiro de 1998, pela Conselheira Monica de Biase Wright Kastrup, cuja cópia também está anexa, a orientação dietética de um determinado paciente, hospitalizado ou em regime ambulatorial, por se tratar de ato que envolve tanto diagnóstico quanto tratamento e, por isso, ser um ato de competência médica, é da responsabilidade do médico assistente.

Cabe ainda salientar, que exames laboratoriais ou outros necessários para a devida avaliação da condição clínica do paciente, são de exclusiva competência médica, cabendo a este sua solicitação e interpretação.

É o parecer.

Curitiba, 23 de novembro de 1998.

CONS. ZACARIAS ALVES DE SOUZA FILHO

Parecerista.

Aprovado em Reunião Plenária n.º 1034º, de 16/12/1998.

## **PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 3.719/94 PC/CFM/Nº 48/1999**

INTERESSADO: Conselho Federal de Nutricionistas, Conselhos Regionais de Medicina dos Estados do Pará e Rondônia; Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

ASSUNTO: Atuação exorbitante de nutricionistas

RELATOR: Cons. Léo Meyer Coutinho

EMENTA: Somente o médico tem competência legal para diagnosticar, prognosticar e prescrever ou executar ato terapêutico. Requisição de exame complementar com essa finalidade é ato médico.

### **PARECER**

I - As instituições acima mencionadas dirigiram consultas a este Conselho Federal tendo em comum o conflito de competência entre nutricionistas, médicos e suas atribuições.

a) o Conselho Regional de Medicina do Estado de Rondônia, em 8 de maio de 1995, dirigiu a este Conselho Federal de Medicina a seguinte consulta:

"Senhor Presidente.

Estamos encaminhando para conhecimento de V. Sã. e demais Conselheiros a Lei nº 8.234 de 17 de dezembro de 91 que regulamenta a profissão de Nutricionista.

Desejamos manifestação desse CFM sobre o Artigo 04 parágrafo VIII que faculta ao nutricionista a "solicitação de exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico".

Tal artigo tem trazido dissabores no relacionamento entre médicos e nutricionistas."

b) Em 23 de abril de 1996, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará também encaminha consulta específica sobre o artigo 3º inciso VIII da Lei nº 8.234, de 17/9/91, que regulamenta a profissão de Nutricionista, por solicitação da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, que anexa pedidos de exames formulados por nutricionista: glicemia, colesterol e triglicerídios, com indicação clínica "Paciente diabético"; outro de fezes, parasitológico com bacterioscopia e indicação clínica "Diarréia", e um terceiro de urina parcial com bacterioscopia e indicação clínica "Anorexia + baixo peso".

c) O Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais foi consultado, em 6 de agosto de 1996, pelo superintendente operacional de saúde da Secretaria de Estado da Saúde, dr. Paulo Eduardo Behrens, nos seguintes termos:

"Complementando entendimento telefônico mantido com o Conselheiro José Carlos V. Collares solicitamos parecer oficial desse egrégio Conselho, com

urgência, sobre a Lei nº 8.234 de 17 SET. 91, cuja cópia anexamos ao presente e que atribui competência aos nutricionistas para solicitação de exames complementares.

Tal consulta prende-se ao fato de que, notificado determinado Gestor Municipal de Saúde da irregularidade de nutricionistas estarem solicitando exames complementares, recebemos, do mesmo, ofício em que esta autorização foi concedida por ele, Gestor, tendo em vista o disposto na referida Lei."

d) Em 28 de agosto de 1996, o diretor-clínico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo dirigiu, a este Conselho Federal de Medicina, consulta sobre o conteúdo do of. 151/96 do Conselho Federal de Nutrologia, dirigido e encaminhado ao presidente da ABRANGE. A Comissão de Normas Éticas e Regulamentares daquela Diretoria, em apreciando o ofício, "manifestou seu inconformismo diante dessa outorga de competência, em princípio do médico". O citado of. 151/96 está vazado nos seguintes termos:

"Prezado Senhor.

O Conselho Federal de Nutricionistas vem por meio desta, informar a Vossa Senhoria, que o nutricionista tem sua profissão regulamentada pela Lei nº 8.234/91 e seu exercício profissional fiscalizado pelos Conselhos Regionais de Nutricionistas, conforme Lei nº 6.583/80.

Nesses instrumentos legais, fica claramente definido que a prescrição dietética é competência privativa do nutricionista, a quem incumbe, ainda:

. a avaliação nutricional e metabólica do paciente;

. a prescrição dietoterápica para diversas patologias, tais como diabetes e obesidade, magreza, câncer, SIDA, alergias alimentares, hiperlipidências (sic), hipertensão arterial, insuficiência hepática, renal, cardíaca e pulmonar, doenças gastrointestinais, dentre outras;

. a prescrição e o acompanhamento de nutrição enteral e/ou parenteral, tanto para pacientes internados ou a nível domiciliar, quando impossibilitados de se alimentarem por via oral.

Sem mais, Cordialmente - VERA BARROS DE LEÇA PEREIRA - Presidente do CFN"

II - A Lei nº 8.234, citada nas consultas, preconiza:

"Art. 3º. São atividades privativas dos nutricionistas:

.....

VIII - assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e a nível de consultórios de nutrição e dietética, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos."

"Art. 4º. Atribuem-se, também, aos nutricionistas as seguintes atividades, desde que relacionadas com alimentação e nutrição humanas:

.....

VIII - solicitação de exames laboratoriais, necessários ao acompanhamento dietoterápico;"

Comentário. O inciso VIII do artigo 3º incorpora, a toda evidência, o inciso VIII do artigo 4º, pois o ato de solicitar exames é a maneira de avaliar laboratorialmente o resultado da dieta prescrita, tornando assim totalmente dispensável este último



A leitura desse texto dá a impressão, ao menos avisado, de que efetivamente o nutricionista tem inteira liberdade para prescrever dietas e avaliar resultados, inclusive solicitando exames. Ledo engano. Podem somente quando previamente efetuado um diagnóstico médico.

Quando alguém precisa licenciar-se para tratamento de saúde é o médico que atesta essa necessidade; quando alguém vai ser admitido numa empresa, ou no serviço público, é o médico que atesta sua higidez. Somente o médico tem a tripla função de diagnosticar a doença, prescrever ou efetuar o tratamento, avaliar o resultado ou efetuar o prognóstico

Isto significa que, à semelhança do fisioterapeuta, o nutricionista, cujo valor e importância na equipe de saúde não negamos, deve exercer sua atividade junto ao doente que lhe for encaminhado por médico, ou, no hospital, orientar a dieta do paciente cuja enfermidade foi diagnosticada por médico e solicitada dieta específica para o caso. A avaliação terapêutica só pode ser feita mediante ato do médico. Por conseqüência, não lhe é atribuído o direito de solicitar exames para essa avaliação, muito menos como ato exclusivo.

Da sabedoria jurídica, em especial a inglesa, vem o chamado DIREITO CONSUETUDINÁRIO. Citando Aurélio - Novo Dicionário da Língua Portuguesa - 1ª edição - 15ª impressão - Editora Nova Fronteira:

"Consuetudinário. {Do lat. consuetudinariu.} Adj. 1. Fundado nos costumes: direito consuetudinário: "Triste naufrágio o do crítico que, fora dessas leis consuetudinárias ou contra elas, pretende erguer o castelo aéreo de seus dogmas e reformações." João Ribeiro, Páginas de Estética, p. 54)"

Essa citação deveria ser lida por todos os responsáveis pela condução do país, da sociedade, da confecção e aplicação das leis, enfim, por todos que pela posição que ocupem têm alguma responsabilidade social.

É por essa tradição que até hoje não foi preciso transformar em lei esse procedimento intuitivo.

Os "usos e costumes" são, na verdade, a principal fonte do Direito, acrescentando os fatos novos que exigem normas.

Inicialmente, a Lei nº 6.583, citada pelo presidente do Conselho Federal de Nutricionistas, não é de 1980, mas sim de 1978. Além do já comentado anteriormente, acrescento: é absurdo imaginar que o médico, após diagnosticar uma das doenças expostas no ofício - seguramente mais de metade das doenças que afligem a humanidade - diga ao paciente: o senhor vai tomar esses medicamentos (isto se não for uma doença que prescindia de medicamentos, sendo mais importante a dieta) e vai procurar um nutricionista porque eu, apesar de médico, não posso prescrever sua dieta, pois isto é atividade privativa do nutricionista nos termos do inciso VIII do artigo 3º da Lei nº 8.234, de 17/12/91.

Vejamos outro absurdo. Esse mesmo artigo tem (sublinhado o destaque):

"Parágrafo único. É obrigatória a participação de nutricionistas em equipes multidisciplinares, criadas por entidades públicas ou particulares e destinadas a planejar, coordenar, supervisionar, implementar, executar e avaliar políticas, programas, cursos nos diversos níveis, pesquisas ou eventos de qualquer natureza, direta ou indiretamente relacionados com alimentação e nutrição, bem como elaborar e revisar legislação e códigos próprios desta área."

Por que, não custa repetir, não existe ainda uma lei dizendo o que o médico pode e deve fazer, com exclusividade, ou, em outras palavras, agora em moda, discutir: "O que é ato médico?" Por numerosas dificuldades.

Primeira. Desde tempos imemoriais, antes mesmo que fosse inventada a escrita, o homem doente procurava o pajé, o feiticeiro, hoje o médico, para ter o diagnóstico, prognóstico (conseqüências de seu estado de saúde ou doença) e tratamento.

Segunda. Faltaria papel para enumerar tudo o que o médico pode e deve fazer, e com certeza ficaria esquecido algum procedimento. E a cada nova descoberta ou criação de nova técnica, precisaria nova lei.

Se nessa lista estivesse como atribuição do médico "extirpar apêndice inflamado", mas fosse esquecido "drenagem cirúrgica de abscesso apendicular", mediante um bom "lobby" os enfermeiros poderiam obter uma lei que atribuísse esse ato ao enfermeiro de centro cirúrgico, pois afinal, de tanto assistir o médico fazê-lo, eles terão até condições técnicas de realizá-lo. E o argumento seria muito simples: esse ato não estaria previsto na lei que enumerasse os atos médicos.

Ainda conseqüência desse parágrafo único:

- se médicos especialistas em endocrinologia, organizando um congresso específico com tema central DIABETES, na hora de montar um curso denominado "Tratamento Dietoterápico do Diabético" teriam que decidir: qual nutricionista vamos convidar para organizar e ministrar o curso?

- os senhores deputados e senadores não podem apresentar projetos-de-lei relativos à nutrição sem convocarem, obrigatoriamente, um nutricionista. É comum, é normal, que parlamentares ouçam os principais interessados em determinado projeto-de-lei, porém neste caso, ainda que o parlamentar seja bastante versado no assunto, é obrigatório, pois está no final do parágrafo: "elaborar e revisar legislação e códigos próprios desta área".

A Constituição da República estabelece:

Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

.....

XIII - é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer;"

Já vimos que quem faz diagnóstico, prognóstico e prescreve ou indica ato terapêutico é somente o médico, e a lei que regula essa profissão (Lei nº 3.268, de 30/9/57) diz que para exercer a Medicina o profissional deve possuir o diploma de médico obtido em faculdade de medicina oficial ou reconhecida, registrado no Ministério da Educação e Cultura, e inscrever-se no Conselho Regional de Medicina.

O exercício de profissão liberal não pode ser equiparada, em hipótese alguma, ao exercício de função pública. Nesta podemos e devemos ter leis e regulamentos que digam claramente o que determinado servidor pode e deve fazer. Para aquele, o que a lei pode dizer é quando há necessidade de sua atuação. E é assim que essa regra geral é respeitada, conforme exemplos:

- nenhuma lei diz expressamente que é atribuição do médico atestar sanidade ou doença, mas a legislação que regula direitos e deveres do servidor público diz que a justificativa de falta ao trabalho por doença far-se-á mediante apresentação de atestado médico;

- nenhuma lei diz expressamente que ao médico cabe examinar candidatos a obtenção da licença de habilitação, mas a legislação de trânsito diz que para obter a licença o candidato deve submeter-se a exame médico;

- nenhuma lei diz expressamente que é privativo do médico receitar substância entorpecente, mas a legislação sanitária prevê que a venda desse medicamento está sujeita à apresentação de receita médica.

Seria interminável a lista de exemplos. Para finalizar este tópico, citarei exemplo concreto de lei tecnicamente bem elaborada, de elevado alcance, na própria área da Nutrologia, ou Nutrição (sublinhado o destaque).

LEI nº 8.913, de 12/7/1994, que dispõe sobre a descentralização da merenda escolar.

Art.4 - A elaboração dos cardápios dos programas de alimentação escolar, sob a responsabilidade dos Estados e Municípios, através de nutricionista capacitado, será desenvolvida em acordo com o Conselho de Alimentação Escolar, e respeitará os hábitos alimentares de cada localidade, sua vocação agrícola e a preferência pelos produtos "in natura".

### **CONCLUSÕES:**

Nutricionista não tem competência para requisitar exames com finalidade diagnóstica ou avaliação terapêutica. A autorização prevista na lei restringe-se à formulação dietoterápica e avaliação de seu resultado. Sempre será necessário o diagnóstico prévio da doença, efetuado por médico, encaminhado o paciente àquele profissional. Da mesma forma, em caso de paciente hospitalizado, o médico faz o diagnóstico e solicita a formulação dietoterápica que será orientada pelo nutricionista.

Quanto à exclusividade de competência, o que a lei estabelece é que outros profissionais, por exemplo enfermeiros, farmacêuticos e outros, excluído o médico, não podem atuar nessa área. Isto porque, quem pode o mais pode o menos. O médico aprofundou muito mais seu conhecimento dos distúrbios metabólicos, quer como doença primária, quer como resultado de outras doenças não essencialmente metabólicas, além do que, pelo demonstrado, a ele cabe com exclusividade estabelecer o diagnóstico e, por óbvio, a indicação terapêutica, e isso já foi decidido nos tribunais conforme acórdão que dirimiu a contenda entre os fisioterapeutas e fisiatras que, anexo, passa a integrar este parecer.

Brasília, 10 de janeiro de 1998.

**LÉO MEYER COUTINHO**

Conselheiro Relator

Aprovado em Sessão Plenária

Dia 17/9/99

**PARECER Nº 1038/98 - CRM/PR**

**PROTOCOLO Nº 8219/97**

ASSUNTO: PRESCRIÇÃO DE DIETAS EM AMBIENTE HOSPITALAR

PARECERISTA: DR<sup>a</sup>. MONICA DE BIASE W. KASTRUP

O Dr. N. R. F., diretor de Corpo Clínico do Hospital de C. da U. F. P., efetua consulta sobre "a quem é permitido a prescrição de dietas em ambiente hospitalar?"

A orientação dietética de um determinado paciente, hospitalizado ou em regime ambulatorial, por se tratar de ato que envolve tanto diagnóstico quanto tratamento e, por isso, ser um ato de competência médica, é da responsabilidade do MÉDICO ASSISTENTE. A elaboração desta dieta prescrita anteriormente pelo médico, entretanto, deve estar a cargo da nutricionista, cujas atribuições profissionais lhe proporcionam competência suficiente para tanto. Convém ainda sublinhar que, para o bom andamento do caso com rápida recuperação do paciente, é imprescindível haver essa integração nutricionista/médico assistente, o qual PRESCREVE a dieta, acompanha a evolução do quadro clínico e faz as modificações cabíveis.

É o parecer.

Curitiba, 22 de janeiro de 1998.

Dra. MONICA DE BIASE W. KASTRUP

Conselheira Parecerista

Aprovado em Reunião Plenária n.º 698 de 02/02/1998

**CÓDIGO DE  
ÉTICA MÉDICA**

**RESOLUÇÃO CFM Nº 1.931/2009**

**Capítulo XIII**

**PUBLICIDADE MÉDICA**

**É vedado ao médico:**

Art. 116 - Participar de anúncios de empresas comerciais qualquer que seja sua natureza, valendo-se de sua profissão.

**LEIA  
O NOVO CÓDIGO  
DE ÉTICA MÉDICA**

**CONSULTE  
EM CASO DE DÚVIDA  
O SEU CRM/PR**

**INFORMAÇÃO  
AQUI VOCÊ AS TEM.**

**PREVINA.**

## O Mata borrão

Se você tem menos de 40 anos de idade, dependendo onde residia, possivelmente, não tenha usado a palavra mata borrão e talvez não saiba o que é.

A fotografia (1) ilustra do que falamos.

No início da escolaridade há 40 anos, a alfabetização e escolarização no “Grupo Escolar” se iniciava a escrita com caneta a tinta, tendo sempre ao lado seu fiel companheiro, o pequeno tinteiro, colocado num pequeno orifício na “carteira” escolar.

A tinta já era usada de forma comercial desde 1932 na Inglaterra, e era produzida com água e anilina azul como pigmento.

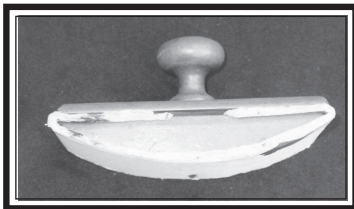
Alunos descuidados e acidentalmente pingavam borrando seus “cadernos”. Para evitar acentuar a perda da qualidade do “trabalho” escrito e a “sujeira”, era usado um papel absorvente sobre o borrão que, absorvia a água da tinta, mas mantendo o texto com o pigmento. Este papel era usado pelo “aluno” ou escritor e estava sempre ao lado da caneta. A folha de papel podia ser acoplada em um bloco de 4 a 5 e fixadas em uma madeira, o “berço”, cujas unidades uma vez utilizada podia ser descartada. Este conjunto era chamado de “mata borrão” (1).

A escrita na época usava a “caneta” confeccionada de madeira e a “pena” que não era mais de pássaro, mas industrializada, como na figura (2), mas era de metal. Na parte de madeira ou outro material se fixava a pena, que após algumas palavras necessitava “recarregar” com tinta do tinteiro. A pena quando quebrada podia ser substituída.

A caneta escolar era guardada e transportada na caixa “penal” de madeira ou outro material.

Nos consultórios médicos ou em escritórios existiam peças “tinteiro de mesa”, grandes, para colocação da tinta e canetas colocadas sobre a mesa, que eram requintados e artísticos, confeccionados de ferro, cobre, prata e até de ouro nos palácios.

A propaganda médica foi usada individualmente em um dos lados do papel mata borrão (3).



(1)



(2) (3)



**Palavras-chave** - Museu, História da medicina, Mata borrão

**Key-words** - Medicine history, Medicine Museum, Blotting paper

\* Diretor do “Museu de História da Medicina” da Associação Médica do Paraná.

Prof. Adjunto de Neurologia (apos.) do Curso de Medicina no Hospital de Clínicas, da Universidade Federal do Paraná – UFPR.

**Para doações e correspondência:** Secretaria: Fone 041. 3024-1415 • Fax - 041 3242-4593

• E-mail: amp@amp.org.br • Rua Cândido Xavier nº 575 - 80240-280 - Curitiba-PR

Visite o Museu em nosso site [www.amp.org.br](http://www.amp.org.br)

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ  
COMISSÕES DE TRABALHO - GESTÃO 2008/2013  
DELEGADOS REGIONAIS 2008-2013

**1 - Depto. de Fiscalização do Exercício Profissional (DEFEP)**

Cons. Donizetti Dimmer Giamberardino Filho  
E-mail: defep@crmpr.org.br

**2 - Depto. de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME)**

Cons<sup>a</sup>. Keti Stylianos Patsis (coordenadora), Mario Teruo Sato e Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi  
E-mail: codame@crmpr.org.br

**3 - Comissão de Qualificação Profissional**

Cons. Zacarias Alves de Souza Filho (coordenador), Joachim Graf e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho  
E-mail: cqp@crmpr.org.br

**4 - Comissão de Tomada de Contas**

Conselheiros Mauricio Marcondes Ribas (coordenador), Clóvis Marcelo Corso e Gustavo Justo Schulz  
E-mail: crmpr@crmpr.org.br

**5 - Comissão de Licitação**

Adv. Afonso Proença Branco Filho e funcionários Bruno Roberto Michna e Maria Arminda de Souza  
E-mail: protocolo@crmpr.org.br

**6 - Comissão de Ensino Médico**

Cons. Joachim Graf e Hélio Bertolozzi Soares  
E-mail: crmpr@crmpr.org.br

**7 - Comissão de Saúde do Médico**

Cons. Marco Antonio do Socorro M. R. Bessa (coordenador), Roseni Teresinha Florencio, Wilmar Mendonça Guimarães e Romeu Bertol  
E-mail: saudedomedico@crmpr.org.br

**8 - Comissão de Comunicação**

Conselheiros Ehrentfried Othmar Wittig (coordenador), Carlos Roberto Goytacaz Rocha, Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Gerson Zafalon Martins, Hélio Bertolozzi Soares, Luiz Sallim Emed e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, Dr. João Manuel Cardoso Martins e jornalista Hernani Vieira.  
E-mail: imprensa@crmpr.org.br

**9 - Comissão Parlamentar**

Conselheiros Luiz Sallim Emed (coordenador), Carlos Roberto Goytacaz Rocha, Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Hélio Bertolozzi Soares, Gerson Zafalon Martins e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho.  
E-mail: crmpr@crmpr.org.br

**10 - Comissão de Patrimônio**

Conselheiros Monica De Biase Wright Kastrup, Ewalda Von Rosen Seeling Stahike, Darley Ruger Wollmann Júnior e funcion. Maria Arminda de Souza.  
E-mail: crmpr@crmpr.org.br

**11 - Comissão Estadual de Honorários Médicos**

Conselheiros Carlos Roberto Goytacaz Rocha, Hélio Bertolozzi Soares, Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho e Sérgio Maciel Molteni.  
E-mail: crmpr@crmpr.org.br

**12 - Comissão Estadual de Defesa do Ato Médico**

Cons. Sérgio Maciel Molteni (coordenador), Alexandre Gustavo Bley, Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, Luiz Sallim Emed e Roseni Teresinha Florencio.  
E-mail: crmpr@crmpr.org.br

**13 - Comissão de Cooperativismo Médico**

Cons. José Clemente Linhares (coordenador), Sérgio Maciel Molteni, Gustavo Justo Schultz e Roberto Issamu Yosida.  
E-mail: crmpr@crmpr.org.br

**Delegacia do CRMPR em Apucarana**

Dr. Adalberto Rocha Lobo  
Dr. Ângelo Yassushi Hayashi  
Dr. Artur Palu Neto  
Dr. Hélio Klyoshi Hossaka  
Dr. Hélio Shindy Kissina  
Dr. Jaime de Barros Silva Júnior  
Dr. Leonardo Marchi  
Dr. Pedro Elias Batista Gonçalves  
Dr. Pieker Fernando Migliorini

**Delegacia do CRMPR em Campo Mourão**

Dr. Antônio Carlos Cardoso  
Dr. Carlos Roberto Henrique  
Dr. Dairton Luiz Legnani  
Dr. Fábio Sinisgalli Romanelo Campos  
Dr. Fernando Duglosz  
Dr. Homero César Cordeiro  
Dr. Manuel da Conceição Gameiro  
Dr. Marcos Antônio Corpa  
Dr. Rodrigo Seiga Romildo  
Dr. Joaquim Souza

**Delegacia do CRMPR em Cascavel**

Dr. Amauri Cesar Jorge  
Dr. André Pinto Montenegro  
Dr. Cláudio Jundi Kimura  
Dr. Hi Kyung Ann  
Dr. Keithe de Jesus Fontes  
Dr. Miguel José Elvira  
Dr. Paulo César Militão da Silva  
Dr. Tomaz Massayuki Tanaka

**Delegacia do CRMPR em Foz do Iguaçu**

Dr. Alexandre Antônio de Camargo  
Dr<sup>a</sup>. Francine Sberni  
Dr. Isidoro Antônio Villamayor Alvarez  
Dr<sup>a</sup>. Jaicilene de Souza Costa  
Dr. Luiz Henrique Zaians  
Dr. Marco Aurélio Farinazzo  
Dr. Michel Cotait Júnior  
Dr. Rodrigo Lucas de Castilho Vieira  
Dr. Tomas Edson Andrade da Cunha

**Delegacia do CRMPR em Guarapuava**

Dr. Ângelo Henrique França

Dr. Antônio Marcos Cabrera Garcia  
Dr. Arnaldo Tomilô Aoki  
Dr. Cicero Antônio Vicentin  
Dr. Francisco José Fernandes Alves  
Dr. Frederico Eduardo Warpechowski Virmond  
Dr. Jean Boutros Sater  
Dr. Lineu Domingos Carleto Júnior  
Dr. Marcos Fernandes Tenório Gomes  
Dr<sup>a</sup>. Rita de Cássia Ribeiro Penha Arruda

**Delegacia do CRMPR em Londrina**

Dr. Alvaro Luiz de Oliveira  
Dr<sup>a</sup>. Alessandra Luiz Spirionelli  
Dr. Bruno Scardazzi Pozzi  
Dr. Ivan José Blume de Lima Domingues  
Dr. Jan Walter Stegamann  
Dr. João Henrique Steffen Júnior  
Dr. Mário Machado Júnior  
Dr<sup>a</sup>. Rosana Hashimoto

**Delegacia do CRMPR em Maringá**

Dr<sup>a</sup>. Adriana Domingues Valadares  
Dr. Aldo Yoshissuke Taguchi  
Dr. Luiz Alberto Mello e Costa  
Dr. Márcio de Carvalho  
Dr. Marcos Victor Ferreira  
Dr. Natal Domingos Gianotto  
Dr. Raul Bendin Filho  
Dr. Riuzi Nakanishi  
Dr. Vicente Massaji Kira

**Delegacia do CRMPR em Paranavai**

Dr. Atílio Antônio Mendonça Accorsi  
Dr. Cleonir Murtz Rakoski  
Dr. Dorival Ricci  
Dr<sup>a</sup>. Hortensia Pereira Vicente Neves  
Dr. Jorge Luiz Pellisson  
Dr. José Eloy Mendes Tramontin  
Dr<sup>a</sup>. Leila Maia  
Dr. Luis Francisco Costa  
Dr. Luiz Carlos Cerveira  
Dr. Marcelo Sebastião Reis Campos Silva

**Delegacia do CRMPR em Pato Branco**

Dr. Ayrton Martin Maciozek  
Dr. Celito José Ceni  
Dr. Geraldo Sulzbach  
Dr. Gilberto José Lago de Almeida  
Dr. Gilmar Juliani Biscaia  
Dr. Ildefonso Amoedo Canto Júnior  
Dr. José Renato Pedevira  
Dr<sup>a</sup>. Vanessa Bassetti Prochmann

**Delegacia do CRMPR em Ponta Grossa**

Dr<sup>a</sup>. Ana Paula Ditzel  
Dr. Carlos Alexandre Fernandes  
Dr. Marcelo Jacomel  
Dr. Meirson Reque  
Dr. Northon Arruda Hilgemberg  
Dr. Plácido da Trindade Machado  
Dr. Rubens Adao da Silva

**Delegacia de Divisas em Rio Negro/Mafra-SC**

Dr. Francisco Mário Zaccola  
Dr. Jacy Gomes  
Dr. Jonas de Mello Filho  
Dr. Leandro Gastim Leite  
Dr. Richard Andrei Marquardt  
Dr<sup>a</sup>. Rita Sibeles Schiessel Flores

**Delegacia de Fronteira do CRMPR em Sto. Ant<sup>o</sup>. da Platina**

Dr. Ari Orlandi  
Dr. Celso Aparecido Gomes de Oliveira  
Dr. Carlos Maria Luna Pastore  
Dr<sup>a</sup>. Elizabeth Candido da Lozzo  
Dr. José Mário Lemes  
Dr. Jorge Cendon Garrido  
Dr. Sérgio Bachtold  
Dr<sup>a</sup>. Sílvia Aparecida Ferreira Dias Gonçalves

**Delegacia do CRMPR em Toledo**

Dr. Eduardo Gomes  
Dr<sup>a</sup>. Ely Brondi de Carvalho  
Dr. Fábio Scarpa e Silva  
Dr. Ivan Garcia  
Dr. José Afrânio Davidoff Júnior  
Dr. José Carlos Bosso  
Dr. José Maria Barreira Neto  
Dr. Roberto Simeão Roncato  
Dr. Sérgio Kazuo Akiyoshi

**Delegacia do CRMPR em Umuarama**

Dr. Alexandre Thadeu Meyer  
Dr. Fernando Elias Mello da Silva  
Dr. Francisco Munoz Del Claro  
Dr. Guilherme Antônio Schmitt  
Dr. Ivan José Cardoso Frey  
Dr. Jansen Rodrigues Ferreira  
Dr. João Jorge Hellú  
Dr. Juscelino de Andrade  
Dr. Mauro Acácio Garcia  
Dr. Osvaldo Martins de Queiroz Filho

**Delegacia de Fronteira em União da Vitória/Porto União-SC**

Dr. Ayrton Rodrigues Martins  
Dr. Renato Hubi  
Dr. Adilson Cid Bastos  
Dr. Cláudio de Melo  
Dr. Wilson Martins Neubauer

**Sumário****ARTIGO****Quanto Custa Uma Consulta de Convênio ou Plano de Saúde?**

Antonio Celso Nunes Nassif ..... 61

**RESOLUÇÃO****Prontuário Médico - Conselho Federal de Medicina Define Normas Para Divulgação**

CFM ..... 64

**PARECERES****A Responsabilidade da Recusa Hospitalar de Atendimento Médico**

Roseni Teresinha Florêncio ..... 66

**Honorários Médicos e a Investigação de Esterilidade Conjugal - Coito Programado**

Hélcio Bertolozzi Soares ..... 74

**Quem Tem Direito de Acesso ao Prontuário do Trabalhador?**

Ketj Stylianos Patsis ..... 76

**Tem o Empregador Direito de Acesso ao Prontuário do Trabalhador?**

Ketj Stylianos Patsis ..... 78

**Prontuário Médico Eletrônico e Sigilo Médico**

Lufero Marques de Oliveira ..... 80

**Autonomia no Atendimento Médico de Colegas de Trabalho**

Romeu Bertol ..... 84

**Laudo Médico Pericial e a Entrega à Terceiro**

Ketj Stylianos Patsis ..... 86

**Atendimento Por Clínico Generalista e a Responsabilidade**

Hélcio Bertolozzi Soares ..... 88

**Atendimento à Gestantes e Pré Natal em Emergência**

Hélcio Bertolozzi Soares ..... 90

**Presença dos Pais Durante a Anestesia em Pediatria**

Clóvis Marcelo Corso ..... 93

**Padronização da Ficha de Anestesia**

Clóvis Marcelo Corso ..... 96

**Atuação Como Assistente Técnico em Perícia de Seu Paciente**

Ketj Stylianos Patsis ..... 103

**Competência Legal Para Solicitar Exames**

Monica De Biase Wright Kastrup ..... 105

**MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA****O Mata Borrão**

Ehrenfried Othmar Wittig ..... 116