



ARQUIVOS
do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

v.28 - n.110 - Abr/Jun - 2011

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 Busetti 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)

Luís 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 Kastrop
Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
Paulo Roberto Mussi (Pato Branco)
Raquelle 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, Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho e Carlos Roberto Goytacaz Rocha.

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

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 28	n. 109	p. 057-112	Abr/Jun.	2011
---------------------------	----------	-------	--------	------------	----------	------

EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Donizetti D. Giamberardino Filho Ehrenfried O. Wittig Gerson Z. Martins Miguel I.A. Hanna S^o.
 Hécio 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 CRMPR, é uma revista criada em 1984, dedicada a divulgação de trabalhos, artigos, legislações, pareceres, resoluções e informações de conteúdo ético.

ENDEREÇOS**CRMPR**

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

Home-Page cfm@cfm.org.br
 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

EDIÇÃO

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

REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

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

RESPONSABILIDADE

Os conceitos expressos nos artigos publicados e assinados, são de responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente o pensamento do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Os "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", são encaminhados gratuitamente à todos os Médicos registrados no Conselho Regional de Medicina do Paraná, às bibliotecas dos Cursos de Medicina e dos Cursos de Direito do Brasil, ao Conselho Federal de Medicina, aos Conselhos Regionais de Medicina, aos Conselhos Regionais da Área de Saúde do Paraná e outros solicitantes.

NORMAS PARA OS AUTORES

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

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

Título - sintético e preciso, em português.

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

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

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

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

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

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

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

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

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

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

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

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

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

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

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

ÍNDICE REMISSIVO

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos dos primeiros 50 números, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após, no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page www.crmpr.org.br Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em biblioteca@crmpr.org.br ou por telefone 0xx41 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, 2011;28(110):057-112

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

ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

Sumário

PARECERES

Atestado Médico com Título de Especialista em Nefrologia e Código Internacional de Doença (CID) Diferente da sua Área de Atuação Rodrigo José Felipe.....	57
Interferência de Operadoras de Planos de Saúde na Prescrição de Medicamentos Antônio José Pessoa da Silveira Dórea	59
Disponibilização via Internet de Dados de Pacientes Internados em Unidade Hospitalar Silvio Porto de Oliveira	63
A Remuneração por Serviços Médicos Prestados por Médicos Cooperados Deve Obedecer a Critérios Éticos e Salvaguarda por Letras Regimentais das Cooperativas Médicas Carlos Alberto Benfatti.....	65
Quando Tratar Paciente Psiquiátrico Involuntariamente Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa	67
Medicina Legal Deve ter Aula Ministrada por Médico e não por Fisioterapeuta ou Advogado Alexandre Gustavo Bley.....	69
Periodicidade de Exames Para uso de Piscina Coletiva Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke	71
Pode o Anestesiologista Iniciar Cirurgia Para um Médico Residente sem a Presença de seu Preceptor Oficial, Presente ou não no Hospital e que Ainda não Está Liberado Pelo Sistema? Alexandre Gustavo Bley.....	74
Como Deverá ser Descrito o Resultado de Exame de Imagem? O Laudo Deve Conter Possibilidades Diagnósticas? Lutero Marques de Oliveira	76
Operadora Deixa de Atender Seus Usuários nas Dependências de P.A. Hospitalar. Como Ficam os Exames Laboratoriais? Alexandre Gustavo Bley.....	79
Exame Anatomopatológico: Peça e Resultado não Precisam ser Encaminhados ao Convênio Alexandre Gustavo Bley.....	81
Critérios de Morte Encefálica - Resolução CFM 1480/1997 Maurício Marcondes Ribas	83
Médico Regulador: Urgência, Emergência, Leito, Internação, Vaga Zero Romeu Bertol.....	85
Responsabilidade Profissional. Médico Ortopedista Pode Deixar de Prestar Atendimento em sua Área por Estar Contratado ao Serviço Público Como Clínico? Gerson Zafalon Martins	89
Exame Médico, de Candidato ao Serviço Público Alexandre Gustavo Bley.....	93
Sigilo Médico em Perícias e Audiências Keti Stylianos Patsis.....	95
Biópsias em Lesões Mamárias e a Ultrassonografia Alexandre Gustavo Bley.....	101
IMPRENSA	
Vaga Zero: De Quem é a Responsabilidade? CREMESC	103
TST não Reconhece Laudo Pericial de Fisioterapeuta Vox Médica.....	104
Carimbo Médico: uma Necessidade Legal ou Uma Imposição Informal? Revista Assoc Med Bras 2011; 57(1):16-19	110
Resolução do CFM Regulamenta Consulta Médica e Retorno CRMMG	111
MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA	
Carlos Chagas e os Doutorandos de 1925	112
Ehrenfried Othmar Wittig	

ATESTADO MÉDICO COM TÍTULO DE ESPECIALISTA EM NEFROLOGIA E CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇA (CID) DIFERENTE DA SUA ÁREA DE ATUAÇÃO

Rodrigo José Felipe*

EMENTA – O médico regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina está apto a exercer a medicina, na jurisdição respectiva, em qualquer de seus ramos, limitando esta atuação ao entendimento do mesmo de que possui capacidade de realizar os procedimentos médicos próprios, posto que responde o médico pelos atos praticados.

Palavras-chave - atestado, especialista, nefrologia, CID, área de atuação, responsabilidade, veracidade, fé pública

DOCTORS REPORT PRESENTING A TITLE OF SPECIALIST IN NEPHROLOGY AND INTERNATIONAL DISEASE CODE (IDC) DIFFERING FROM HIS WORKING FIELD

Key-words - medical certificate, specialist, nephrology, IDC, working field, responsibilities, veracity, public faith.

DA CONSULTA

Através do Portal Médico do Cremeb, consulente, gostaria de ser informado se um profissional da área de nefrologia pode administrar um atestado com Cid JO6.

INTRODUÇÃO AO PARECER

Toda a sociedade reconhece os atestados médicos, sendo que este é um direito do paciente, não podendo ser negado. No entanto, o conteúdo deste documento é de inteira responsabilidade do médico, devendo refletir estritamente seu parecer técnico.

A emissão de atestado médico é um ato exclusivo da profissão médica, sendo vedada a outros profissionais da saúde.

Qualquer médico, desde que habilitado pode emitir o atestado médico lembrando que este documento reflete o estado do paciente e, se for caso, cuida-

* Conselheiro Parecerista Cremeb.

dos que devem ser tomados aos olhos do médico. Além disso, o atestado tem fé pública, ou seja, presunção de veracidade.

O Conselho Federal de Medicina em sua resolução número 1658-2002, normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências. Em seu artigo terceiro o médico observará os seguintes procedimentos:

- I – especificar o tempo concedido de dispensa à atividade para recuperação do paciente;
- II – estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;
- III – registrar os dados de maneira legível;
- IV – identificar como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no conselho regional médico.

PARECER

De imediato revela-se aos olhos deste conselho que a essência desta consulta está na possibilidade de um médico com especialidade em nefrologia emitir atestado com CID referente à patologia totalmente diferente da área de atuação do médico.

Lembrando que conforme a lei 3268-57, em seu artigo 18, os profissionais médicos uma vez portadores de carteiras profissionais encontram-se habilitados a exercer a medicina (e todos os seus atos), em toda sua extensão.

Entretanto devemos lembrar que o Código de Ética Médica em seus artigos 110, 111, 112: É vedado ao médico:

Art. 110 – Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda à verdade.

Art. 111 – Utilizar-se do ato atestar como forma de angariar a clientela.

Art. 112 – Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu representante legal.

CONCLUSÃO

O médico regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina está apto a exercer a medicina, na jurisdição respectiva, em qualquer de seus ramos, limitando esta atuação ao entendimento do mesmo de que possui capacidade de realizar os procedimentos médicos próprios, posto que responde o médico pelos atos praticados, a teor do quanto estabelecido no art. 186 do Código de Ética Médica.

É o parecer.

Salvador, 15 de janeiro de 2009.

Rodrigo José Felipe

Cons. Relator

Processo-Consulta CREMEB Nº. 159.200/08

Parecer CREMEB Nº 31/2009

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 14/07/2009

INTERFERÊNCIA DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE NA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTO

Antônio José Pessoa da Silveira Dórea*

EMENTA – A prescrição de medicamentos genéricos não contraria regras definidas pelo Conselho Federal e Regionais de Medicina, e nem atenta contra a autonomia do médico. Não cabe a qualquer operadora obrigar ao médico e prestadores de serviço, a ministrar medicamentos e matérias específicas.

Palavras-chave - prescrição, medicamento, genérico, legal, autonomia, escolha, operadora, obrigar

HEALTH PLAN OPERATOR'S INTERFERENCE IN THE PRESCRIPTION OF MEDICATION

Key-words - prescription, medication, generic, legal, autonomy, choice, operator, to force

DA CONSULTA

Diretores de unidades privadas de saúde e entidade médica bahiana, protocolaram consulta neste Conselho, solicitando esclarecimentos acerca dos assuntos que se seguem:

1. Presente o direito e dever do profissional a livre prescrição, a operadora pode obrigar aos prestadores de serviço e ao médico a ministrar aos seus usuários medicamento de laboratório específico?
2. Tendo em vista as mesmas garantias atribuídas ao profissional, a operadora pode obrigar aos prestadores de serviço e ao médico a prescrever medicamento genérico?
3. Ainda a partir do mesmo fundamento, a operadora pode exigir dos prestadores de serviço fornecimento de material ou medicamento, com aplicação de descontos que tornem inviável, do ponto de vista econômico ou técnico, a prestação dos serviços?
4. Diante da prescrição, por parte do médico, de material ou medicamento que, embora adequado à prestação do serviço, que por força da aplicação de descontos impostos pela operadora, se revele economicamente inviável, e seja, portanto, impossível de ministrar ao paciente-usuário, há responsabilidade ético-disciplinar dos diretores técnicos dos prestadores de serviço?

* Conselheiro Parecerista Cremeb.

DO PARECER

No que tange às perguntas formuladas entendemos envolver três aspectos básicos, em que ao passo que forem sendo citados comentaremos individualmente:

1. Interferência das operadoras de planos de saúde na troca de prescrição de medicamentos de marca por genéricos:

O CEM no se artigo 10 dispõe:

“O trabalho médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa”.

O CEM no se artigo 16 dispõe:

“Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou instituição pública ou privada poderá limitar a escolha, por parte do médico, dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente”.

O CEM no se artigo 98 dispõe:

“É vedado ao médico exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, laboratório farmacêutico, ótica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação ou comercialização de produtos de prescrição médica de qualquer natureza, exceto quando se tratar de exercício da Medicina do trabalho”.

O CEM no se artigo 99 dispõe:

“É vedado ao médico exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia, bem como obter vantagem pela comercialização de medicamentos, órteses ou próteses, cuja compra decorra de influência direta em virtude da sua atividade profissional”.

A lei nº 9787 de 1999, estabelece o medicamento genérico e dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos.

A Resolução de nº 135/2003 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que autoriza a substituição do medicamento de marca por um genérico, faculta ao médico prescrever a receita e assinar uma recomendação em contrário quando entenda necessário:

“1.3 No caso de o profissional prescritor decidir pela não intercambiabilidade de sua prescrição, a manifestação deverá ser efetuada por item prescrito, de forma clara, legível e inequívoca, devendo ser feita de próprio punho, não sendo permitidas outras formas de impressão”.

O Parecer CFM nº 01/99 aponta que: “O médico que associar, sob qualquer forma a prescrição de medicamentos a interesses da indústria ou do comércio

farmacêutico ou quando facilitar o conhecimento de dados de pacientes a laboratórios, óticas e farmácias incorrem em infração aos artigos 10, 98 e 102 do CEM”.

O Parecer CREMEB nº 44/07 da lavra do Cons. Domingos Macedo Coutinho que versa sobre consulta a respeito de imposição de plano de saúde quanto à obrigatoriedade na utilização de medicamentos genéricos, diz em um dos seus parágrafos que *“detectado a necessidade de uma substância e/ou medicação, que não conste daquela lista sugerida pela portaria do PLANSERV, o médico deverá prescrever aquela substância e/ou medicação que melhor se adequar aos objetivos terapêuticos pretendidos, não incorrendo assim, em qualquer infração ética”*.

Parecer CREMEB nº 11/04 da lavra do Cons. Otávio Marambaia, conclui que *“... O médico deve ter comportamento que não enseje a mínima dúvida que o seu interesse em indicar determinada marca de medicamento, órtese ou prótese seja tão somente para melhorar as condições do seu paciente. ...”*

Entende este Conselho que a decisão do uso de medicamentos genéricos não contraria disposições do CFM, o que importa é que considerando a extensa relação de substâncias oferecidas ao mercado sejam elas de marca, genéricos e similares, devem ser utilizadas pelo médico desde que não modifiquem a ação fármaco dinâmica desejada. O resultado em benefício do paciente é o que deve ser alcançado esperando-se que a droga empregada comprove a sua eficiência. O médico detectando a necessidade de empregar uma medicação não disponível no arsenal terapêutico da relação de uma Instituição, tem o pleno direito de prescrever aquela que melhor se adequa ao caso clínico. Portanto cumpre o determinado pela resolução 135/2003 da ANVISA e não fere o CEM.

No que pese as perguntas 01 e 02 do consulente, somos do pensamento que não cabe a qualquer operadora **OBRIGAR** ao médico e prestadores de serviço, a ministrar medicamentos e materiais específicos. Através de uma exposição detalhada, com nível científico, que traduza efeito terapêutico desejado, sem prejuízo à saúde do paciente, levando em conta o custo, não há nada que a impeça sugerir uma relação de medicamentos genéricos, desde que não seja considerada como única e insubstituível opção.

Deve o médico ou prestador de serviços ter independência para decidir se necessário por outros tipos de drogas.

2. O segundo aspecto diz respeito ao uso de materiais e medicamentos com aplicações de descontos em favor das operadoras:

- Num mundo de economia instável, é mister que se procure reduzir o custo operacional nas relações comerciais. Porém tratam-se de decisões de caráter administrativo e financeiro dos prestadores X operadoras, não sendo competência do CREMEB a ingerência no assunto. A aplicação de descontos em medicamentos e materiais que torne inviável a prestação de serviços, deve ter a responsabilidade dos seus negociadores. Entretanto é da competência deste Conselho, orientar por

questão ética, que os prestadores de serviços assim como os médicos requisitem das operadoras medicações e materiais adequados, necessários e de melhor resultado possível ao tratamento dos seus pacientes.

3. O terceiro aspecto diz respeito à responsabilidade ética dos diretores técnicos dos prestadores de serviço:

O artigo 2º do CEM dispõe:

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

O artigo 4º do CEM dispõe:

“Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão”.

O artigo 8º do CEM dispõe:

“O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho”.

O artigo 9º do CEM dispõe:

“A medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio”.

O artigo 17 do CEM dispõe:

“O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético profissional da Medicina”.

Os artigos citados acima de uma maneira transparente expõem a responsabilidade do Diretor Técnico, cabendo a ele utilizar o melhor de sua capacidade profissional em atenção à saúde do ser humano, propiciando ao médico exercer a medicina com honra e dignidade, em boas condições de trabalho.

É o parecer.

Salvador, 20 de março de 2009.

Antônio José Pessoa da Silveira Dórea
Cons. Relator

Processo-Consulta CREMEB Nº. 149.835/08

Parecer CRMPR Nº 30/2009

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 16/07/2009

DISPONIBILIZAÇÃO VIA INTERNET DE DADOS DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE HOSPITALAR

Silvio Porto de Oliveira*

EMENTA – O segredo médico é uma obrigação moral e ética do profissional da medicina. Admite-se a revelação por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente ou de seu representante legal.

Palavras-chave - internet, disponibilização, dados, paciente internado, sigilo, revelação, consentimento, permissão, legalidade

AVAILABILITY OF INPATIENTS' DATA VIA INTERNET

Key-words - internet, availability, data, inpatient, medical confidentiality, consent, permission, legality

DA CONSULTA

A consulente é analista de sistemas e está com dúvidas em relação à ética em Internet, sigilo sobre dados dos pacientes. Gostaria de saber se é legal divulgar, via Internet, nomes de pacientes que tenham dado entrada em unidades hospitalares, ou estejam internados e o tipo de ocorrência como acidente de veículo, clínico, afogamento, atropelo, tentativa de homicídio, etc.

O objetivo a princípio de disponibilizar publicamente via Internet, é agilizar a localização de um paciente em uma unidade, seja ele feito por um profissional ou cidadão comum. Pensa em refinar mais esta localização, mas viu que de acordo com o Manual de Princípios Éticos para Sites de Medicina e Saúde na Internet, isso seria ilegal.

Analisou o item 4 (consentimento livre e esclarecido) e 5 (privacidade) mas assim mesmo ficou em dúvidas, até que ponto essa consulta que está querendo pode agredir o sigilo do paciente. Ressalta que deseja apenas divulgar nome do paciente, com o motivo pelo qual deu entrada em uma unidade de saúde e nome do hospital que ele se encontra.

* Conselheiro Parecerista Cremeb.

PARECER

A Internet é sem dúvida um importante meio de divulgação e sua ampla utilização no mundo atual vem permitindo um revolução no conhecimento humano.

A sua utilização para divulgação de assuntos médicos que tenham caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade é salutar e benéfica para a humanidade e também serve como um canal privilegiado para que os médicos troquem informações e exponham seus trabalhos de forma ética e de conformidade com o reconhecimento do conteúdo científico dos temas divulgados pelos órgãos competentes. O uso da Internet em telemedicina voltada para atualização e educação médica, a exemplo de vídeo conferências respeitadas as normas éticas, também constitui-se em um avanço extraordinário no aprendizado contemporâneo.

A divulgação de nomes dos pacientes e suas respectivas enfermidades, por qualquer meio de comunicação, inclusive a Internet, contrariam frontalmente o Código de Ética Médica no tratamento do segredo médico, indo de encontro principalmente aos artigos 102, 103, 104, onde o médico ou diretor técnico da instituição de saúde, onde o segredo for violado, são passíveis de sofrer processo ético disciplinar.

Concluindo, a privacidade de uma pessoa é uma conquista consagrada em todas as sociedades organizadas, um princípio constitucional e um ganho amplamente protegido pelo direito público, regulamentado em nosso país pelo Código Penal.

A relação médico-paciente tem o seu alicerce fundamental no sigilo profissional, e os médicos sabem da sua importância como uma forma de proteção da sociedade, até porque, o segredo não pertence ao médico, é um patrimônio do paciente e ele médico é apenas o guardião da confiança, e sua obrigação moral está respaldado e sacramentado no mais remoto e respeitado documento médico: O Juramento de Hipócrates.

É o parecer.

Salvador, 1º de dezembro de 2008.

Silvio Porto de Oliveira

Cons. Relator

Processo-Consulta CREMEB Nº. 150.405/08

Parecer CREMEB Nº 32/2009

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 05/03/2009

A REMUNERAÇÃO POR SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS POR MÉDICOS COOPERADOS DEVE OBEDECER A CRITÉRIOS ÉTICOS E SALVAGUARDADA POR LETRAS REGIMENTAIS DAS COOPERATIVAS MÉDICAS

Carlos Alberto Benfatti*

Palavras-chave - médico, cooperado, credenciado, remuneração, inferior, aceitação, obrigatoriedade, tabela, acordo, estatuto

THE REMUNERATION OF MEDICAL SERVICE PERFORMED BY COOPERATIVE DOCTORS MUST OBEY THE ETHICAL CRITERIA AND BE PROTECTED BY THE REGIMENTAL LETTERS OF MEDICAL COOPERATIVES

Key-words - doctor, associated, remuneration, inferior, acceptance, obligation, table, agreement, statute

I - PARTE EXPOSITIVA

Pelo entendimento das questões formuladas pelo consulente, assim pode ser sintetizada a consulta:

Trata-se de esclarecer se há obrigatoriedade ou não em aceitar remuneração muito abaixo do razoável pelo trabalho médico, nas palavras do Consulente, que agradece a atenção e aguarda ansioso, a resposta.

1-O médico credenciado ou cooperado está obrigado a aceitar os honorários praticados por suas tabelas?

2-Em caso de implantação de nova tabela, que teoricamente beneficie o todo, mas reduza os honorários de sua especialidade à metade, é obrigado a aceitá-la?

3-Em caso de acordo em relação a honorários específicos de um procedimento, com a Unimed local e que as Unimed de intercâmbio se recusem em seguir, fica o médico obrigado a prestar serviços por valores inferiores à sua Unimed?

II - PARTE CONCLUSIVA

O que se denota na consulta é que o consulente é médico credenciado de convênio ou operadora de saúde, especificamente cooperado da Unimed.

* Conselheira Parecerista CRMMG.

Se credenciado de convênio ou operadora de saúde deve haver assinatura de contrato de prestação de serviços médicos, desde consultas até procedimentos. Portanto a letra contratual deve ser seguida e se não cumprida, denunciada aos órgãos competentes, entenda-se Agência Nacional de Saúde Suplementar e seu dirigente médico denunciado ao Conselho Regional de Medicina da Jurisdição.

Se médico cooperado de Unimed, devem ser acionados os conselhos da cooperativa nos moldes estatutários e regimentais a partir da própria iniciativa do cooperado.

A implantação de tabelas de honorários constitui tema que os regimentos internos das cooperativas tratam e pode ser objeto inclusive de convocação de assembléias gerais conforme as letras regimentais, especificamente se houver prejuízo para os interessados mesmo que em benefício da cooperativa como um todo. Deve ser lembrado ainda que as cooperativas têm procurado seguir orientações da Associação Médica Brasileira e outras entidades médicas.

Da mesma forma o chamado intercâmbio entre cooperativas, segue contratos usuais entre as singulares ou normas definidas pelas cooperativas associadas, dentro de regionais na mesma unidade da Federação. As administrações e diretorias das cooperativas são definidas conforme normas regimentais e, portanto passível da ação dos médicos cooperados através dos órgãos próprios e assembléias gerais quando cabível por convocação regimentada.

Em caso de nenhuma ação interna ter resultado satisfatório para o consulente, deve este provocar a demanda através de outros meios citados acima, via agência Nacional de Saúde Suplementar e Conselho Regional de Medicina se for seu entendimento.

Finalmente, em relação ao Código de Ética Médica, o entendimento aqui é de que as condições descritas na consulta são de caráter administrativo ou contratuais e regimentais e a abordagem ética fica em estado de prontidão na dependência dos fatos dirimidos.

É o parecer.

Belo Horizonte, 09 de Março de 2010

Carlos Alberto Benfatti
Cons. Relator

Parecer-Consulta CRMMG Nº. 3977/2010
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 13/03/2010

QUANDO TRATAR PACIENTE PSIQUIÁTRICO INVOLUNTARIAMENTE

Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa*

Palavras-chave - paciente, psiquiátrico, tratamento, consentimento, involuntário

WHEN TREAT PSYCHIATRIC PATIENT INVOLUNTARILY

Key-words - patient, psychiatric, treatment, consent, involuntary

CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, pelo Dr. XXX, que faz a seguinte consulta:

“Fui procurado pelo esposo de uma paciente alegando que a mesma é portadora de transtorno psiquiátrico há pelo menos 6 anos. Foi medicada por outros colegas e melhorou, voltando ao trabalho e a vida social e familiar tornou-se novamente possível. Entretanto, segundo ele a paciente não admite ser doente e o mesmo tem administrado medicação sem que a paciente saiba, utilizando de outro veículo (medicação) onde insere parte do comprimido psiquiátrico prescrito. Recentemente a medicação acabou e pelo fato de não a ter mais disponível a paciente foi piorando, retornando seus sintomas paranóides, principalmente. O esposo disse que outros psiquiatras negaram-se a continuar medicando-a, pois ela se recusa a ir consultar. Solicitei ao esposo que trouxesse a paciente para avaliação. A esposa concordou e veio à consulta. Após avaliação pude concluir que a mesma é realmente, portadora de transtorno psiquiátrico (F22.0) codificado na CIO-10. Este transtorno caracteriza-se pela presença de sintomas delirantes mais especificamente, um tipo de delírio sistematizado. No caso em questão, delírios paranóides persecutórios, geralmente em relação a um alvo específico (pessoa). Além disso, uma característica importante é que pelo fato de ser um delírio sistematizado o paciente não admite que sua crença é falsa e sempre tenta explicar os acontecimentos delirantes de acordo com seu ponto de vista, mesmo que outros afirmem o contrário. Pelo fato de não saber que está tomando medicação psiquiátrica não reconhece que sua melhora se deva a ela. A questão é como tratar tal paciente a revelia de sua vontade, considerando

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

que pela doença mental não tem condições de discernir sobre seu adoecimento, embora todos ao seu redor reconheçam tal fato? Quais alternativas possíveis do ponto de vista ético para levar tal tratamento a termo?"

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Considerando que segundo a descrição do caso não há capacidade de julgamento e de insight e considerando que o estado da paciente pode representar riscos para si própria e para terceiros, a questão redonda em tratamento involuntário.

Neste caso levantar-se-ia a possibilidade de internamento involuntário ou compulsório, com conseqüente necessidade de avaliação por junta médica e decisão judicial que determine a autorização para tal tratamento.

É o parecer.

Curitiba, 1º de fevereiro de 2011.

Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 084/2009

Parecer CRMPR N° 2308/2011

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n° 2696, de 28/03/2011 - Câmara I

MEDICINA LEGAL DEVE TER AULA MINISTRADA POR MÉDICO E NÃO POR FISIOTERAPEUTA OU ADVOGADO

Alexandre Gustavo Bley*

Palavras-chave - aula, medicina legal, aluno, fisioterapia, direito, especialidade médica, código de ética

LEGAL MEDICINE MUST HAVE CLASSES PERFORMED BY DOCTORS AND NOT BY PHYSIOTHERAPIST OR LAWYERS

Key-words - class, legal medicine, student, physiotherapy, law, medical specialty, code of ethic

CONSULTA

“Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, o Dr. XXX, faz consulta com o seguinte teor:

“Solicitação: Solicito parecer sobre a correção de profissional fisioterapeuta ministrar aula de medicina legal em faculdade de Direito. A denominação Medicina Legal, ao nosso ver, faz crer que o profissional deva ser Médico. Ou então mudar o nome da disciplina para Fisioterapia legal ou similar.

Existe alguma distorção na conduta ou é lícita do ponto de vista do CRM. Justificativa: Sou Médico e curso o último ano em faculdade de Direito, e me deparei com a constrangedora situação de profissional fisioterapeuta ministrando aula de Medicina Legal, e ainda analisando o curriculum médico para dispensa ou não em disciplina. Qual a legitimidade para profissional fisioterapeuta analisar currículo de profissional médico?”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A MEDICINA LEGAL é uma especialidade médica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação, e é responsável pela execução de atos médicos dos quais são elaborados documentos com fé pública denominados laudos. Estes documentos permitem aos seus portadores (periciandos), reivindicar

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

rem direitos nas diversas áreas do Direito (Penal, Cível, Administrativo, Trabalhista, Previdenciário, etc.). (Fonte: Associação Brasileira de Medicina Legal)

A lei 3268/1957 confere ao Conselho Federal de Medicina (CFM), bem como aos seus Regionais, a incumbência de fiscalizar, disciplinar e julgar a classe médica, para que a profissão seja exercida com ética e que se mantenha o bom conceito da profissão. Nesta toada, o Código de Ética Médica é claro quando cita, já nos preâmbulos, que:

“I – O presente Código de Ética Médica contém as normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, inclusive no exercício de atividades relativas ao ensino, à pesquisa e à administração de serviços de saúde, bem como no exercício de quaisquer outras atividades em que se utilize o conhecimento advindo do estudo da Medicina.”

Da mesma forma, a Resolução CFM nº 1627/2001, expressa em seu artigo 3º que:

“As atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão e ensino dos procedimentos médicos privativos incluem-se entre os atos médicos e devem ser exercidos unicamente por médico.”

Portanto, pelo exposto, o exercício da Medicina Legal é prerrogativa e privativa da classe médica. A função de ensinar esta matéria, no entendimento deste Conselho, cabe ao médico, pois este está vinculado a um Código de Ética, que o norteia em suas ações. Soa estranho um profissional fisioterapeuta que legalmente não está habilitado para exercer uma determinada profissão, ensine e participe na formação de profissionais que venham a se utilizar dos conhecimentos adquiridos. Ademais o Decreto Lei n.º 938/1969, que regulamenta a profissão de fisioterapeuta não prevê tal atribuição, visto que no Artigo 5.º, Inciso II, do referido Decreto, a atuação em magistério diz respeito a atividade específica em fisioterapia.

CONCLUSÃO

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA não compactua com a prática empregada pela Faculdade de Direito, pelos motivos expostos acima.

É o parecer.

Curitiba, 04 de abril de 2011.

Alexandre Gustavo Bley
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 019/2011
Parecer CRMPR Nº 2309/2011
Parecer Aprovado
Sessão Plenária nº 1138, de 04/04/2011

PERIODICIDADE DE EXAMES PARA USO DE PISCINA COLETIVA

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke*

Palavras-chave - piscina, exame médico, periodicidade, banho coletivo, atestado médico, exame dermatológico, exame físico, obrigatoriedade

PERIODICITY OF EXAMS FOR THE USE OF PUBLIC SWIMMING POOLS

Key-words - swimming pool, medical exam, periodicity, collective showers, medical certificate, dermatological exam, physical exam, mandatory

CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina a Sr.^a XXX, Coordenadora de Vigilância em Saúde Ambiental e outros, faz consulta com o seguinte teor:

“Considerando que estamos elaborando a Legislação Municipal que disciplina sobre os requisitos, regras de funcionamento e proteção aos usuários e trabalhadores de piscinas de uso coletivo no município de Curitiba- PR, vimos solicitar um parecer deste conselho quanto à periodicidade dos exames médicos para ingresso dos banhistas ao tanque da piscina. Esperando contar com a sua preciosa colaboração.”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A prática de atividades aquáticas necessita obrigatoriamente de prévia avaliação médica, que através da anamnese e do exame físico avaliará em especial a pele e as funções cardiorrespiratória e musculoesquelética, de tal maneira que os usuários tenham detectadas algumas doenças que possam ser agravadas e\ou transmitidas.

A Conselheira Roseni Teresinha Florêncio, através do Parecer CRM-PR nº1815/2001 fez as seguintes considerações:

* Conselheira Parecerista CRM-PR.

O exame médico para aptidão das pessoas, visando à frequência às piscinas, implica na realização de uma consulta médica; a partir dessa consulta, o médico emitirá um atestado de aptidão, possibilitando a prática dos exercícios na água, seja para o aprendizado, condicionamento físico ou lazer.

Ao emitir esse atestado, o médico traz para si a responsabilidade frente aos eventuais agravos à saúde, que possam advir dessa prática desportiva, tanto para a pessoa que recebeu o atestado, quanto para os outros indivíduos que possam ser prejudicados por doenças transmitidas por aquela pessoa, quando do uso comum da piscina.

O exame médico deve ser feito em ambiente adequado, de forma individual, e garantir a pessoa e ao médico liberdade e garantia de que será preservado o sigilo médico.

A Professora de Dermatologia Dra. Katia Sheyla Malta Purim, sócia efetiva da Sociedade Brasileira de Dermatologia, e referência na área da dermatologia relacionada com o esporte, assim se pronunciou quando consultada sobre o tema:

O “exame médico para piscina” na verdade é um exame dermatológico obrigatório para utilização de piscinas coletivas. Geralmente, é focado na inspeção da pele, unhas e dobras cutâneas visando descartar a presença de dermatoses infecto-contagiosas, como as micoses, piodermites e outras. É um exame sumário, rápido, objetivo e indolor que deve ser realizado por médico habilitado. De preferência, o examinado deve se apresentar em traje de banho e sem esmaltes e receber orientações sobre as medidas profiláticas visando manutenção da saúde, segurança e prevenção de acidentes em ambientes aquáticos.

Recomenda-se que este exame seja realizado cada três meses e que o usuário da piscina, durante todo o tempo, comprometa-se a respeitar as normas de conduta e higiene, e mantenha uma atitude de bom senso, colaborando com a sua saúde e a de todos.

Difere do “exame de aptidão física”, que é um exame mais completo e específico dirigido para a atividade física, o programa de exercícios ou o esporte que o indivíduo pretende praticar. Além da anamnese, exame físico completo com ausculta cardiorrespiratória, aferição de dados vitais e antropométricos, pode eventualmente ser complementado por outros exames se houver alguma condição especial (ex. gestação, problemas neurológicos, musculo-esqueléticos, etc) ou dúvida diagnóstica devido a algum risco potencial à saúde na vigência de esforço físico. Pode ser realizado em qualquer tempo que se faça necessário (início de atividades, retorno ou durante atividades).

A Associação Brasileira de Medicina do Esporte aponta o manual do American College of Sports Medicine sobre prescrição de exercícios, como fonte

para elaboração de um exame médico funcional em academias. Sugere que nas academias onde existe piscina os exames podem ser de três em três meses e onde não há piscinas de seis em seis meses. Este exame é uma exigência legal e trata-se de uma excelente oportunidade de avaliação médica para promoção e prevenção da saúde.

Portanto, a periodicidade de um “exame médico para piscina” pode depender da sua finalidade e das condições de saúde do indivíduo.

Em resumo, é recomendável que os usuários de piscina, sem finalidade de competição e sem doença de base, devam submeter-se a exames dermatológicos a cada três meses, e a exames de aptidão física de seis em seis meses. Estes prazos podem ser alterados levando em consideração a idade, a presença de doença ou de incapacidade física, e a finalidade, se o lazer, o aprendizado ou a competição. É aconselhável também que as pessoas que estejam em tratamento regular, especialmente os portadores de doenças crônicas apresentem uma declaração, atestado ou relatório médico sobre a estabilidade do quadro, facilitando assim a avaliação do médico responsável pela emissão do atestado para uso de piscina.

Quanto aos trabalhadores de piscinas, considerando a exposição ocupacional, entendemos que devam ser submetidos a exame periódico semestral, cabendo destaque para a obrigatoriedade da utilização dos equipamentos de proteção individual conforme determina a legislação.

É o parecer.

Curitiba, 29 de março de 2011.

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke
Cons.^o Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 007/2011

Parecer CRMPR Nº 2310/2011

Parecer Aprovado

Sessão Plenária nº 2701, de 04/04/2011 - Câmara II

PODE O ANESTESISTA INICIAR CIRURGIA PARA UM MÉDICO RESIDENTE SEM A PRESENÇA DE SEU PRECEPTOR OFICIAL, PRESENTE OU NÃO NO HOSPITAL E QUE AINDA NÃO ESTÁ LIBERADO PELO SISTEMA?

Alexandre Gustavo Bley*

Palavras-chave - anestesia, cirurgia, médico, residência médica, preceptor, presença, treinamento em serviço, obrigatoriedade, responsabilidade

MAY THE ANESTHETIST BEGIN A SURGERY FOR A RESIDENT DOCTOR WITHOUT THE PRESENCE OF HIS/HER OFFICIAL INTERCEPTOR, PRESENT OR NOT IN THE HOSPITAL AND THAT HAS NOT BEEN LIBERATED BY THE SYSTEM YET?

Key-words - anesthesia, surgery, doctor, medical residence, preceptor, presence, training in service, mandatory, responsibility

CONSULTA

Em e-mail, encaminhado a este Conselho Regional de Medicina a Dr.^o XXX, faz consulta com o seguinte teor:

“Solicitação: solicito um parecer ao conselho do CRM referente a iniciar uma anestesia para o médico residente sem a presença do preceptor. Justificativa: passamos por uma situação constante em que o preceptor quer obrigar o início de uma anestesia sem a presença do mesmo no hospital! Gostaria de saber quais as implicações legais quanto a isso, uma vez que sei que o médico residente tem sua responsabilidade como médico, mas não como médico residente sem o seu preceptor! E se no trajeto do preceptor para o hospital acontecer algum imprevisto (acidente, etc.) e ele não poder comparecer no centro cirúrgico! eu já iniciei a anestesia e estou com um residente não apto para o procedimento?? O que fazer? No nosso serviço estamos sendo ameaçados por alguns cirurgiões por não iniciarmos a anestesia sem a presença do mesmo, alegando que estamos sendo omissos no nosso ato médico!!! Já procurei em vários artigos sobre a real responsabilidade da preceptoria e do residente, e não conseguir uma resposta clara. O fato é correto eu iniciar uma anestesia sem a presença do preceptor? Posso me recusar a fazer?guardo uma resposta, pois está quase insustentável a situação.”

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Em atenção ao seu questionamento, temos a aduzir que a residência médica é um processo de pós-graduação sob supervisão, não deve o residente efetuar procedimentos cirúrgicos de qualquer complexidade sem a supervisão de seu orientador ou do coordenador do serviço. Caso o residente efetue procedimento cirúrgico sem comunicar ao seu preceptor ou sem solicitar autorização deste, deverá assumir isoladamente toda a responsabilidade das conseqüências possíveis advindas de seu ato. Caso o preceptor ciente do procedimento esteja ausente e o procedimento seja levado a cabo pelo residente, este, que é médico, deverá responder, porém permanecerá a responsabilidade do orientador, nesta hipótese, por omissão.

A Resolução n º 1802/2006 do Conselho Federal de Medicina é clara quando:

Art. 1º Determina aos médicos anesthesiologistas que:

V - Para a prática da anestesia, deve o médico anesthesiologista avaliar previamente as condições de segurança do ambiente, somente praticando o ato anestésico quando asseguradas as condições mínimas para a sua realização.

Nesta toada, entendo que nos casos eletivos, o anestesista deve praticar o ato anestésico, certificando-se da presença do responsável pela cirurgia, ou seja, o preceptor. Caso esteja no horário marcado para a realização da cirurgia e o responsável não estiver presente, é necessário contato com este para saber da liberação ou não de se praticar a anestesia. Não havendo condições de contato, não se recomenda a realização do ato anestésico, pois poderia acarretar prejuízo à saúde do paciente, visto que não se conseguiria precisar quando iniciar-se-ia o ato cirúrgico ou as condições de como este poderia ser realizado sem a presença do cirurgião titular.

É o parecer.

Curitiba, 15 de abril de 2011.

Alexandre Gustavo Bley
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 022/2011

Parecer CRMPR Nº 2311/2011

Parecer Aprovado

Sessão Plenária nº 2714, de 18/04/2011 - Câmara I

COMO DEVERÁ SER DESCRITO O RESULTADO DE EXAME DE IMAGEM? O LAUDO DEVE CONTER POSSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS?

Lutero Marques de Oliveira*

Palavras-chave - laudo de imagem, descrição, hipótese diagnóstica, relatório, resultado, interpretação

HOW MUST THE RESULT OF AN IMAGE EXAM BE DESCRIBED? MUST THE REPORT CONTAIN DIAGNOSTIC POSSIBILITIES?

Key-words - image report, description, diagnostic hypothesis, report, result, interpretation

CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, o Dr. XXX, faz consulta com o seguinte teor:

“Solicitação: Como deve ser um laudo de exame de imagem. Justificativa: Tenho recebido laudos de US/TC/RNM - onde o médico apenas descreve as características técnicas da imagem, ou seja, não formula nenhuma hipótese referente a qualquer patologia. Muitas vezes tem-se que recorrer à literatura para se poder concluir em quais situações essa imagem poderia ocorrer. Ex.: imagem hipodensa/atenuação.”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A Medicina é uma profissão de decisão tanto na elaboração de um diagnóstico como na execução de um tratamento, com o objetivo de cumprir sua obrigação que é o cuidado da saúde do ser humano, em acordo com o inciso II do capítulo I do Código de Ética Médica.

O diagnóstico é a arte da Medicina de conhecer as doenças pelos seus sintomas e sinais, portanto o diagnóstico compreende não só a arte de coleta de dados que são fornecidas oralmente pelo paciente ao médico, como também a arte

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

de exploração de sinais clínicos ou sinais através de outros métodos, denominados métodos indiretos, sejam eles biológicos, físicos ou químicos, os chamados exames complementares. Logo, o diagnóstico é a consequência de uma interligação entre dados fornecidos e sinais.

Os sinais clínicos foram sendo aperfeiçoados com o progresso científico da Medicina, como o exame de pulso proposto por Galeno no século II A.D. que chegou a descrever 27 variedades de pulso diferentes até mesmo a percussão do tórax, introduzida por Auenbrugger no século XVIII.

A instrumentalização da Medicina teve início no século XIX com a invenção do estetoscópio por Laenec em 1816, a termometria, com o emprego do termômetro para medir temperatura corporal em 1852, quando Traube e Wunderlich introduziram o gráfico de curva térmica, que permitiu a caracterização dos vários tipos de febre, e em 1880 quando Von Basch idealizou o primeiro aparelho para medida indireta da pressão arterial.

A tecnologia médica propriamente dita só se desenvolveu no decorrer do século XX, com o a descoberta dos Raios X, endoscopia, métodos gráficos, exames de laboratório e provas funcionais. Ainda surgiram durante esse século os contrastes radiológicos, a ultrassonografia, a medicina nuclear, a tomografia computadorizada, a ressonância magnética e mais recentemente o pet ct, contribuindo assim com novas conquistas na tecnologia médica na área de diagnóstico. Novas técnicas de exame bem como de interpretação das imagens foram também surgindo com o aparecimento dessas novas tecnologias, surgindo com isso uma especialidade médica denominada Radiologia e Diagnóstico por Imagem.

As novas tecnologias trouxeram maiores benefícios para a medicina como maior segurança ao médico bem como documentação dos casos em todos os seus aspectos, porém como consequência negativa houve o aumento dos custos, negligência do exame clínico e a sedução incontrolável por aparelhos tanto por parte dos médicos como dos pacientes, com o surgimento de uma nova situação denominada falsa segurança.

A interpretação de um exame de imagem, na área dessa especialidade médica, é a análise macroscópica de uma estrutura anatômica, formada através de processos físicos diferentes, radiação ionizante, ondas de rádio frequência, ondas sonoras, detectores físicos e cálculos matemáticos, e tem procurado chegar próximo a uma conclusão ou hipóteses diagnósticas, cuja precisão depende de uma análise microscópica dessa estrutura. No entanto, com raras exceções, esses objetivos são alcançados, porém, apenas quando se faz a análise em conjunto, dos sinais de alteração da imagem com sinais clínicos e sintomas apresentados pelo paciente ou mesmo exames de imagem anteriores para comparação.

A conclusão em um exame de imagem corresponde a um diagnóstico por imagem e não a um diagnóstico anatomopatológico. Tomemos como exemplo uma hipotransparência pulmonar em um exame de Raios X simples e uma densidade pulmonar em um exame de Tomografia Computadorizada. Se no relatório constar que aquela alteração é uma Consolidação Pulmonar ou Opacidade Alveolar, o diagnóstico por imagem é de que se trata de lesão de vias aéreas respiratórias. Se no relatório constar que aquela alteração é uma Atelectasia, o diagnóstico por imagem é de que se trata de lesão de vias aéreas condutoras. Se considerarmos a Consolidação Pulmonar, a mesma é em decorrência de preenchimento do alvéolo seja por exudato, uma pneumonia, transudato, um edema pulmonar, sangue, uma contusão pulmonar, células neoplásicas, um carcinoma bronquíolo alveolar, material cálcico, uma microlitíase alveolar. Uma opinião diagnóstica mais precisa em um relatório conseqüente a análise do exame de imagem nessa situação exige informações clínicas e laboratoriais do paciente, o que por infelicidade raramente ocorre em uma solicitação de exame.

O relatório de um exame de imagem deve ser constituído da técnica utilizada para a sua realização, um relatório dos achados de imagem e uma conclusão, que seria a opinião do médico que fez a análise. No entanto, uma opinião deve ser dada com muito cuidado, primeiro, ela deve sempre estar associada aos dados clínicos do paciente, e em segundo lugar, o cuidado de não iatrogenizar o paciente, uma vez que lesões muito distintas tanto na sua etiologia como no seu prognóstico podem apresentar alterações de imagens e até mesmo sinais clínicos muito semelhantes. Nesses casos, a opinião deve ser discutida com o médico que solicitou o exame e não registrada no relatório. Ainda mais, esse relatório deve ser elaborado com clareza e direcionado para uma possível hipótese diagnóstica ou diagnósticos diferenciais.

A solicitação de um exame de imagem deve ser acompanhada de informações sobre sintomas e sinais clínicos apresentados pelo paciente, se possível exames de laboratório e mesmo exames de imagem anteriores para análise comparativa.

É o parecer.

Curitiba, 17 de abril de 2011.

Lutero Marques de Oliveira
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 015/2011
Parecer CRMPR N° 2312/2011
Parecer Aprovado
Sessão Plenária nº 2714, de 18/04/2011 - Câmara II

OPERADORA DEIXA DE ATENDER SEUS USUÁRIOS NAS DEPENDÊNCIAS DE P.A. HOSPITALAR. COMO FICAM OS EXAMES LABORATORIAIS?

Alexandre Gustavo Bley*

Palavras-chave - operadora de saúde, exame laboratorial, pronto atendimento, hospital, contrato, manutenção

THE OPERATOR NO LONGER PROVIDES SERVICE FOR ITS USERS IN THE ER WARD IN THE HOSPITAL. WHAT HAPPENS TO THE LAB EXAMS?

Key-words - health operator, lab exam, ER, hospital, contract, maintenance

CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina o Dr. XXX, faz consulta com o seguinte teor:

SOLICITAÇÃO DE PARECER

Cumprimentando-o cordialmente solicito emissão de parecer para a seguinte questão: O Hospital XXX desde 10 de janeiro de 2011, após comunicar as operadoras de saúde deixou de atender seus usuários nas dependências do Pronto Atendimento do hospital. Considerando que o hospital oferta apoio de diagnóstico no laboratório de análises clínicas e de imagem durante 24 horas pergunto:

1. O paciente que optar por pagar o valor da consulta médica nas dependências do Pronto Atendimento, tem direito de realizar exames laboratoriais ou de imagem através do seu convenio?
2. Os exames solicitados pelo medico, poderão ser realizados nos serviços de apoio de diagnóstico que o hospital oferta ou deverá indicar outro serviço fora?"

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Em atenção ao seu questionamento, temos a aduzir que tal situação a nosso ver não se configura numa discussão ética, mas sim administrativa. Trata-se de análise jurídica cível, onde temos que verificar o contrato entre as Operadoras e o Hospital.

Primeiramente deixamos claro que é livre a escolha do paciente quanto ao médico, o local de atendimento e a realização de procedimentos. O mesmo deve ter ciência da condição em que ocorrerá, seja particular, por expressa vontade do paciente ou pelo médico e/ou local não possuir contrato com a Operadora, ou através de um Plano de Saúde comercializado por uma Operadora que mantém um contrato com o médico e/ou com o local do atendimento.

Quanto ao âmago da questão, em tese, o fato do Hospital não manter contrato para consultas médicas no Pronto Atendimento, porém mantém para procedimentos terapêuticos e diagnósticos, não inviabiliza que um paciente de uma determinada Operadora, seja atendido através de consulta médica em caráter particular e na necessidade realize o procedimento prescrito pelo médico, nas dependências do hospital, através de seu plano de saúde.

É o parecer.

Curitiba, 26 de abril de 2011.

Alexandre Gustavo Bley
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N.º 027/2011

Parecer CRMPR N.º 2313/2011

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n.º 2727, de 02/05/2011 - Câmara II

EXAME ANATOMOPATOLÓGICO: PEÇA E RESULTADO NÃO PRECISAM SER ENCAMINHADOS AO CONVÊNIO

Alexandre Gustavo Bley*

Palavras-chave - exame, laudo, resultado, convênio, anatomopatológico, auditoria, remuneração

PATHOLOGY EXAM: PIECE AND RESULT DO NOT NEED TO BE SENT TO THE HEALTH PLAN COVENANT

Key-words - exam, report, result, covenant, pathology, audit, remuneration

CONSULTA

Em e-mail encaminhado a este a este Conselho Regional de Medicina o Dr. XXX, faz consulta com o seguinte teor:

“Solicitação: Duvida quanto exigência dos convênios do laudo anatomopatológico, condicionando o pagamento do procedimento ao laudo do anatomo. Justificativa: Gostaria de saber se os convênios podem exigir o anatomopatológico, condicionando ao pagamento do procedimento cirúrgico. Ex: paciente retira lesão palpebral e não quer que envie ao anatomopatológico, após a cirurgia como não tem laudo de anatomopatológico o convênio, que previamente tinha autorizado o procedimento, glosa por motivo de não ter laudo de anatomopatológico. Isso é legal? Eles podem exigir o anatomo mesmo o médico ou o paciente não querendo enviar para exame?”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Em atenção ao seu questionamento temos a aduzir que o Conselho Federal de Medicina, através do seu Parecer n.º 44/95, concluiu que:

“O exame anatomopatológico de fragmentos ou partes retirados do organismo humano deve ser feito consoante dever do médico de agir com o máximo zelo e o melhor de sua capacidade profissional, sempre em favor do paciente e sem caráter obrigatório.”

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

Este Conselho Regional entende que o encaminhamento da peça cirúrgica para análise anátomo-patológica, tem sua importância, pois além de poder demonstrar um diagnóstico diferencial do que se pensa, o que protege o paciente, protege o médico no sentido de questionamentos futuros.

Em relação à questão administrativa, o Conselho Federal de Medicina emitiu a Resolução nº 1614/2001 que resolve:

Art. 7º - O médico, na função de auditor, tem o direito de acessar, in loco, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal.

Parágrafo 1º - Havendo identificação de indícios de irregularidades no atendimento do paciente, cuja comprovação necessite de análise do prontuário médico, é permitida a retirada de cópias exclusivamente para fins de instrução da auditoria.

Parágrafo 2º - O médico assistente deve ser antecipadamente cientificado quando da necessidade do exame do paciente, sendo-lhe facultado estar presente durante o exame.

Nesta toada, caso a Operadora tenha dúvida quanto a execução do procedimento previamente liberado, esta pode analisar o prontuário e se necessário examinar o paciente, através do seu setor de auditoria/perícia. Não cabe glosa automática pelo fato de não se apresentar o anatomopatológico.

É o parecer.

Curitiba, 02 de maio de 2011.

Alexandre Gustavo Bley
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 028/2011
Parecer CRMPR Nº 2314/2011
Parecer Aprovado
Sessão Plenária nº 2727, de 02/05/2011 - Câmara II

CRITÉRIOS DE MORTE ENCEFÁLICA RESOLUÇÃO CFM 1480/1997

Maurício Marcondes Ribas*

Palavras-chave - morte encefálica, Resolução CFM 1480/97, critérios, doador de órgãos, suporte vital, transplante, órgãos

CRITERIA OF ENCEPHALIC DEATH RESOLUTION CFM 1480/1997

Key-words - encephalic death, Resolution CFM 1480/97, criteria, organ donator, vital support, transplant, organs

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina, o consulente Dr. XXX, encaminha consulta em relação ao disposto na Resolução CFM 1480/1997, com o seguinte teor:

1) *Esta resolução refere-se à constatação de morte apenas para fins de transplante ou aplica-se a qualquer paciente internado, mesmo aqueles que não são candidatos a doação de órgãos para transplante?*

2) *Após aplicar os critérios estabelecidos por esta resolução, constatando-se a morte encefálica em paciente não candidato à doação de órgãos, os médicos, dentro dos aspectos legais, podem suspender a terapêutica de suporte (ventilação mecânica, drogas vasoativas)? No caso necessita de concordância da família?*

3) *Dentro dos aspectos legais, morais e éticos, após constatada a morte encefálica, obedecendo aos critérios estabelecidos por esta resolução, os médicos devem suspender toda terapêutica de suporte (ventilação mecânica, drogas vasoativas)? Se devem, como se conduzir se a família não concordar?*

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Apresentamos resposta aos questionamentos:

1) *Esta resolução refere-se à constatação de morte apenas para fins de transplante ou aplica-se a qualquer paciente internado, mesmo aqueles que não são candidatos a doação de órgãos para transplante?*

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

R: A Resolução CFM N° 1480/97 define com clareza os critérios de morte encefálica independentemente de ser para doação ou não de órgãos.

2) *Após aplicar os critérios estabelecidos por esta resolução, constatando-se a morte encefálica em paciente não candidato à doação de órgãos, os médicos, dentro dos aspectos legais, podem suspender a terapêutica de suporte (ventilação mecânica, drogas vasoativas)? No caso necessita de concordância da família?*

R: A Resolução CFM N° 1826/07 dispõe em seu artigo primeiro "é legal e ética a suspensão dos procedimentos de suporte terapêutico quando determinada a morte encefálica" com relação à necessidade de concordância familiar embora não seja imprescindível é de bom alvitre que o médico, através de uma relação médico-paciente bem constituída, explique aos familiares a ausência de benefício ao paciente da manutenção desses suportes.

3) *Dentro dos aspectos legais, morais e éticos, após constatada a morte encefálica, obedecendo aos critérios estabelecidos por esta resolução, os médicos devem suspender toda terapêutica de suporte (ventilação mecânica, drogas vasoativas)? Se devem, como se conduzir se a família não concordar?*

R: O Parecer CRMPR N° 1232/2000 conclui "ao médico é possível legal e eticamente suspender o suporte vital quando declarada a morte encefálica, embora a seu critério, possa mantê-lo, atendendo circunstâncias do momento, até a parada inexorável da atividade cardíaca".

É o parecer.

Curitiba, 10 de agosto de 2009.

Maurício Marcondes Ribas
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N° 072/2009

Parecer CRMPR N° 2101/2009

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n° 2331, de 17/08/2009 - Câmara III

MÉDICO REGULADOR: URGÊNCIA, EMERGÊNCIA, LEITO, INTERNAÇÃO, VAGA ZERO

Romeu Bertol*

EMENTA - Encaminhamento de pacientes graves aos serviços de referência na situação de vaga zero, quando não há vagas adequadas ao caso disponíveis em nenhum dos hospitais da região ou de regiões próximas, às quais o paciente tenha possibilidade de ser transferido - O médico deve evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia de seu trabalho - É direito do médico apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente.

Palavras-chave - médico, regulador, serviço de referência, regulamento, falhas, responsabilidade, vaga zero, ministério de saúde, precariedade

REGULATOR DOCTOR: URGENCY, EMERGENCY, HOSPITAL BED, HOSPITALIZATION

Key-words - doctor, regulator, reference service, regulation, flaws, responsibility, zero vacancy, ministry of health, precariousness

CONSULTA

Trata-se de consulta realizada pelo Dr. XXX, com o seguinte teor:

“Sou médico regulador da central de regulação de leitos e consultas da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Enfrento frequentemente situações nas quais tenho que determinar a transferência imediata de pacientes graves, que necessitam de exames diagnósticos e intervenções terapêuticas disponíveis apenas em hospitais de referência. Contudo, são inúmeras as situações em que médicos plantonistas das referidas unidades de referência para atendimento de urgências alegam falta de leitos de UTI ou mesmo de enfermaria, e contestam o encaminhamento. Assim, sou obrigado, após buscar vagas em todos os hospitais da região, a encaminhar ao hospital de referência na situação de “vaga zero para internação”, obedecendo a Portaria 2048/2002, do Ministério da Saúde. Tal portaria determina que o médico regulador garanta o atendimento do paciente grave, não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

serviços de atenção às urgências. Solicito parecer do CRM/PR a respeito dessa situação, de encaminhamento de pacientes graves na situação de vaga zero aos serviços de referência, quando não há vagas adequadas ao caso disponíveis em nenhum dos hospitais da região ou de regiões próximas, às quais o paciente tenha possibilidade de ser transferido.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Parecer emitido em agosto de 2006 por este conselho sobre o tema diz que " o médico intensivista, só pode admitir o paciente ao ser solicitado leito , se dele dispuser. Não há como acrescentar uma maca, visto que existem todos os itens citados na portaria - MS Nº 1071 de 04 de julho de 2005 - que deverão estar disponíveis, para atender dignamente o paciente ali admitido.

O Código de Ética Médica em seu artigo 8º afirma, "que o médico não pode em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar a sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia de seu trabalho".

Ainda no artigo 22 diz que, " é direito do médico apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nestes casos, aos órgãos competentes e obrigatoriamente a Comissão de Ética e ao CRM de sua jurisdição.

A portaria MS 2048/2002 atribui também ao médico regulador funções gestoras como - " tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com o seu julgamento.

Decidir sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar.

Decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviço de atenção de urgências, ou seja vaga zero.

Requisitar recursos públicos e privados em situações excepcionais, com pagamento ou contrapartida a posterior.

Ainda, na Constituição consta no capítulo referente a saúde "que esta é um direito do cidadão e é dever do estado prover os meios para que todos os cidadãos possam exercê-lo com equidade. Acontece que a equidade frequentemente é parte integrante do discurso porém a prática é da iniquidade em alguns pontos do sistema . Cabe ao médico regulador agir junto aos gestores do SUS, aqui incluídos os Conselhos Municipal e Estadual de Saúde , para que os meios de atenção estejam disponíveis em qualidade e quantidade adequados ao cumprimento de sua função de gestor e do preceito constitucional.

A portaria 1071 do MS institui a política nacional de atenção ao paciente crítico. no seu art., 2º determina que as secretarias de estado da saúde e do DF deverão estabelecer um planejamento regional hierarquizado para formar uma rede estadual e ou regional de atenção em terapia intensiva com a finalidade de

incrementar, quantitativa e qualitativamente o acesso dos pacientes usuários do SUS a leitos hospitalares habilitados a prestarem serviços e cuidados nesta área da assistência hospitalar.

A portaria 2048/GM diz que “feita a leitura qualificada da estrutura e deficiências do setor, deve ser elaborado um plano estadual de atendimento as urgências emergências que deve estar contido no plano diretor de regionalização com programação de ações corretivas com respectivo cronograma de execução e planilha de custos, destinados a correção das deficiências encontradas na estruturação das grades assistenciais regionalizadas e hierarquizadas, que serão discutidas avaliadas e priorizadas a fim de comporem o plano diretor de investimentos .

No art.º 5 dá o prazo de 2 anos para a adaptação dos serviços as normas e critérios estabelecidos pela portaria .

O consultante propõe questão complexa e de difícil análise .há uma evidente desproporção entre oferta e demanda de leitos no SUS . De um lado pacientes em situação de risco que necessitam vagas em serviço mais complexo e melhor estruturado e do outro lado, serviços de urgência que trabalham com sobrecarga de pacientes graves. O conflito se estabelece entre médicos que atuam nas duas pontas do sistema, responsáveis diretos que são pelo atendimento às pessoas.

Creio que a solução cabe aos gestores do sistema que alocam, administram, contratam e auditam os recursos do SUS . Se são poucos há que multiplicá-los de acordo com a necessidade e a lei . Se são mal alocados, há que usar os instrumentos legais a disposição para corrigir as deficiências. Leis e Portarias não faltam, como ficou claro pelo que foi anteriormente exposto. O SUS é modelo em sua concepção democrática e equânime, porém mau exemplo na sua execução, onde persistem focos inaceitáveis de iniquidade. Os serviços de urgência são um destes focos.

Respondendo especificamente a consulta, aduzo que cabe aos médicos que fazem a regulação e os que atendem em serviços de urgência agirem conforme a legislação pertinente e as disposições do código de ética médica já citadas anteriormente. O conceito de vaga zero deve ser entendido como uma medida provisória, sendo obrigação do médico regulador prosseguir na busca de vaga adequada para o paciente, em serviço que faça parte do sistema estadual ou regional de emergências de caráter público ou privado vinculado ou não ao SUS, conforme pacto previsto na portaria 2048 do MS. Há que ficar claro que medidas provisórias não eximem o gestor de cumprir com seu dever legal de implementar atividades com vistas a solucionar os pontos críticos do sistema conforme prevê a lei. Logo o que é provisório não pode adquirir o caráter de definitivo como com frequência acontece no setor saúde. O Ministério da Saúde concedeu o prazo de 2 anos para a adequação dos serviços. Já corre o mês de maio de 2007, sem que soluções efetivas tivessem sido adotadas para a solução do grave problema.

Concluo afirmando que médicos que trabalhem em serviços de urgência e emergência credenciados pelo SUS e que integrem o plano estadual e ou regional, não podem alegar a inexistência de vaga para recusar o acolhimento de paciente

encaminhado ao serviço pelo médico regulador, desde que feito de acordo com as normas vigentes e pactuadas entre gestor e prestador. Entende-se que naquele momento o local escolhido pelo médico regulador, é o melhor local possível no sistema para atender o paciente. Porém é obrigação do médico regulador prosseguir na busca de leito adequado ao caso nos demais serviços para a alocação definitiva e adequada as necessidades do paciente.

É o parecer.

Curitiba, 19 de maio de 2007.

Robeu Bertol
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 010/2007
Parecer CRMPR N° 1848/2007
Parecer Aprovado
Sessão Plenária n° 1910, de 18/06/2007 - Câmara I

**RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL.
MÉDICO ORTOPEDISTA PODE DEIXAR DE PRESTAR
ATENDIMENTO EM SUA ÁREA POR ESTAR CONTRATADO
AO SERVIÇO PÚBLICO COMO CLÍNICO?**

Gerson Zafalon Martins*

Palavras-chave - ortopedia, responsabilidade, atendimento, serviço público, atendimento clínico, contrata, recusa

**PROFESSIONAL RESPONSIBILITY.
MAY AN ORTHOPEDIST REFUSE TO SEE PATIENTS
IN HIS/HER AREA BECAUSE HE/SHE WAS HIRED FOR
PUBLIC SERVICE AS A PHYSICIAN?**

Key-words - orthopedics, responsibility, service, public service, clinical service, hire, refuse

Trata o presente, pedido de vistas concedido ao Conselheiro Gerson Zafalon Martins, referente ao Processo Consulta n.º 13/2011, de lavra do Conselheiro Donizetti Dimer Giamberardino Filho, nos seguintes termos:

**PROCESSO CONSULTA N. ° 013/2011 – PROTOCOLO N. ° 7091/2011
ASSUNTO: RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL**

Donizetti Dimer Giamberardino Filho**

EMENTA: recusa de atendimento, por não estar contratado como especialista no serviço público municipal

CONSULTA

Em e-mail encaminhado a este Conselho Regional de Medicina, pelo Dr. XXX, que faz a seguinte consulta:

“Solicitação: Informação sobre o que segue: pode o especialista (ortopedista) deixar de prestar atendimento em sua área (amputação traumática de dedo), por estar contratado no serviço público municipal como clínico? Justificativa: Orientar meu parecer em processo de queixa de atendimento de médico num processo administrativo do SUS.”

* Conselheiro Parecerista CRMPR. ** Conselheiro Parecerista de vistas CRMPR.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Trata o presente parecer a respeito da seguinte consulta:

“Pode o especialista (ortopedista), deixar de prestar atendimento em sua área (amputação traumática de dedo), por estar contratado no serviço público municipal como clínico?”

A primeira consideração a ser feita refere-se às obrigações previstas em contrato entre o médico servidor público e seu gestor contratante. Onde sob a ótica do poder judiciário o contratado deve cumprir as obrigações previstas em seu contrato de trabalho e no correspondente estatuto de servidor público que o rege.

Em relação à postura ética do exercício profissional da medicina, podemos dividir o tema considerando situações clínicas eletivas, sem risco de vida ou grande sofrimento do paciente. Nessa possibilidade, o médico, de acordo com os ditames de sua consciência e de seu conhecimento, tem autonomia para recusar procedimentos, os quais não deseje realizar. A segunda possibilidade, ou seja, situações clínicas de urgência/emergência, o profissional médico diante desse fato não deve vincular suas tomadas de decisão em função de contratos administrativos. O seu agir deve estar fundamentado nas necessidades médicas do paciente e sua capacidade técnica de realizar. O ato omissivo não está na dependência de contratos, e sim na possibilidade de ser o único médico no momento do fato, com capacidade técnica para realizar o procedimento.

Outro aspecto a considerar nessa análise, se o médico citado estava de plantão presencial na ocasião e momento dos fatos descritos.

Essa situação presencial, diante de um evidente sofrimento de um ser humano, deverá existir uma postura de solidariedade, cuidado e diligência em relação ao paciente.

Devemos citar ainda a responsabilidade do gestor público e responsável técnico da unidade assistencial onde os fatos ocorreram. Pois o diretor técnico responsável por um Pronto Atendimento deve prever a disponibilidade do médico emergencista, ter especialidades médicas em disponibilidade de atuação, ou seja, um emergencista clínico plantonista, deve ter a disponibilidade das especialidades que a unidade assistencial torna pública a sociedade, como exemplo mais comum as especialidades de cirurgia e ortopedia.

Assim, as responsabilidades médicas de um atendimento médico sempre ocorrerão em diferentes níveis:

1) O gestor de saúde do município e o responsável técnico da unidade assistencial devem organizar o serviço médico, prevendo a resolução de acometimentos clínicos mais frequentes, de acordo com a divulgação da capacidade de resolução da unidade, comunicada a sociedade local.

2) O médico plantonista deve atender a todas as situações de emergência/urgência, com recursos para o acesso de pacientes que necessitem de atendimentos médicos especializados.

Concluimos que essas são as considerações a serem feitas, frente à solicitação do consulente, enfatizando que o médico tem o direito de exercer a profissão com autonomia, desde que em benefício do paciente.

É o parecer.

Curitiba, 31 de março de 2011.

Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Cons. Parecerista

Pedido de vistas na Sessão Plenária n.º 2701 de 04/04/2011 – CÂM III

ANÁLISE DO PEDIDO DE VISTAS

A Lei Federal nº 3268/57 determina no seu artigo 17 que os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, **em qualquer dos seus ramos ou especialidades** (grifo nosso) após a sua inscrição no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

O Código Penal, abrangente a todos cidadãos, reza em seu artigo 135 que é crime deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparado ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública.

Pena - detenção, de 1 (um) a 6 (seis) meses, ou multa.

Parágrafo único - A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

O Código de Ética Médica prevê ser vedado ao médico:

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

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

Artigo 33. Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Apresentadas estas considerações legais e éticas, considero que o médico, seja qual for a sua especialidade, não tem justificativa legal, nem ética, de

nos prestar atendimento médico de urgência ou emergência alegando eventual contratação em outra especialidade.

O fato de um médico, seja qual for a sua especialidade, ter sido admitido em concurso público como clínico, não altera a obrigação legal e ética de prestar socorro médico em doente com amputação traumática de dedo.

Ressalta-se que no presente caso, o referido médico tem especialidade em ortopedia/traumatologia.

É o parecer.

Curitiba, 02 de maio de 2011.

Gerson Zafalon Martins
Cons. Parecerista

Art. 135 do Código Penal - Decreto Lei 2848/40

Compartilhe

CP - Decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940

Art. 135 - Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública.

Processo-Consulta CRMPR Nº. 013/2011

Parecer CRMPR Nº 2323/2011

Parecer Aprovado

Sessão Plenária nº 2749, de 23/05/2011 - Câmara I

EXAME MÉDICO DE CANDIDATO AO SERVIÇO PÚBLICO

Alexandre Gustavo Bley*

Palavras-chave - exame, médico, candidato, serviço público, concurso, perícia médica, perícia administrativa, terceirização

MEDICAL EXAM OF CANDIDATE TO PUBLIC SERVICE

Key-words - exam, doctor, candidate, public service, contest, medical expertise, administrative expertise, outsourcing

CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este a este Conselho Regional de Medicina o Dr. XXX, faz consulta com o seguinte teor:

“1. A Perícia Médica da Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional do Governo do Estado do Paraná é órgão que realiza perícias administrativas para fins de concessão de licenças médicas a Servidores Públicos do Estado do Paraná entre outras atribuições com este perfil;

2. Em dado momento, há alguns anos, foi solicitada a esta Perícia Médica que realizasse a homologação de Aptidão de Servidores que realizam inúmeros concursos públicos no âmbito deste serviço público;

3. Sendo esta uma perícia administrativa que tem número restrito de médicos em seus quadros e que o volume imenso de candidatos aprovados para cada concurso impossibilita que os médicos desta Divisão realizem simultaneamente as atividades de Perícia Médica e de Avaliação Individual de cada candidato aprovado, foi terceirizada a avaliação individual do candidato por empresa externa aos quadros do serviço público;

4. Porém, para ingresso efetivo no serviço público, foi solicitado que os médicos desta perícia, sem examinarem ou avaliarem individualmente os candidatos, e baseados apenas em anotações dos médicos examinadores e em exames complementares, que homologassem, ou não, a avaliação realizada previamente pelo médico examinador em cada candidato;

5. Considerando que esta atitude de homologação, ou não, de resultados de exames médicos produzidos por colegas alheios ao serviço público de candidatos destes concursos públicos em que existem casos em que a homologação não é possível pelas próprias informações prestadas resultando em casos em que o

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

médico perito em X sem ver o candidato emite parecer de Apto ou Inapto para o trabalho, pergunta-se:

a) É considerado ético a avaliação para fins de homologação de candidato ao serviço público por médico perito que, baseando-se em anotações e exames complementares por outro colega, emita parecer conclusivo e que possa ser divergente da opinião inicial do colega médico examinador terceirizado?

b) Do ponto de vista ético é necessária a homologação por médico perito do serviço público de avaliação já realizada inicialmente por médico examinador terceirizado para que esta avaliação tenha validade para ingresso no serviço público, não seria, necessário que as homologações fossem administrativas?"

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Em relação ao questionamento, o Código de Ética Médica é claro quando veda ao médico:

Art. 5º Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.

Art. 92. Assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame.

Diante do exposto, entendo que se o Estado terceirizou a perícia para os candidatos aprovados em concurso público, transferiu a responsabilidade do ato, não havendo sentido a revalidação por parte dos peritos do serviço público. A prática imposta além de ferir os comandos éticos acima elencados, burocratiza e sobrecarrega um sistema já com dificuldades pelo relatado na missiva.

É o parecer.

Curitiba, 20 de maio de 2011.

Alexandre Gustavo Bley
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 029/2011
Parecer CRMPR Nº 2321/2011
Parecer Aprovado
Sessão Plenária nº 2749, de 23/05/2011 - Câmara I

SIGILO MÉDICO EM PERÍCIAS E AUDIÊNCIAS

Keti Stylianos Patsis*

Palavras-chave - perícia, audiência, sigilo, confidencialidade, informações, limites, testemunho

DOCTOR'S CONFIDENTIALITY IN MEDICAL EXPERTISE AND TRIALS

Key-words - expertise, audit, confidentiality, information, limits, testimony

CONSULTA

Em 04/05/2010 o Promotor de Justiça Sr. XXX, da 2ª Promotoria de Justiça de XXX apresentou os seguintes questionamentos a este Conselho Regional de Medicina, a respeito de sigilo médico nas esferas pericial e judicial, cujo teor transcrevemos:

1º. Há diferença de atribuições ou de prerrogativas entre médicos peritos nomeados pelo Juízo, médicos peritos funcionários públicos (v.g. pertencentes aos quadros do Instituto Médico Legal ou de outras Autarquias e Órgãos do Estado) e médicos particulares, que foram contratados pelas partes interessadas e atuam no processo como assistentes técnicos?

2º. Quais destes profissionais podem (ou devem) guardar sigilo sobre o que lhes foi confidenciado (ou informado), quando da realização de perícia ou de entrevista, especialmente no que tange a exame psiquiátrico e confissão de autoria de crimes?

3º. O dever legal, enquanto excludente do sigilo profissional (previsto no art. 73 do Código de Ética Médica), abrange os (i) médicos peritos, nomeados pelo Juízo, (ii) os profissionais médicos peritos funcionários públicos, no exercício de suas funções, e (iii) os médicos particulares, contratados pelas partes interessadas e que atuam como assistentes técnicos?

4º. Em que Situações (acima indicadas) poderão valer-se os profissionais médicos da vedação expressa no art. 73 do referido Código, e que profissionais tem o dever legal de prestar informações em juízo, ainda que em prejuízo da pessoa periciada ou do paciente (cliente que o contratou)?

5º. Quais os limites de tais informações? Há a possibilidade de os profissionais médicos informarem ao Juiz de Direito, por meio de testemunho ou de laudo pericial, a confissão de autoria de um crime ou outros fatos e circunstâncias

* Conselheira Parecerista CRM/PR.

que foram trazidas pelo periciado (ou paciente) ao conhecimento do profissional médico? Em caso positivo, quais daqueles profissionais médicos podem valer-se da vedação legal?

6º. Há outras diferenças relevantes entre as funções exercidas pelos peritos funcionários públicos, peritos nomeados e médicos particulares contratados como assistentes técnicos? Em que consistem essas diferenças?

7º. Há alguma outra restrição ou observação relevante quanto ao dever legal, à justa causa e ao sigilo profissional, quando da realização de perícia, testemunho ou qualquer outra atuação de médicos em juízo?"

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O presente parecer se baseia nos Capítulos IX e XI do Código de Ética Médica, que versam sobre sigilo profissional e auditoria e perícia médica, respectivamente, onde se vê que:

É vedado ao médico:

Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento; c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

É vedado ao médico:

(...)

Art. 93. Ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado.

(...)

Art. 98. Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou como auditor, bem como ultrapassar os limites de suas atribuições e de sua competência.

Também baseia este Parecer a Resolução n.º 1605/2000, do Conselho Federal de Medicina que prescreve:

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

(...)

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.

A Constituição Brasileira garante, como direito fundamental, em seu Artigo 5º:

(...)

X – a inviolabilidade à intimidade, à vida privada, à honra e à imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação.

O Código Penal Brasileiro, na Seção IV - Dos Crimes Contra a Inviolabilidade Dos Segredos - preconiza que é crime:

Art. 154: Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de quem tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem.

Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, ou multa.

O Código Civil Brasileiro, em vigor desde 2003 prescreve:

Art. 229. Ninguém pode ser obrigado a depor sobre fato:

I - a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar segredo;

II - a que não possa responder sem desonra própria, de seu cônjuge, parente em grau sucessível, ou amigo íntimo;

III - que o exponha, ou às pessoas referidas no inciso antecedente, a perigo de vida, de demanda, ou de dano patrimonial imediato.

O Código de Processo Penal prescreve:

Art. 207 – São proibidos de depor as pessoas que, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, devam guardar segredo, salvo se, desobrigados pela parte interessada, quiserem dar o seu testemunho.

PARECER E RESPOSTAS

O sigilo profissional é um direito do paciente e uma conquista da sociedade organizada, que tem razões suficientes para que sejam mantidos em segredo fatos revelados em determinadas situações profissionais. O sigilo médico só pode ser quebrado por autorização expressa do paciente ou de seus responsáveis legais, ou por justa causa e dever legal.

O juramento de Hipócrates – que o médico se compromete a cumprir, preconiza que:

“Aquilo que, no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto.”

Nas palavras do Conselheiro Federal Gerson Zafalon Martins, “o sigilo médico é a garantia do paciente de que tudo o que disser ao médico e tudo o que o médico vir nele, seja pelo exame físico ou pelos exames complementares, bem como pela terapêutica instituída, não será exposto. Dentre os profissionais obrigados ao sigilo, o médico é o que tem maior compromisso e obrigação, pois conhece profundamente o íntimo das pessoas, objetiva e subjetivamente, dado que examina os seus corpos e ouve as suas confidências(...). Não questiona, não julga, não toma partido; simplesmente ouve e guarda para si o segredo revelado.”

Mediante ao exposto acima, passo a responder aos questionamentos propostos pelo consulente:

Primeiro: Há diferença de atribuições ou de prerrogativas entre médicos peritos nomeados pelo juízo, médicos peritos funcionários públicos (pertencente aos quadros do Instituto Médico Legal ou de outras autarquias e órgãos do estado, por exemplo) e médicos particulares, que foram contratados pelas partes interessadas e atuam no processo como assistentes técnicos?

Resposta: Sim, há diferenças. Os peritos funcionários públicos têm suas atribuições definidas conforme o órgão público para o qual trabalham. Como exemplo cita-se que são diferentes as atribuições dos peritos do Instituto Nacional do Seguro Social e dos Institutos Médicos Legais.

Já o assistente técnico é um consultor da parte e sua função consiste em auxiliar nas investigações e operações executadas pelo perito judicial. Ele é também um defensor da parte, indicado para assessorá-la em questões técnicas, específicas de seu conhecimento, e que deve auxiliar a parte, concordando, criticando ou complementando o laudo do perito do juízo. O artigo 93 do Código de Ética Médica estabelece que é vedado ao médico ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado. Não se pode confundir a figura do assistente técnico com a do perito, pois apenas do perito se exige a imparcialidade.

Segundo: Quais desses profissionais podem (ou devem) guardar sigilo sobre o que lhes foi confidenciado (ou informado) quando da realização de perícia ou de entrevista, especialmente no que tange a exame psiquiátrico e confissão de autoria de crimes?

Resposta: A quebra do sigilo médico está implicitamente autorizada pelo indivíduo que solicita um exame médico-pericial, pois tal solicitação pressupõe a exposição de seus dados médicos. Quando a perícia for solicitada por outrem (parte oponente em processo judicial ou autoridade policial ou judicial, por exemplo) a parte pode ser informada por seu advogado que os dados ali revelados constarão do laudo pericial e que lhe cabe a prerrogativa de não fazer prova contra si mesmo, pois “o perito tem o dever de cumprir o ofício”, conforme prescreve o Código do Processo Civil em seu artigo 146. Entendo que isto define o dever legal que autoriza a quebra do sigilo médico pelo médico perito, pois sem esta quebra não seria possível elaborar o laudo pericial nem cumprir seu ofício.

Terceiro: O dever legal, enquanto excludente do sigilo profissional (previsto no artigo 73 do Código de Ética Médica), abrange os médicos peritos, nomeados pelo juízo, os profissionais médicos peritos funcionários públicos, no exercício de suas funções e os médicos particulares, contratados pelas partes interessadas e que atuam como assistentes técnicos?

Resposta: “O perito tem o dever de cumprir o ofício”, conforme prescreve o artigo 146 do Código do Processo Civil. Entendo que isto caracteriza o dever legal que autoriza a quebra do sigilo pelo médico perito. Já o papel do assistente técnico é outro, como se viu na resposta à primeira questão proposta pelo consulente.

Quarto: Em que situações (acima indicadas) poderão valer-se os profissionais médicos da vedação expressa no artigo 73 do referido Código, e que profissionais têm o dever legal de prestar informações em juízo, ainda que em prejuízo da pessoa periciada ou do paciente (cliente que o contratou)?

Resposta: “O perito tem o dever de cumprir o ofício”, conforme prescreve o Código do Processo Civil em seu artigo 146. Isto é o bastante para caracterizar o dever legal, que autoriza a quebra do sigilo pelo médico perito nomeado judicialmente ou do médico que atua como perito em instituições públicas. Entendo que tal dever legal não se estende ao assistente técnico nem ao médico assistente.

Quinto: Quais os limites de tais informações? Há a possibilidade de os profissionais médicos informarem ao juiz de direito, por meio de testemunho ou de laudo pericial, a confissão de autoria de um crime ou outros fatos e circunstâncias que foram trazidos pelo periciado (o paciente) ao conhecimento do profissional médico? Em caso positivo, quais daqueles profissionais médicos podem valer-se da vedação legal?

Resposta: O perito tem como dever legal cumprir seu ofício. Entendo que apenas quando atuando como perito, o médico deve relatar todas as informações obtidas ao exame médico-pericial, seja no laudo pericial, seja em audiência. Isto

não se estende ao médico assistente nem ao assistente técnico da parte, uma vez que eles não estão autorizados à quebra do sigilo médico por dever legal.

Sexto: Há outras diferenças relevantes entre as funções exercidas pelos peritos funcionários públicos, peritos nomeados e médicos particulares contratados como assistentes técnicos? Em que consistem essas diferenças?

Resposta: As diferenças entre as funções exercidas pelos peritos funcionários públicos, peritos nomeados e médicos particulares contratados como assistentes técnicos já foram demonstradas nas respostas aos quesitos anteriores.

Sétimo: Há alguma restrição ou observação relevante quanto ao dever legal, à justa causa e ao sigilo profissional quando da realização de perícia, testemunhos ou qualquer outra atuação de médicos em juízo?

Resposta: O perito tem como dever legal cumprir seu ofício e, por isto, ele pode - e deve - revelar todos os dados que constatar ao exame médico-pericial, tanto em seu laudo como em audiência. Isto não se estende ao médico assistente nem ao assistente técnico da parte, uma vez que eles não estão autorizados - nem obrigados - à quebra do sigilo médico por dever legal. Note-se que o sigilo profissional é garantido pelo Código Penal de 1940, que estabelece o resguardo da informação profissional, apenas ressalvando a possibilidade de revelação por justa causa, sem defini-la. Conclui-se que o médico - exceto o perito - não está obrigado a depor caso estejam envolvidas informações obtidas durante o exercício profissional, pois testemunhar em corte judicial não configura justa causa.

É o parecer.

Curitiba, 05 de julho de 2010.

Keti Stylianos Patsis
Cons.^a Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N.º 095/2010

Parecer CRMPR N.º 2326/2011

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n.º 2544, de 12/07/2010 - Câmara I

BIÓPSIAS EM LESÕES MAMÁRIAS E A ULTRASSONOGRRAFIA

Alexandre Gustavo Bley*

Palavras-chave - mamografia, biópsia, mastologia, operadoras de saúde, motivo, administrativo, área de atuação, limitação, ultrassonografia

BIOPSIES OF MAMMOGRAPHY

Key-words - mammography, biopsy, mastology, health plan operators, reason, administrative, working field, limitation, ultrasound

CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este a este Conselho Regional de Medicina a Dr.º XXX, Faz consulta com o seguinte teor:

“Eu, XXX, CRM-PR XXX, venho por meio desta solicitar parecer técnico referente a área de atuação do exercício profissional.

Minha formação compreende: residência médica em Ginecologia e Obstetrícia na Universidade Estadual de Londrina; residência médica em Mastologia na Universidade Federal de São Paulo; título de Habilitação em Mamografia pelo Colégio Brasileiro de Radiologia, todos estes devidamente registrados neste Conselho. Além disso, mestrado em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo, na área de biópsias mamárias. Atuo no município de XXX na especialidade de Mastologista, tanto a nível clínico e cirúrgico em clínica privada e em hospital especializado (Instituto do Câncer de XXX), além de trabalhar na área de diagnóstico em Mastologia prestando serviços à XXX desde, onde realizo ultrassonografia mamária, biópsias de lesões mamárias guiadas ou não por ultrassonografia, e laudo mamografias. Minha produção de biópsias é de aproximadamente 120 procedimentos/ano.

Por ocasião do meu ingresso na cooperativa de trabalho médico XXX, solicitei credenciamento para realização de biópsias de mama guiadas ou não por ultrassonografia, além dos procedimentos cirúrgicos de praxe na Mastologia. A referida cooperativa autorizou a realização de consultas e cirurgias, porém não credenciou a realização das biópsias alegando que, no seu entendimento, estes são da alçada do Radiologista.

* Conselheiro Parecerista CRM-PR.

Assim, a questão foi encaminhada à câmara técnica da cooperativa para deliberação. Para este fim, solicito este parecer.”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Em atenção ao seu questionamento, temos a aduzir que esta casa já se pronunciou inúmeras vezes em relação ao assunto. Independente de ter ou não, título de especialista na área em que se propõe a atuar, o profissional médico ao concluir curso de Medicina em entidades reconhecidas pelo MEC e posterior registro no CRM de sua jurisdição está apto a exercer a profissão em toda a sua plenitude. A questão está em relação a publicidade em que esta situação é exposta. As Operadoras de Saúde tem por obrigação exigir os títulos emitidos apenas por entidades vinculadas à Associação Médica Brasileira e devidamente registradas nos Conselhos de Medicina para poder anunciar de forma a não permitir que o paciente seja induzido a erro quanto à especialidade médica.

No caso concreto a médica tem registro neste Conselho nas especialidades de Mastologia e Ginecologia e Obstetrícia, bem como na área de atuação de Mamografia. Portanto além de ter prerrogativa legal para atuar, tem conhecimento técnico na área, pois faz parte da Mastologia a investigação e diagnóstico de doenças mamárias, onde se incluem as biópsias. Em outra toada, este Conselho não tem ingerência sob as Operadoras de Saúde no que diz respeito a necessidade de contratação deste serviço, pois poderá esta Operadora, por motivo puramente administrativo interno, não credenciá-la, sem que isto represente limitação da prática médica. Caso o critério seja somente a questão de título, baseando-se na declaração do Presidente da Comissão de Imagem da Sociedade Brasileira de Mastologia, bem como nos títulos registrados, entendemos que a médica tem titulação para realizar biópsias, guiadas ou não por exames de imagem, até porque isto não se configura uma área de atuação específica.

É o parecer.

Curitiba, 13 de maio de 2011.

Alexandre Gustavo Bley
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 030/2011

Parecer CRMPR N° 2322/2011

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n° 2749, de 23/05/2011 - Câmara II

INFORMAÇÃO:**VAGA ZERO: DE QUEM É A RESPONSABILIDADE?**

A questão da chamada “vaga zero” é recorrente, trazendo em seu bojo o embate entre medidas administrativas e a conduta ética dos médicos envolvidos. Deve ficar claro, a princípio, que o lado administrativo em hipótese alguma pode impor-se aos postulados éticos que regem a profissão médica. Dito isto, alguns pontos precisam ser lembrados. A elaboração de planos de urgência e emergência para atenção ao paciente crítico é responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde de cada unidade federativa, com a definição dos serviços e instituições incluídos no SUS. Os planos devem ser regionalizados e sua elaboração deve ter a participação de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços, estabelecendo as prioridades de investimentos na saúde. É obrigação do gestor, federal, estadual e municipal, providenciar instalações, equipamentos e pessoal suficientes para atender à demanda. Caso não o faça, os médicos e a sociedade devem cobrar sua elaboração. O gestor não pode delegar aos médicos suas funções e sua responsabilidade, que é a de prover aos cidadãos assistência com equidade.

Este sistema abrange desde as unidades básicas de saúde até as UTIs.

Cabe ao médico regulador buscar para o paciente a vaga mais adequada, pois como gestor tem o conhecimento das disponibilidades regionais. Na inexistência de vaga o regulador deve encaminhar o paciente ao local onde o mesmo possa receber provisoriamente a assistência mais qualificada até que a vaga definitiva para internação seja conseguida. Quando não há vaga na UTI, o plantonista deve informar ao regulador e esclarecer, em conversa com o mesmo, se realmente seu serviço está mais bem equipado para receber o enfermo do que aquele onde ele se encontra no momento.

A conduta do gestor/regulador de forçar internações é o reconhecimento da incompetência em oferecer serviços de urgência e emergência em quantidade e qualidade adequadas. Além disso, fica claro que o conceito de vaga zero expõe sempre médico e paciente a riscos acrescidos, pois implica no atendimento em condições não ideais.

Os médicos e diretores do hospital, ou a própria instituição, não podem ser ameaçados, admoestados, culpados ou punidos pelo fato de não haver vaga disponível. Devem esclarecer à central de regulação e, se houver irrisignação por parte desta, oficiar ao Ministério Público, Conselho Tutelar da Infância e/ou ao Juizado da Infância e da Adolescência, resguardando-se contra a ocorrência de problemas posteriores. Forçar ou determinar internações em UTIs pode levar à má prática assistencial, o que é inaceitável.

Não é função do médico intensivista ou emergencista a tarefa de conseguir vaga para pacientes críticos, caso não disponha de leito livre. A possibilidade de danos a pacientes deve ser previamente informada ao Ministério Público, para que este tome as medidas cabíveis contra quem efetivamente for responsável pela insuficiência de leitos de UTI.

Conselheiro Rodrigo Bertoncini (texto elaborado com base em pareceres dos conselheiros Nelson Grisard, do CREMESC e Romeu Bertol, do CRMPR)

Espaço CREMESC.

ATO MÉDICO = LUTAS

TST NÃO RECONHECE LAUDO PERICIAL DE **FISIOTERAPEUTA**

Parecer sobre doença de trabalhadora é desconsiderado como prova no Tribunal Superior do Trabalho. Deveria ter sido realizado por médico especialista

Sem aval de médico especializado, laudo de perícia não é reconhecido como prova jurídica. Este foi o entender unânime da Primeira Turma do Tribunal Superior do Trabalho (TST), em outubro de 2009, confirmando decisão já anunciada anteriormente pela instância regional. Com atestado assinado por fisioterapeuta, empregada pretendia provar que adoeceu por causa de suas atividades profissionais.

A autora alegava ter desenvolvido Dort (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) após trabalhar em empresa de alimentos. Em primeiro grau, a sentença indeferiu o pedido de estabilidade provisória, decisão mantida pelo Tribunal Regional do Trabalho da 24ª Região, de Mato Grosso do Sul.

SEM FUNDAMENTAÇÃO TÉCNICA

Conforme o relator e presidente da Turma do TST, ministro Lélío Bentes Corrêa, o TRT desconsiderou a caracterização de doença ocupacional pelo laudo apresentado. A perícia, assinada por fisioterapeuta, descrevia quase que exclusivamente as queixas da trabalhadora, não levando em conta os parâmetros técnicos da Ordem de Serviço nº 606, de 1998, do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Sob este argumento, o TST decidiu manter a interpretação do Tribunal Regional, sobre a impropriedade do laudo emitido sem avaliação médica especializada.

Transcrito de Vox Médica, junho de 2010.

Carimbo médico: uma necessidade legal ou uma imposição informal?

Júlio César Fontasa-Rosa¹, Fernando Jorge de Paula², Márcia Vieira da Motta³, Daniel Romero Muñoz⁴, Moacyr da Silva⁵

¹ – Professor Doutor do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, SP

² – Doutor em Ciências Odontológicas; Professor da Universidade Santa Cecília, São Paulo, SP

³ – Doutora em Odontologia Preventiva; Professora da Pós-graduação de Medicina Legal da USP, São Paulo, SP

⁴ – Livre-Docente; Professor Titular do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP

⁵ – Livre-Docente; Professor Titular (aposentado) do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da USP, São Paulo, SP

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, SP

São várias as situações na prática médica, quer para fins de diagnóstico, prognóstico, tratamento, comunicações e encaminhamentos, em que o profissional tem a necessidade de assinar documentos, conferindo-lhes legitimidade e validade.

A aposição do carimbo com os dados do profissional, nestas situações, tem o objetivo de identificar o médico, cuja assinatura nem sempre é legível, em um documento que muitas vezes é institucional e não contém os dados pessoais do profissional.

Contudo, ao longo dos anos, criou-se uma cultura de valorização da aposição do carimbo em documentos médicos em geral, principalmente nas receitas. Pacientes, muitas, não conseguem o aviamento de receitas pela convicção do farmacêutico de que a prescrição, quando não carimbada, possa não ser autêntica ou legal, mesmo quando apresenta a identificação clara do nome do profissional e de seu número do Conselho Regional de Medicina (CRM).

Comunicações, exames e outros documentos médicos deixam de ser encaminhados pela falta de conhecimento dos próprios profissionais que prestam ou gerenciam serviços de saúde. Uns citam necessidade legal, outros, normativas profissionais e ainda há aqueles que acreditam ser a burocracia histórica brasileira responsável pela “cultura do carimbo”

Sem dúvida, nossa tradição burocrática contribuiu para esse cenário, juntamente com o aumento da migração do médico do consultório particular para clínicas ou outros tipos de instituições e associações, de modo que documentos passaram a ter a identificação institucional e não mais a pessoal do profissional. Nesse sentido, o uso do carimbo difundiu-se para facilitar a identificação das assinaturas em todos os documentos médicos, facilitando, assim, sua conclusão.

Para entendermos como essa cultura se estabeleceu, faremos uma breve consideração histórica do ponto de vista doutrinário, da legislação e do contexto deontológico sobre a matéria.

Reale, em 1987, ressaltou que “o médico, que receita para um doente, pratica um ato de ciência, mas exerce também um ato jurídico. Talvez não o perceba, nem tenha

* Departamento de Medicina Legal - USP.

consciência disso, nem ordinariamente é necessário que haja percepção do Direito que está sendo praticado. Na realidade, porém, o médico que redige uma receita está no exercício de uma profissão garantida pelas leis do país e em virtude de um diploma que lhe faculta a possibilidade de examinar o próximo e de ditar-lhe o caminho para restabelecer a saúde; um outro homem qualquer, que pretenda fazer o mesmo, sem iguais qualidades, estará exercendo ilicitamente a Medicina.” Indiretamente, este autor ressalta o fenômeno jurídico nas relações humanas¹.

Vários são os juristas que doutrinam sobre os princípios da legalidade e remetem suas considerações à Constituição Federal, que estabelece que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa se não em virtude da Lei.”²⁻⁴. Ou seja, no âmbito das relações entre os indivíduos, o princípio aplicável é o da autonomia da vontade, que lhes permite fazer tudo o que a lei não proíbe⁵⁻⁶.

Dessa premissa, podemos deduzir que o médico, como cidadão, estaria apto a realizar os atos que não são proibidos por lei ou que não tenham forma especial de sua consecução. Assim, a prescrição sem aposição do carimbo deve ser considerada legal, a não ser que existam normas que a proíbam ou regulamentem.

De fato, várias são as normas que tratam do assunto. Em âmbito nacional, as principais são, em ordem cronológica, o Decreto nº 20.931/32⁷, a Lei nº 5.991/73⁸, os Decretos nºs. 74.170/74⁹, 793/93¹⁰ e 3.181/99¹¹, a Portaria SVS/MS nº 344/98¹² e o Código de Ética Médica¹³.

A necessidade de identificação do profissional nas receitas foi estabelecida inicialmente pelo Decreto nº 20.931/32, que regula e fiscaliza o exercício da Medicina⁷. Entretanto, somente em 1973 a matéria foi mais bem especificada (Lei nº 5.991/73)⁸.

“Art. 35 – Somente será aviada a receita:

- a) que estiver escrita a tinta, em vernáculo, por extenso e de modo legível, observados a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais;*
- b) que contiver o nome e o endereço residencial do paciente e, expressamente, o modo de usar a medicação;*
- c) que contiver a data e a assinatura do profissional, endereço do consultório ou da residência, e o número de inscrição no respectivo Conselho profissional.”*

Esse artigo foi modificado por decreto posterior, já revogado, de modo que a redação anteriormente transcrita continua vigente⁹⁻¹¹.

Com relação ao texto do Código de Ética Médica, não há qualquer artigo exigindo o uso de carimbos em documentos médicos¹³.

Todavia, em normativa do Ministério da Saúde (Portaria SVS/MS 344/98), há previsão de aposição de carimbo em determinadas situações. Essa Portaria, ainda vigente, refere-se ao Regulamento Técnico sobre Substâncias e Medicamentos sujeitos a Controle Especial, e instrui médicos, dentistas e veterinários com relação à prescrição de medicamentos controlados¹².

Estabelece que quando o objetivo for identificação de assinaturas, é possível que esta seja feita apenas por meio de escrita do nome do médico de modo legível, não havendo qualquer necessidade de aposição de carimbo. Ou seja, o carimbo é dispensável se o profissional tomar o cuidado de explicitar o nome na receita.

Entretanto, para receber o talonário de Notificação de Receita de entorpecentes (“A”), o profissional deve apor carimbo específico, padronizado, no campo “Identificação

do Emitente”, em cada folha do talonário, na presença da Autoridade Sanitária. Notificação de Receita é um documento padronizado que acompanha as prescrições de entorpecentes, psicotrópicos, retinoides de uso sistêmico e imunossuppressores para autorizar sua dispensação.

Embora os psicotrópicos, os retinoides de uso sistêmico e os imunossuppressores também demandem a emissão de Notificação de Receita, utilizam talonários distintos, azuis e brancos, com a identificação do emitente já impresso no talonário, de modo que esta exigência não se aplica aos mesmos.

Curiosamente, nos anexos da Portaria, no Modelo para Requisição de Notificação de Receita (Anexo VI) e no Termo de Responsabilidade para Prescrição de Talidomida (Anexo VIII), no campo destinado à assinatura do profissional, também se requer a aposição do carimbo do profissional, com seu CRM.

Assim, com relação às receitas, em nenhum momento a legislação torna obrigatória a aposição do carimbo com o nome e CRM do profissional. A Lei determina expressamente que estas contenham o endereço do consultório ou da residência do profissional, data, número de inscrição no respectivo Conselho profissional e sua assinatura⁸. Qualquer outra exigência contraria a Lei e, sob o princípio da legalidade, torna-se arbitrária.

Na verdade, esse assunto já foi objeto de vários questionamentos junto aos Conselhos profissionais. De acordo com a análise dos pareceres disponíveis no site do CFM, podemos verificar que já na década de 1980 o tema suscitava questionamentos, sendo o do ano de 1985, um dos pareceres mais antigos.

Neste parecer, em resposta à Consulta nº 8.771/85 no CRM de São Paulo (CRM/SP) sobre a necessidade de carimbo e do número do CRM do médico em receituários, foi ponderado que “*em possuindo o médico receituário próprio onde constem esses dados, desnecessário é a existência de carimbo*”¹⁴. Por outro lado, o mesmo parecer considerava que, em se tratando de receituário geral, ou sejam destinado a mais de um médico, o documento emitido deveria, obrigatoriamente, conter o carimbo identificador, onde constassem o nome e o número do CRM do médico signatário. Na prática, enfatizava o essencial: receitas emitidas deveriam conter elementos identificadores do médico emissor – por meio de dados já impressos ou pelo uso do carimbo identificador¹⁴.

Já em outro parecer, referente à Consulta nº 33.065/95 sobre a guarda do carimbo médico, o conselheiro enfatizou o caráter opcional do carimbo quando estabeleceu que, na falta do mesmo, deveria o médico assinar os documentos de maneira legível e fazer constar o número de seu CRM¹⁵.

Com relação à obrigatoriedade do carimbo médico nas receitas de psicotrópicos, há dois pareceres emitidos pelo CRM/SP. Em ambos entendem os relatores que há necessidade da aposição do carimbo para identificação do profissional, porém as justificativas baseiam-se em normativas distintas¹⁶⁻¹⁷.

No primeiro, o relator baseia-se em portaria de abrangência nacional, hoje já revogada (Portaria nº 28/86 da Divisão de Medicamentos, DIMED, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA)¹⁸, que determina que conste na receita a assinatura e o carimbo médico¹⁶. No segundo, há referência a uma norma regional (Resolução nº 145/93 da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo)¹⁹, porém esta também remete às considerações da Portaria DIMED nº 28/86¹⁷⁻¹⁹.

Em resumo, ambas as normas deixaram de ter validade pela revogação da Portaria nº 28/86 do DIMED¹². Embora não mencionada nos pareceres dos Conselhos Regionais,

uma norma anterior do DIMED, a Portaria nº 17 de 1986, também foi revogada pela Portaria nº 344/98. Tratava-se de norma que determinava o uso do carimbo para a identificação das assinaturas dos profissionais em receitas carbonadas para prescrição de drogas contendo substâncias incluídas na própria norma (antidepressivos, anticonvulsivantes e antiepiléticos, antipsicóticos e ansiolíticos, neurolépticos, anestésicos gerais para inalação e antitussígenos)¹²⁻²⁰.

A legalidade da exigência de aposição de carimbos já havia sido abordada em parecer do CRM do Mato Grosso do Sul (CRM/MS)²¹, que analisou conflito entre pareceres do CRM local e do Conselho Federal de Medicina (CFM). Nesse parecer, fica claro que não existe fundamentação legal ou ética que determine a necessidade de aposição do carimbo em documentos médicos²¹.

Outra situação que também demandou esclarecimento por parte do CFM refere-se à identificação profissional em atestados de afastamento do trabalho.

Nesse sentido, ficou entendido que bastava o documento ser feito em papel com identificação do médico, sendo o uso de carimbo considerado opcional²². O CRM/CE adotou o mesmo posicionamento com relação à identificação profissional nas receitas²³. O caráter facultativo da aposição do carimbo foi fundamentado no reconhecimento da inexistência de obrigatoriedade legal ou ética sobre a matéria, porém reconheceu o dever do profissional em prover os documentos de identificação pessoal e profissional legíveis²³.

Este posicionamento foi corroborado por Parecer do CRM-PR, que esclareceu que em documentos médicos, como receitas, pedidos de exames subsidiados, atestados, folhas de evolução e prescrição médica, enfim, todos os que têm a concorrência de médico para execução ou interpretação, a assinatura do médico se faz necessária, bem como sua identificação, seja por carimbo ou nome por extenso²⁴.

O questionamento que resta, então, refere-se à necessidade de validação da assinatura na receita por recursos como carimbo ou escrita por extenso. Será que a discussão quanto a uma maneira de legitimar a assinatura do profissional não nos aproxima da postura dos americanos quando comparados aos russos na corrida espacial, quando os americanos investiram milhões investigando uma caneta que escrevesse no espaço enquanto os russos, mas práticos, adotaram o lápis como instrumento de escrita, solucionando o problema e não devotando tempo a um questionamento equivocado²⁵?

Se a importância da assinatura do médico como meio de validação do documento é inquestionável, há uma inversão de valores sob o ponto de vista legal no Parecer-Consulta nº 33.065/95, que entende que o médico “*na falta de carimbo, deve ele assinar de maneira legível e fazer constar o número do seu CRM*”²⁴.

A utilização do carimbo, como vista nas normatizações descritas, serve apenas para facilitar a identificação do profissional nos documentos. Dentre os argumentos favoráveis à sua utilização, o principal seria de que o carimbo garantiria a “veracidade” da receita, sendo mais difícil para alguém, sem premeditação e certo esforço, falsificar um documento médico, já que na atualidade este é facilmente confeccionado em impressoras pessoais. Resta ao fraudador apenas conhecer quais dados de identificação profissional quer fazer constar no documento médico.

No entanto, tal raciocínio não se faz tão inquestionável. É possível para qualquer pessoa mandar fabricar um carimbo pelo módico preço de um cafezinho, sem a necessidade da comprovação de qualquer dado que se faça constar no mesmo. Diga-se, para o indivíduo

que tem a intenção de falsificar qualquer documento médico, inclusive receitas, a primeira preocupação seria adquirir um carimbo ou conseguir falsificar a aposição de um por meio de manipulação digital dos documentos.

Assim, os apontamentos aqui dispostos servem para orientar os médicos sobre alguns de seus direitos, com o objetivo de salvaguardar a ética e a ordem legal, evitando-se assim o constrangimento em determinadas situações pela prática de exigências arbitrárias sem a devida previsão legal.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, conclui-se que se faz necessário estender o debate sobre a utilização do carimbo em todos os documentos médicos. Só o ponto de vista ético e legal, não existe obrigatoriedade da utilização do carimbo em documentos médicos no âmbito nacional. A exceção fica por conta da utilização do carimbo em situações específicas, como nos casos das Notificações de Receita de entorpecentes (carimbo padronizado no campo “Identificação do Emitente”), nas requisições de Notificação de Receita, e nos Termos de Responsabilidade para prescrição de Talidomida¹².

Na expressão da Lei, para as denominadas receitas simples, personalizadas ou não, existe a obrigatoriedade da assinatura do profissional e identificação de seu número de inscrição no respectivo Conselho profissional. Em parecer técnico, o CRM/SP estabeleceu a necessidade de colocação do nome do médico por extenso; porém, como observado, exigência sem previsão na legislação vigente¹⁶.

As receitas que incluam medicamentos à base de substâncias constantes das listas “C1” (outras substâncias sujeitas a controle especial), “C5” (anabolizantes) e dos adendos das listas “A1” (entorpecentes), “A2” e “B1” (psicotrópicos) previstos na Portaria nº 344/98 e de suas atualizações somente poderão ser aviadas quando prescritas por profissionais devidamente habilitados; uma vez que seus dados estejam devidamente impressos no cabeçalho da receita, este poderá apenas assiná-la. No caso de o profissional pertencer a uma instituição ou estabelecimento hospitalar, deverá identificar sua assinatura, manualmente de forma legível ou com carimbo, e fazer constar a sua inscrição no Conselho Regional¹².

REFERÊNCIAS

1. Reale M. Lições preliminares de direito. 15ª ed. São Paulo: Saraiva; 1987.
2. Lima JF: Curso de direito civil brasileiro. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense; 1957.
3. Mezger E. Derecho penal: libro de estudio. Finzi CA, translator. Buenos Aires: Bibliográfica Argentina; 1958-1959, v. 1, p.141.
4. Jesus DE. Direito Penal. São Paulo: Saraiva; 1995.
5. Di Pietro MSZ. Direito administrativo. 17ª ed. São Paulo: Atlas; 2004.
6. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [citado 5 out 1988]. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988.pdf
7. Brasil. Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D20931.htm
8. Brasil. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário da República Federativa do Brasil, 19 de dezembro de 1973.
9. Brasil. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos. Diário da República Federativa do Brasil, 11 de junho de 1974.

10. Brasil. Decreto nº 793, de 5 de abril de 1993. Altera os Decretos nº 74.170, de 10 de junho de 1974 e 79.094, de 5 de janeiro de 1977, que regulamentam, respectivamente, as Leis nºs. 5.991, de 17 de janeiro de 1973, e 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. Diário da República Federativa do Brasil, 6 de abril de 1993.
11. Brasil. Decreto nº 3.181, de 23 de setembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que dispõe sobre a Vigilância Sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário da República Federativa do Brasil, 24 de setembro de 1999.
12. Secretaria da Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SVS/MS). Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Disponível em http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm.
13. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931, de 24 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário da República Federativa do Brasil, 6 de abril de 1993.
14. Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CRM-SP). 1985. Consulta nº 8.771, de 25 de dezembro de 1985. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmsp/pareceres/1985/8771_1985.htm.
15. Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CRM-SP). 1995. Consulta nº 33.065 de 16 de outubro de 1995. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmsp/pareceres/1995/33065_1995.htm.
16. Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CRM-SP). 1993. Consulta nº 2.816 de 31 de maio de 1994. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmsp/pareceres/1993/2816_1993.htm.
17. Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CRM-SP). Consulta nº 9.147 de 03 de abril de 1996. Disponível em: http://www.cremesp.com.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=4335
18. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Divisão Medicamentos (DIMED). Portaria nº 28 de 13 de novembro de 1986. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 18 de novembro de 1986.
19. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Resolução nº 145, de 7 de maio de 1993. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 8 de maio de 1993.
20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Divisão Medicamentos (DIMED). Portaria nº 27 de 24 de outubro de 1986. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 3 de novembro de 1986.
21. Conselho Regional de Medicina do Mato Grosso do Sul (CRM/MS). Parecer nº 14, de 21 de março de 2003. Conflito entre pareceres do CRM/MS e do CFM. 2003. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmms/pareceres/2003/14_2003.htm.
22. Conselho Federal de Medicina (CFM). Processo-Consulta CFM nº 3.208 de 17 de agosto de 1999. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1999/44_1999.htm.
23. Conselho Regional de Medicina do Ceará (CRM/CE). Parecer nº 10, 17 de maio de 2004. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmce/pareceres/2004/10_2004.htm.
24. Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM/PR). Parecer nº 1.998, de 14 de outubro de 2008. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmpr/pareceres/2008/1998_2008.htm.
25. Curtin C. Factor fiction?: NASA spent millions to develop a pen that would write in space, whereas the Soviet Cosmonauts used a pencil. Scientific American [serial on line] 2006. [cited oct 2010]. Available from: <http://www.scientificamerican.com/article.cfm?id=fact-or-fiction-nasa-spen>.

Revista Assoc Med Bras 2011; 57(1):16-19

Resolução do CFM regulamenta consulta médica e retorno

RESOLUÇÃO CFM nº 1.958/2010 (Publicada no D.O.U. de 10 de janeiro de 2011, Seção I, p.92)

Define e regulamenta o ato da consulta médica, a possibilidade de sua complementação e reconhece que deve ser do médico assistente a identificação das hipóteses tipificadas nesta resolução.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que a medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza;

CONSIDERANDO que para exercer a medicina com honra e dignidade o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa;

CONSIDERANDO interpretações conflitantes quanto à remuneração de consultas médicas e casos de retorno dentro do mesmo ato;

CONSIDERANDO que a complexidade das reações orgânicas frente aos agravos à saúde necessita do conhecimento específico da medicina e que só o médico é capaz de identificar modificações do quadro ou nova doença instalada;

CONSIDERANDO o inciso XVI dos Princípios Fundamentais dispostos no Código de Ética Médica, no qual se lê que “nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente”;

CONSIDERANDO a necessidade de disciplinar essa importância e básica atividade médica;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 15 de dezembro de 2010,

RESOLVE

Art. 1º Definir que a consulta médica compreende a anamnese, o exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessários, e prescrição terapêutica como ato médico completo e que pode ser concluído ou não em um único momento.

§ 1º Quando houver necessidade de exames complementares que não possam ser apreciados nesta mesma consulta, o ato terá continuidade para sua finalização, com tempo determinado a critério do médico, não gerando cobrança de honorário.

§ 2º Mesmo dentro da hipótese prevista no parágrafo 1º, existe a possibilidade do atendimento de distinta doença no mesmo paciente, o que caracteriza novo ato profissional passível de cobrança de novos honorários médicos.

Art. 2º No caso de alterações de sinais e/ou sintomas que venham a requerer nova anamnese, exame físico, hipóteses ou conclusão diagnóstica e prescrição terapêutica o procedimento deverá ser considerado como nova consulta e dessa forma ser remunerado.

Art. 3º Nas doenças que requeiram tratamentos prolongados com reavaliações e até modificações terapêuticas, as respectivas consultas poderão, a critério do médico assistente, ser cobradas.

Art. 4º A identificação das hipóteses tipificadas nesta resolução cabe somente ao médico assistente, quando do atendimento.

Art. 5º Instituições de assistência hospitalar ou ambulatorial, empresas que atuam na saúde suplementar e operadoras de planos de saúde não podem estabelecer prazos específicos que interfiram na autonomia do médico e na relação médico-paciente, nem estabelecer prazo de intervalo entre consultas.

Parágrafo único. Os diretores técnicos das entidades referidas no caput deste artigo serão eticamente responsabilizados pela desobediência a esta resolução.

Art. 6º Revogam-se todas as disposições em contrário.

Art. 7º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Carlos Chagas e os Doutorandos de 1925

Doutorandos de medicina da turma de 1925, são fotografados no Instituto Manguinhos em visita ao Prof. Carlos Chagas, um dos maiores cientistas brasileiros. Nesta turma estava o Acadêmico Alô Guimarães, que mais tarde seria: professor catedrático de Psiquiatria no curso de Medicina na UFPR, senador da República (1955-1963), deputado federal, deputado estadual, prefeito interino, diretor do IML, secretário de interior e justiça, secretário da saúde pública. Médico, jornalista, Professor Universitário e Presidente do Jockey Club do Paraná, Médico na Ribeira na Revolução de 1930.

Doador: Além da fotografia, o Dr. Manuel Guimarães e família, neto do Professor Alô Guimarães, fizeram também do "Álbum de Photographias" do período 1921 a 1927."

Palavras-chave - Museu de medicina, História da medicina, Carlos Chagas, doutorandos de 1925, UFPR, visita, Instituto Manguinhos

Key-words - Medicine history, Medicine Museum, Carlos Chagas, 1925, UFPR, candidate for a doctor's, visiting, Institute Manguinhos



* 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

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^a. Keti Stylianos Patsis (coordenadora), Mario Teruo Sato e Paola Andrea Galbiati Pedrucci
E-mail: codame@crmpr.org.br

3 - Comissão de Qualificação Profissional

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

4 - Comissão de Tomada de Contas

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

5 - Comissão de Licitação

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

6 - Comissão de Ensino Médico

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

8 - Comissão de Comunicação

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

9 - Comissão Parlamentar

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

10 - Comissão de Patrimônio

Conselheiros Monica De Biase Wright Kastrop, Ewolda Von Rosen Seeling Stahlke, Darley Rugeri Wolimann Júnior e funcion. Maria Armanda de Souza.
E-mail: cmpr@crmpr.org.br

11 - Comissão Estadual de Honorários Médicos

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

12 - Comissão Estadual de Defesa do Ato Médico

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

Delegacia do CRMPR em Apucarana

Dr. Adalberto Rocha Lobo
Dr. Ângelo Yassushi Hayashi
Dr. Artur Palu Neto
Dr. Hélio Kiyoshi Hossaka
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. Romildo Joaquim Souza

Delegacia do CRMPR em Cascavel

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

Delegacia do CRMPR em Foz do Iguaçu

Dr. Alexandre Antônio de Camargo
Dr^a. Francine Sberni
Dr. Isidoro Antônio Villamayor Alvarez
Dr^a. Jacilene de Souza Costa
Dr. José Fernando Ferreira Alves
Dr. Luiz Henrique Zaions
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. Angelo Henrique França
Dr. Antônio Marcos Cabrera Garcia

Dr. Arnaldo Tomiô 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 Hernandes Tenório Gomes
Dr^a. Rita de Cássia Ribeiro Penha Arruda

Delegacia do CRMPR em Londrina

Dr. Álvaro Luiz de Oliveira
Dr^a. Alessandra Luiz Spirorelli
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. Naja Nabut
Dr^a. Rosana Hashimoto

Delegacia do CRMPR em Maringá

Dr^a. 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 Bendim Filho
Dr. Ruzzi Nakanishi
Dr. Vicente Massaji Kira

Delegacia do CRMPR em Paranavá

Dr. Atílio Antônio Mendonça Accorsi
Dr. Cleonir Mortiz Rakoski
Dr. Dorival Ricci
Dr^a. Hortensia Pereira Vicente Neves
Dr. Jorge Luiz Pelisson
Dr. José Eloy Mendes Tramontin
Dr^a. Leila Maia
Dr. Luís 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 Bisciaia
Dr. Ildefonso Amoedo Canto Júnior
Dr. José Renato Pederiva
Dr^a. Vanessa Bassetti Prochmann

Delegacia do CRMPR em Ponta Grossa

Dr^a. Ana Paula Ditzel
Dr. Carlos Alexandre Fernandes
Dr. Marcelo Jacomel
Dr. Meierson 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^a. Rita Sibeles Schiessl Flores

Delegacia de Fronteira do CRMPR em Sto. Ant^o. da Platina

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

Delegacia do CRMPR em Toledo

Dr. Eduardo Gomes
Dr^a. 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
Dr. Valdírcia Fae

Delegacia do CRMPR em Umuarama

Dr. Alexandre Thadeu Meyer
Dr. Fernando Elias Mello da Silva
Dr. Francisco Munoz Del Claro
Dr. Guillerme Antônio Schmitt
Dr. Ivan José Cardoso Frey
Dr. Jansen Rodrigues Ferreira
Dr. João Jorge Hellú
Dr. Juscélio 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 Hobi
Dr. Cláudio de Melo
Dr. Eduardo Bonilauri Sems