



# ARQUIVOS

do Conselho Regional  
de Medicina do Paraná

v. 35 - n. 139 - Jul/Set - 2018



**CRM-PR**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

## ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

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

## EDITOR-FUNDADOR

Ehrenfried Othmar Wittig

## JORNALISTA RESPONSÁVEL

Hernani Vieira (Sindijor 816)

## JORNALISTA ASSISTENTE

Bruna Bertoli Diegoli

## ASSISTENTE

Flávio Seigi Kuzuoka

## DIAGRAMAÇÃO

Victória Romano

## CAPA

Criação: Rodrigo Montanari Bento

## CIRCULAÇÃO

Edição Eletrônica

Conferir acervo com todas as edições em:

[www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br)

Publicações/Arquivos

## CONTATO

**CRM-PR** Rua Victório Viezzer, 84 – Vista Alegre  
CEP 80810-340 – Curitiba / PR

### E-mail

*Protocolo/Geral*  
[protocolo@crmpr.org.br](mailto:protocolo@crmpr.org.br)

*Presidência/Diretoria*  
[diretoria@crmpr.org.br](mailto:diretoria@crmpr.org.br)

*Departamento de Consultas e Delegacias Regionais (Depcon)*  
[depcon@crmpr.org.br](mailto:depcon@crmpr.org.br)

*Departamento de Comunicação*  
[comunicacao@crmpr.org.br](mailto:comunicacao@crmpr.org.br)  
[imprensa@crmpr.org.br](mailto:imprensa@crmpr.org.br)

*Eventos*  
[eventos@crmpr.org.br](mailto:eventos@crmpr.org.br)

*Departamento Administrativo*  
[adm@crmpr.org.br](mailto:adm@crmpr.org.br)

*Biblioteca*  
[biblioteca@crmpr.org.br](mailto:biblioteca@crmpr.org.br)

*Câmaras Técnicas*  
[camarastecnicas@crmpr.org.br](mailto:camarastecnicas@crmpr.org.br)

*Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame)*  
[codame@crmpr.org.br](mailto:codame@crmpr.org.br)

*Comercial/Contratos*  
[contratos@crmpr.org.br](mailto:contratos@crmpr.org.br)

*Corregedoria*  
[corregedoria@crmpr.org.br](mailto:corregedoria@crmpr.org.br)

*Financeiro*  
[financeiro@crmpr.org.br](mailto:financeiro@crmpr.org.br)

*Fiscalização do Exercício Profissional (Defep)*  
[defep@crmpr.org.br](mailto:defep@crmpr.org.br)

*Jurídico*  
[dejur@crmpr.org.br](mailto:dejur@crmpr.org.br)

*Recursos Humanos*  
[admrh@crmpr.org.br](mailto:admrh@crmpr.org.br)

*Setor de Pessoa Física e Jurídica*  
[documentacao@crmpr.org.br](mailto:documentacao@crmpr.org.br)

**Site** [www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br)

**Telefone** (41) 3240-4000

**Fax** (41) 3240-4001

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

GESTÃO 2013/2018

DIRETORIA - 01/02/2017 a 30/09/2018

Presidente:	Cons.	Wilmar Mendonça Guimarães
Vice-Presidente:	Cons.	Roberto Issamu Yosida
Secretário-Geral:	Cons.	Luiz Ernesto Pujol
1º Secretário:	Cons.	Carlos Roberto Naufel Junior
2º Secretário:	Cons.	Mauro Roberto Duarte Monteiro
1º Tesoureiro:	Cons.	José Clemente Linhares
2º Tesoureiro:	Cons.	Clovis Marcelo Corso
Corregedor-Geral:	Cons.	Maurício Marcondes Ribas
1º Corregedor:	Cons.	Álvaro Vieira Moura
2º Corregedor:	Cons.	Fábio Luiz Ouriques

## CONSELHEIROS

---

Adônis Nasr	José Clemente Linhares
Afrânio Benedito Silva Bernardes	Julierme Lopes Melinger
Alceu Fontana Pacheco Júnior	Keti Stylianos Patsis
Alexandre Gustavo Bley ( <i>licenciado em 26/03/14</i> )	Lizete Rosa e Silva Benzoni
Álvaro Vieira Moura	Lutero Marques de Oliveira
Carlos Roberto Goytacaz Rocha	Marco Antônio do Socorro M. R. Bessa
Cecília Neves de Vasconcelos Krebs	Marília Cristina Milano Campos de Camargo
Clóvis Marcelo Corso	Maurício Marcondes Ribas
Cristina Aranda Machado	Mauro Roberto Duarte Monteiro
Donizetti Dimer Giamberardino Filho	Nazah Cherif Mohamad Youssef
Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke	Paulo Cesar Militão da Silva
Fábio Luiz Ouriques	Regina Celi Passagnolo Sérgio Piazzetta
Fernando Cesar Abib	Roberto Issamu Yosida
Gisele Cristine Schelle	Rodrigo Lucas de Castilhos Vieira
Gláucia Maria Barbieri	Tânia Maria Santos Pires Rodrigues
Gustavo Justo Schulz	Teresa Cristina Gurgel do Amaral
Hélcio Bertolozzi Soares	Thadeu Brenny Filho
Jan Walter Stegman	Viviana de Mello Guzzo Lemke
Jeziel Gilson Nikosky	Wilmar Mendonça Guimarães
José Carlos Amador	Zacarias Alves de Souza Filho

## **MEMBROS NATOS**

---

Duilton de Paola  
Farid Sabbag  
Luiz Carlos Sobânia  
Luiz Sallim Emed  
Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
Hélcio Bertolozzi Soares  
Gerson Zafalon Martins  
Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho  
Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Alexandre Gustavo Bley  
Maurício Marcondes Ribas  
Luiz Ernesto Pujol

## **DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO (DEFEP)**

---

### **Gestor**

Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha

### **1º Gestor**

Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho

### **Médicos fiscais de Curitiba**

Dr. Elísio Lopes Rodrigues

Dr. Jun Hirabayashi

Dra. Teresa Ribeiro de Andrade Oliveira

### **Médico fiscal do Interior**

Dr. Paulo César Aranda (Londrina)

## **DEPARTAMENTO JURÍDICO**

---

### **Consultor Jurídico**

Adv. Antonio Celso Cavalcanti Albuquerque

### **Assessores Jurídicos**

Adv. Afonso Proenço Branco Filho

Adv. Martim Afonso Palma

## **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

## EDIÇÃO

---

Revista publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro.

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

## REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

---

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

## RESPONSABILIDADE

---

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

Os "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", são editados no formato digital desde 2011, estando todas as suas edições disponíveis para consultas no Portal ([www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br))

## NORMAS PARA OS AUTORES

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

**TEXTO** – pareceres, leis, resoluções, monografias, transcrições e artigos para publicação devem ser enviados ao editor, em arquivo word para [imprensa@crmpr.org.br](mailto:imprensa@crmpr.org.br). Os textos devem conter:

**Título** – sintético e preciso, em português e inglês.

**Autor(es)** – nome(s) e sobrenome(s).

**Resumo** – Breve descrição do trabalho em português, permitindo o entendimento do conteúdo abordado, externando o motivo do estudo, material e método, resultado, conclusão, encima do texto.

**Palavras-chave, descritores e keywords** – devem ser colocadas abaixo do resumo em número máximo de 6 (seis) títulos, em português e inglês.

**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 postal e eletrônico para correspondência do primeiro autor.

**Tabelas** – em cada uma deve constar um número de ordem, título e legenda.

**Ilustrações (Fotos e Gráficos)** – em cada uma deve constar um número de ordem e legenda. Fotografias identificáveis de pessoas ou reproduções já publicadas devem ser encaminhadas com a autorização para publicação.

**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 após os 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) inicial-final. Quando não publicado em periódico: publicação, cidade, publicadora, ano, página(s).

**Capítulo do livro** – autor(es). título. editor(es) do livro. Cidade de edição, página inicial e final citadas.

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

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

## ÍNDICE REMISSIVO

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

## ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

## FICHA CATALOGRÁFICA

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

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, 2018;35(139):117-188

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 2238-2070

ABNT

## DELEGACIAS REGIONAIS

### APUCARANA

Artur Palú Neto (Diretor)  
Osmar Yoshiyuki Siqueoka (Vice-Diretor)  
Sérgio Seidi Uchida (Secretário)  
Leonardo Marchi  
Pedro Elias Batista Gonçalves  
Pieker Fernando Migliorini  
Ribamar Leonildo Maroneze

### CAMPO MOURÃO

Rodrigo Seiga (Diretor)  
Fábio Sinisgalli Romanello Campos (Vice-Diretor)  
Nancy Yoko Hada Sanders (Secretária)  
Artur Andrade  
Carlos Roberto Henrique  
Dairton Luiz Legnani  
Fernando Dlugosz  
Homero Cesar Cordeiro  
Manuel da Conceição Gameiro

### CASCADEL

Roberto Augusto Fernandes Machado (Diretor)  
Pedro Paulo Verona Pérsio (Vice-Diretor)  
Karin Erdmann (Secretária)  
Amaury Cesar Jorge  
André Pinto Montenegro  
Fábio Scarpa e Silva  
Juliana Gerhardt  
Keith de Jesus Fontes

### CURITIBA E LITORAL DO PARANÁ

Marcelo Henrique de Almeida (Diretor)  
Arare Gonçalves Cordeiro Júnior (Vice-Diretor)  
Bruno Bertoli Esmanhoto (Secretário)  
Evandro Antonio Sbalcheiro Mariot  
Filipe Carlos Caron  
José Antônio Ferreira Martins  
Melissa Renata Pinto Luciani Figueira

### FOZ DO IGUAÇU

Luiz Henrique Zaions (Diretor)  
Marta Vaz Dias de Souza Boger (Vice-diretora)  
Victor Emmanuel Evangelista da Silva (Secretário)  
Eduardo Hassan  
Jacilene de Souza Costa  
Luiz Cláudio Casagrande  
Marco Aurélio Farinazzo  
Raphael Bezerra de Menezes Costa

### FRANCISCO BELTRÃO

Irno Francisco Azzolini (Diretor)  
Vicente de Albuquerque Maranhão Leal (Vice-Diretor)  
Badwan Abdel Jaber (Secretário)  
Aryzone Mendes de Araujo Filho  
Cícero José Bezerra Lima  
José Bortolas Neto  
Márcio Ramos Schenato  
Mary Angela Sabadin  
Rubens Fernando Schirr

### GUARAPUAVA

Frederico Guilherme K. Virmond Neto (Diretor)  
Antônio Marcos Cabrera Garcia (Vice-Diretor)  
Décio Yvan Sanches Filho (Secretário)  
Amélia Cristina Araújo  
Anderson Vinícius Kugler Fadel  
Gabriel Odebrecht Massaro  
Letícia Domingos  
Rita de Cássia Ribeiro Penha Arruda

### LONDRINA

Fátima Mitsie Chibana Soares (Diretora)  
Alcindo Cerci Neto (Vice-Diretor)  
Ivan José Blume de Lima Domingues (Secretário)  
Antônio Caetano de Paula  
Luiza Kazuko Moriya  
Mário Machado Júnior  
Naja Nabut  
Pedro Humberto Perin Leite

## **MARINGÁ**

Márcio de Carvalho (Diretor)  
Luiz Alberto Mello e Costa (Vice-Diretor)  
Fabiola Menegoti Tasca (Secretária)  
Ana Maria Silveira Machado de Moraes  
Cesar Helbel  
Enio Teixeira Molina Filho  
Kátia Hitomi Nakamura  
Paulo Roberto Aranha Torres  
Vicente Massaji Kira

## **PARANAÍ**

Hortência Pereira Vicente Neves (Diretora)  
Ludovico da Cunha Blasczyk (Vice-Diretor)  
Leila Maia (Secretária)  
Anizia Leontina Rigodanzo Canuto  
Atílio Antônio Mendonça Accorsi  
Bruno Eduardo de Camargo  
Cleonir Moritz Rakoski  
Custódio Fernandes  
Luiz Carlos Cerveira  
Rubens Costa Monteiro Filho

## **PATO BRANCO**

Pedro Soveral Bortot (Diretor)  
José Renato Pederiva (Vice-Diretor)  
Ayrton Martin Maciozek (Secretário)  
Elisabeth Ostapiv Correa  
Fernando Gortz  
Geraldo Sulzbach  
Giancarlo Bergamini Vannucchi  
Ivai Saião Aranha Falcão de Azevedo  
Marciano Baldissera  
Vanessa Bassetti Prochmann Esber

## **PONTA GROSSA**

Tatiana Menezes Garcia Cordeiro (Diretora)  
Northon Arruda Hilgenberg (Vice-Diretor)  
Ladislao Obrzut Neto (Secretário)  
Gisele Cuzzuol Pedrini  
Luiz Jacintho Siqueira  
Meierson Reque  
Pedro Paulo Rankel  
Victor Mauro

## **RIO NEGRO**

Cláudio Veiga Lopes (Diretor)  
Helton Boettcher (Vice-Diretor)  
Anderson Aurélio de Almeida (Secretário)  
Aroldo Greschechen Junior  
Jacy Gomes  
Jonas de Mello Filho

## **SANTO ANTÔNIO DA PLATINA**

Hélio Renato Lechinewski (Diretor)  
Carlos Roberto Bertoni (Vice-Diretor)  
Elenir Dólis Godoy (Secretária)  
Celso Aparecido Gomes de Oliveira  
Elizabeth Candido da Lozzo  
José Mário Lemes  
Sergio Bachtold

## **TOLEDO**

Ivan Garcia (Diretor)  
Nilson Fabris (Vice-Diretor)  
Gláucio Luciano Bressanim (Secretário)  
Eduardo Gomes  
José Afrânio Davidoff Junior  
Milton Miguel Romeiro Berbicz  
Valdir Faé

## **UMUARAMA**

Sandra Mara Oliver Martins Aguilar (Diretora)  
Augusto Legnani Neto (Vice-Diretor)  
Fabiano Correa Salvador (Secretário)  
Alexandre Thadeu Meyer  
Antônio Francisco Ruaro  
Deraldo Mancini  
Edson Morel  
Juscélio de Andrade  
Oswaldo Martins de Queiroz Filho  
Silvio Roberto Correa

## SUMÁRIO

### ARTIGOS ESPECIAIS

A honra e a dignidade dos médicos <i>Carlos Vital Tavares Corrêa Lima</i> .....	128
Viver, envelhecer e amar! <i>Carlos Augusto Sperandio Junior</i> .....	131

### RESOLUÇÃO CFM

Homologada eleição para conselheiros efetivos e suplentes do CRM-PR <i>CFM</i> .....	133
Dispõe de normas específicas para médicos que atendem o trabalhador <i>CFM</i> .....	136
Atualizada norma que institui as comendas a serem concedidas às personalidades médicas pelo CFM <i>CFM</i> .....	147

### PARECER CFM

Paciente soropositivo e o sigilo médico <i>José Fernando Maia Vinagre</i> .....	150
Concurso público para médico clínico geral e exigência de especialidade <i>Hermann Alexandre Vivacqua von Tiesenhausen</i> .....	156

# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina do Paraná

---

Inclusão de comentários em laudos de exames laboratoriais <i>Hermann Alexandre Vivacqua von Tiesenhausen</i> .....	160
<b>PARECER CRM-PR</b>	
Medicação “off label” por demanda judicial <i>Fernando Cesar Abib</i> .....	163
Execução pela enfermagem de teste do coraçãozinho em recém-natos <i>Luiz Ernesto Pujol</i> .....	168
Procedimento terapêutico, perigo iminente de vida, recusa de paciente e autonomia de médico <i>Jan Walter Stegmann</i> .....	170
Protocolo de tratamento da hepatite C no serviço público e disponibilidade de médico assistente em sobreaviso <i>Jan Walter Stegmann</i> .....	176
<b>MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA</b>	
Pioneiros da Medicina paranaense: Dr. Aroldo Marques Sardenberg <i>Ehrenfried Othmar Wittig</i> .....	186

## A HONRA E A DIGNIDADE DOS MÉDICOS

THE HONOR AND DIGNITY OF DOCTORS

*Carlos Vital Tavares Corrêa Lima \**

**Palavras-chave** – *Medicina, curar, código de ética, história, profissão.*

**Keywords** – *Medicine, healing, code of ethics, history, profession.*

A medicina é uma das ciências mais antigas desenvolvidas pelo homem. Há relatos da atividade médica na civilização egípcia, na China, na Grécia e em Roma, antes de Cristo.

O termo “medicina” vem do latim “arte de curar” e por definição é entendido pelos dicionários como “a arte e ciência de evitar ou curar doença, ou de paliar seu(s) efeito(s)” (Aurélio, 2010). Ainda pode ser compreendido como “o conjunto de conhecimentos relativos à manutenção da saúde bem como à prevenção, tratamento e cura das doenças, traumatismos e afecções” (Houaiss, 2009).

Ao longo dos séculos, a medicina se beneficiou do avanço do olhar científico e incorporou um vasto arsenal de técnicas e procedimentos em busca dos melhores

---

\* É presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM). Artigo “Palavra do Presidente” publicado na edição nº 283 do jornal Medicina do CFM.

diagnósticos e terapêuticas voltados à preservação do bem-estar, da saúde e da vida do paciente, dos pontos de vista individual e coletivo.

Nesse contexto, o médico é o responsável pelo exercício amplo da medicina, agregando características inerentes à atividade. Pela sua formação e exigências do ofício, desenvolve seu trabalho mesclando, às vezes simultaneamente, características de cientista, técnico e artesão.

É na relação estabelecida com o paciente que o médico tem o elemento-chave que o conecta com sua missão. Como expresso nos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica: “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”.

Infelizmente, a atuação do médico tem sido afetada por circunstâncias exteriores a sua governabilidade, mas com efeitos deletérios graves sobre os resultados pretendidos. Sinais evidentes dessas inconformidades aparecem nas falhas de execução das políticas públicas, que têm limitado seu acesso aos insumos e equipamentos necessários ao cumprimento de sua missão.

A carência de leitos de internação e de UTIs e a fragilidade estrutural dos postos e consultórios – tudo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – são exemplos de contextos sucessivamente denunciados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e outros órgãos de fiscalização e controle, sempre com ampla repercussão na imprensa.

Da mesma forma, percebe-se o abuso das operadoras dos planos de saúde, que interferem na autonomia dos profissionais e glosam procedimentos indicados, entre outras ações, também trazendo prejuízo ao exercício da medicina.

A isso agregam-se quadros de remuneração insuficiente (no público e no privado), jornadas exaustivas e exposição a agressões no ambiente de trabalho. Assim, no Brasil, na atualidade, ser médico é sinônimo de um profissional resiliente, capaz de superar, cotidianamente, adversidades que atravessam sua jornada nos serviços de saúde.

Contudo, os problemas – resguardadas suas dimensões e peculiaridades – não são monopólio do Brasil. Como mostra a pesquisa *The Truth About Doctors*, conduzida a partir de informações coletadas em 16 países (Estados Unidos, Reino Unido, França, Itália, Espanha, Alemanha, Dinamarca, Suécia, Emirados Árabes, Arábia

Saudita, Índia, Filipinas, China, Japão, Coreia do Sul e Brasil), há um sentimento global de frustração entre os profissionais da medicina, a partir da percepção de que estão sendo privados de sua capacidade de cuidar e tratar.

No entanto, deve-se ter esperança. Em primeiro lugar, têm sido significativos os ganhos dos médicos no âmbito do Judiciário em ações movidas contra tentativas de invasão de competência. Em sentenças e liminares de magistrados de diferentes instâncias, o ato médico, conforme previsto na Lei nº 12.842/13, tem saído fortalecido, apontando-se claramente o que é de prática exclusiva da medicina. Além disso, as entidades médicas (CFM, Associação Médica Brasileira – AMB, Associação Nacional dos Médicos Residentes – ANMR, Federação Nacional dos Médicos – Fenam e Federação dos Médicos do Brasil – FMB) estão alinhadas e conscientes de seu papel político na defesa da profissão e da sociedade. Essa articulação demonstra força e coesão em torno de uma pauta de reivindicações, tema de debates junto às autoridades, que inclui questões como o fim da precarização dos vínculos de trabalho, a criação de uma carreira de Estado para o médico, a valorização dos profissionais, a prorrogação da moratória para abertura de novos cursos de medicina e a oferta de condições adequadas para o atendimento, entre outros pontos.

Finalmente, é importante destacar que a categoria médica possui um poderoso aliado. Segundo pesquisas de opinião pública, o brasileiro deposita maior confiança e credibilidade nos médicos. Trata-se de um patrimônio inestimável, conquistado pela dedicação e pela competência demonstrados sob qualquer circunstância.

Em outubro, ao se comemora o Dia do Médico, essas são convicções relevantes que mostram a força dos médicos e sua importância para a sociedade, destacando-se sua herança histórica, que torna possível o exercício da medicina com honra e dignidade.

## VIVER, ENVELHECER E AMAR!

LIVE, GROW OLD AND LOVE!

*Carlos Augusto Sperandio Junior \**

**Palavras-chave** – *Vida, morte, sofrimento, doenças, cuidados paliativos, envelhecer.*

**Keywords** – *Life, death, suffering, diseases, palliative care, aging.*

*Nessa fase a medicina tem dificuldades em oferecer suporte.  
Sabemos curar, mas nem todos sabem confortar*

O tempo e o envelhecimento são íntimos e indissociáveis. Todos se agarram no primeiro e “morrem” de medo do segundo, embora saibam eles todos que a alternativa a envelhecer seja a quebra da lei número 1 da vida: morrer.

Quem está ao lado não entende, não compreende e, claro, não empatiza. Como saber o que o outro pensa jamais tendo passado por isso? Triste sina do velho: ser único.

Crianças com doenças graves ou presas numa situação de risco com uma caverna inacessível são muito mais geradoras de empatia do que um senhor ou uma senhora precisando de qualquer ajuda; afinal, estão velhos, é o fim do caminho.

---

\* Carlos Augusto Sperandio Junior é médico especialista em geriatria, clínica médica e medicina da família. Integra a Câmara Técnica de Cuidados Paliativos do CRM-PR.

Tal qual um piscar de olhos para alguns, o tempo cobra sua passagem, e velhos ficamos

Incômodo demais aos olhos de quem trabalha com isso e todos os dias batalha para quebrar paradigmas. Muito pior para quem vive a parte final da linha da vida.

Tudo isso para chegar no que tenho repetido para os filhos de nonagenários e centenários que, embora tenham na idade o fator de risco, não imaginavam que um dia a capacidade funcional de seus pais se esvaísse como areia por entre os dedos.

Nessa fase a medicina tem dificuldades em oferecer suporte. Sabemos curar, mas nem todos sabem confortar. E me vejo sempre dizendo frente aos olhos fundos que me encaram com a pergunta: e agora, o que faço?

A resposta tão curta traz a ação mais bela e mais complexa: cuida. Agora, você cuida. Até onde der, respeitando a autonomia enquanto ela houver e, depois, dando o cuidado necessário até que o fim, enfim, chegue.

Se todos aprendermos e ensinarmos sobre o que acontece entre o viver e o morrer, mais fácil ficará o viver de quem fica após o morrer daqueles que amamos.

**HOMOLOGADA ELEIÇÃO PARA CONSELHEIROS  
EFETIVOS E SUPLENTE DO CRM-PR**

APPROVED ELECTION FOR EFFECTIVE COUNSELORS AND DEPUTIES OF CRM-PR

CFM \*

**Palavras-chave** – *Resolução, eleição, corpo conselhal, mandato, regularidade.*

**Keywords** – *Resolution, election, conselhal body, mandate, regularity.*

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e;

**CONSIDERANDO** o que determina a Resolução CFM nº 2.161, de 12 de junho de 2017;

**CONSIDERANDO** o Processo Eleitoral CFM nº 022/18, oriundo do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná referente às eleições realizadas naquela Autarquia para a renovação do Corpo de Conselheiros efetivos e suplentes, para o quinquênio de 2018/2023;

**CONSIDERANDO** a análise da regularidade e legalidade do referido pleito eleitoral;

**CONSIDERANDO** o decidido em Reunião de Plenária do CFM de 23 de agosto de 2018,

---

\*Conselho Federal de Medicina.

## **RESOLVE:**

**Art. 1º** – Homologar a eleição realizada no dia 07 de agosto de 2018 para Conselheiros Efetivos e Suplentes do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná.

**Art. 2º** – Proclamar eleitos para o período de 1º de outubro de 2018 a 30 de setembro de 2023, os Conselheiros seguintes:

### **EFETIVOS (Número do CRM e Nome):**

14707	Adonis Nasr
13965	Beatriz Emi Tamura
4300	Carlos Roberto Goytacaz Rocha
19449	Carlos Roberto Naufel Junior
19517	Cecilia Neves de Vasconcelos
5647	Donizetti Dimer Giamberardino Filho
16915	Fabio Luiz Ouriques
12231	Fernando Cesar Abib
13148	Glaucia Maria Barbieri
6546	Jan Walter Stegmann
3856	Luiz Ernesto Pujol
12020	Marcio de Carvalho
8383	Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa
11018	Maurício Marcondes Ribas
14718	Mauro Roberto Duarte Monteiro
12455	Nazah Cherif Mohamad Youssef
9537	Regina Celi Passagnolo Sergio Piazzetta
10063	Roberto Issamu Yosida
8800	Thadeu Brenny Filho
3711	Wilmar Mendonça Guimarães

### **SUPLENTE:**

10430	Afranio Benedito Silva Bernardes
16282	Alcindo Cerci Neto
17327	Alysson Moço Faidiga
5630	Edison Luiz Almeida Tizzot
16521	Eduardo Murilo Novak
14810	Gisele Cristine Schelle
21992	Jan Pawel Andrade Pachnicki
16712	João Guilherme Oliveira de Moraes
10099	José Clemente Linhares
19193	Jose Knopfholz
28533	Juliana Gerhardt Moroni

15502 Katia Hitomi Nakamura  
10363 Kátia Sheylla Malta Purim  
17264 Laura Moeller  
9664 Lutero Marques de Oliveira  
6204 Marília Cristina Milano Campos de Camargo  
19989 Ricardo Manzochi Assme  
22550 Tatiana Menezes Garcia Cordeiro  
25634 Ursula Bueno do Prado Guirro  
35411 Victor Emmanuel Evangelista da Silva

**Art. 3º** – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 23 de agosto de 2018.

CARLOS VITAL TAVARES CORREA LIMA

*Presidente*

HENRIQUE BATISTA E SILVA

*Secretário-geral*

### **EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.195/2018**

O artigo 30 do Decreto nº 44.045/1958 dita que as normas do processo eleitoral relativo aos Conselhos Regionais constarão de Instruções baixadas pelo Conselho Federal.

O artigo 46 da Resolução CFM nº 2.161/2017 dita que o Conselho Federal de Medicina apreciará o processo eleitoral, para efeito de homologação, na sessão plenária seguinte ao recebimento da documentação citada no artigo anterior, editando resolução específica acerca de homologação ou não do pleito/resultado.

Assim, resta devidamente fundamentada a necessidade de referendo do processo eleitoral de cada Conselho Regional de Medicina, de forma individualizada, por meio de resolução aprovada pelo Pleno deste Conselho Federal de Medicina.

SALOMÃO RODRIGUES FILHO

*Conselheiro Relator*

**RESOLUÇÃO CFM nº 2.195/2018**

Resolução aprovada na sessão plenária de 23 de agosto de 2018.

Publicada no D.O.U. em 31 de agosto de 2018, Seção I, p. 163

## DISPÕE DE NORMAS ESPECÍFICAS PARA MÉDICOS QUE ATENDEM O TRABALHADOR

PROVIDES SPECIFIC STANDARDS FOR PHYSICIANS WHO TREAT THE WORKER

CFM \*

**Palavras-chave** – *Médico, trabalhador, saúde, nexo causal, doença ocupacional, atividades, laudo pericial.*

**Keywords** – *Doctor, worker, health, causal nexus, occupational disease, activities, expert report.*

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e, CONSIDERANDO o estabelecido no artigo 1º, inciso IV, artigo 6º e artigo 7º, inciso XXII da Constituição Federal; Capítulo V- Da Segurança e da Medicina do Trabalho- da Consolidação das Leis do Trabalho, bem como as normas do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931/2009);

**CONSIDERANDO** o disposto nas Convenções 155 e 161 da Organização Internacional do Trabalho (OIT);

**CONSIDERANDO** as deliberações da Organização Mundial de Saúde (OMS) que versam sobre segurança e saúde dos trabalhadores;

**CONSIDERANDO** a Lei nº 11.430/2006 e o Decreto nº 6.042/2007;

---

\*Conselho Federal de Medicina.

**CONSIDERANDO** que o trabalho é um meio de prover a subsistência e a dignidade humana, não devendo gerar mal-estar, doenças e mortes;

**CONSIDERANDO** que promoção, prevenção, recuperação da saúde e preservação da capacidade de trabalho são direitos garantidos pela Constituição Federal;

**CONSIDERANDO** que as condições de vida e trabalho são determinantes sociais de saúde;

**CONSIDERANDO** o trabalho como fator adjuvante no tratamento de determinadas doenças, e que o médico do trabalho é o especialista que detém o conhecimento técnico e científico para promover os ajustes no contexto do trabalho;

**CONSIDERANDO** que o médico do trabalho é um dos principais responsáveis pela promoção, prevenção e recuperação da saúde integral dos trabalhadores, seja no setor público ou privado;

**CONSIDERANDO** os diversos campos de atuação do médico do trabalho, seja na saúde do trabalhador em empresas ou no Sistema Único de Saúde (SUS), nas perícias judiciais ou previdenciárias;

**CONSIDERANDO** a necessidade de normatizar a atividade dos médicos do trabalho e dos demais médicos que atendam o trabalhador;

**CONSIDERANDO** a necessidade de normatizar os critérios para estabelecer o nexo causal entre o exercício da atividade laboral e os agravos à saúde;

**CONSIDERANDO** que todo médico, ao atender seu paciente, deve avaliar a possibilidade de que a causa de determinada doença, alteração clínica ou laboratorial possa estar relacionada ao trabalho;

**CONSIDERANDO** a constante necessidade de avaliar os impactos das mudanças tecnológicas, da organização do trabalho e da legislação;

**CONSIDERANDO** que médico perito é aquele designado pela autoridade competente, assistindo-a no que a lei determina;

**CONSIDERANDO** que assistente técnico é o médico que assiste a uma das partes em litígio no processo judicial; e

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 21 de junho de 2018,

## **RESOLVE:**

**Art. 1º** – Aos médicos do trabalho e demais médicos que atendem o trabalhador, independentemente do local em que atuem, cabe:

I – assistir ao trabalhador, elaborar seu prontuário médico e fazer todos os encaminhamentos devidos;

II – fornecer atestados e pareceres para o trabalhador sempre que necessário, considerando que o repouso, o acesso a terapias ou o afastamento da exposição nociva faz parte do tratamento;

III – fornecer laudos, pareceres e relatórios de exame médico e dar encaminhamento, sempre que necessário, dentro dos preceitos éticos;

IV – promover, com a ciência do trabalhador, a discussão clínica com o especialista assistente do trabalhador sempre que julgar necessário e propor mudanças no contexto do trabalho, quando indicadas, com vistas ao melhor resultado do tratamento.

**§ 1º** – Quando requerido pelo paciente, deve o médico pôr à sua disposição ou à de seu representante legal tudo o que se refira ao seu atendimento, em especial cópia dos exames e do prontuário médico.

**§ 2º** – Na elaboração do atestado médico, deve o médico assistente observar o contido na Resolução CFM nº 1.658/2002, alterada pela Resolução CFM nº 1.851/2008.

**§ 3º** – O médico do trabalho pode discordar dos termos de atestado médico emitido por outro médico, desde que justifique a discordância, após o devido exame clínico do trabalhador, assumindo a responsabilidade pelas consequências do seu ato.

**§ 4º** – O médico do trabalho, ao ser solicitado pelo médico assistente do trabalhador, deverá produzir relatório com descrição dos riscos ocupacionais e da organização do trabalho e entregá-lo ao trabalhador ou ao seu responsável legal, em envelope lacrado endereçado ao médico solicitante, de forma confidencial.

**§ 5º** – O médico assistente ou especialista, ao ser solicitado pelo médico do trabalho, deverá produzir relatório ou parecer com descrição dos achados clínicos, prognóstico, tratamento e exames complementares realizados que possam estar relacionados às queixas do trabalhador e entregar a ele ou ao seu responsável legal, em envelope lacrado endereçado ao médico solicitante, de forma confidencial.

**Art. 2º** – Para o estabelecimento donexo causal entre os transtornos de saúde e as atividades do trabalhador, além da anamnese, do exame clínico (físico e mental), de relatórios e dos exames complementares, é dever do médico considerar:

- I – a história clínica e ocupacional atual e progressa, decisiva em qualquer diagnóstico e/ou investigação denexo causal;
- II – o estudo do local de trabalho;
- III – o estudo da organização do trabalho;
- IV – os dados epidemiológicos;
- V – a literatura científica;
- VI – a ocorrência de quadro clínico ou subclínico em trabalhadores expostos a riscos semelhantes;
- VII – a identificação de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, estressantes e outros;
- VIII – o depoimento e a experiência dos trabalhadores;
- IX – os conhecimentos e as práticas de outras disciplinas e de seus profissionais, sejam ou não da área da saúde.

**Parágrafo único.** Ao médico assistente é vedado determinar nexo causal entre doença e trabalho sem observar o contido neste artigo e seus incisos.

**Art. 3º** – Os médicos do trabalho e os demais médicos que atendem os trabalhadores de empresas e instituições, que admitem trabalhadores independentemente de sua especialidade, devem:

- I – atuar visando essencialmente a promoção da saúde e a prevenção da doença, conhecendo, para tanto, os processos produtivos e o ambiente de trabalho da empresa.
- II – promover o esclarecimento e prestar as orientações necessárias sobre a condição dos trabalhadores com deficiência, idosos e/ou com doenças crônico-degenerativas e gestantes; a inclusão desses no trabalho, participando do processo de adaptação do trabalho ao trabalhador, quando necessário.
- III – dar conhecimento formalmente aos empregadores, aos trabalhadores e às comissões internas de prevenção de acidentes sobre os riscos existentes no ambiente de trabalho, informações da vigilância epidemiológica e outros informes técnicos, desde que resguardado o sigilo profissional.

IV - Notificar, formalmente, o empregador quando da ocorrência ou de sua suspeita de acidente ou doença do trabalho para que a empresa proceda a emissão de Comunicação de Acidente do Trabalho, devendo deixar registrado no prontuário do trabalhador.

V - Notificar formalmente os agravos de notificação compulsória ao órgão competente do Ministério da Saúde quando suspeitar ou comprovar a existência de agravos relacionados ao trabalho, bem como notificar formalmente ao empregador a adoção dos procedimentos cabíveis, independentemente da necessidade de afastar o empregado do trabalho, devendo registrar tudo em prontuário.

**Art. 4º** – Compete ao médico do trabalho avaliar as condições de saúde do trabalhador para determinadas funções e/ou ambientes, propondo sua alocação para trabalhos compatíveis com seu atual estado de saúde, orientando-o e, ao empregador ou chefia imediata, se necessário, em relação ao processo de adaptação do trabalho.

**Art. 5º** – Os médicos do trabalho, como tais reconhecidos por lei, especialmente investido na função de Coordenador do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), estará obrigado a fazer-se presente, com a regularidade que for necessária, nas empresas e em suas filiais para coordenar o referido programa, estando devidamente inscrito nos conselhos regionais de medicina dos estados em que estiver atuando.

**§ 1º** – Os médicos que executam os exames ocupacionais devem observar o contido nos programas instituídos para proteção integral à saúde do trabalhador, devendo ter conhecimento sobre as condições e riscos do trabalho.

**§ 2º** – Ao médico do trabalho da empresa contratante é facultado exigir exames específicos da atividade a ser realizada pelo trabalhador por exposição a risco não contemplado no PCMSO de origem.

**Art. 6º** – É vedado ao médico que presta assistência ao trabalhador:

I- Assinar Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) em branco.

II - Emitir ASO sem que tenha realizado o exame médico do trabalhador.

III - Emitir ASO sem que esteja familiarizado com os princípios da patologia ocupacional e suas causas, bem como com o ambiente, as condições de trabalho e os riscos a que está ou será exposto cada trabalhador.

IV – Deixar de registrar no prontuário médico do trabalhador todas as informações referentes aos atos médicos praticados.

V – Informar resultados dos exames no ASO.

**Art. 7º** – Conforme as Resoluções do CFM nº 2.007/2013 e nº 2.147/2016, o ambulatório de assistência à saúde do trabalhador deverá ter médico do trabalho com Registro de Qualificação da Especialidade (RQE) como diretor técnico responsável pelo estabelecimento de saúde perante os conselhos regionais de medicina, autoridades sanitárias, ministério público, judiciário e demais autoridades.

**Art. 8º** – Os atestados, relatórios e demais documentos apresentados emitidos por médicos e odontólogos, regularmente inscritos nos seus respectivos conselhos, podem ser considerados pelo médico do trabalho, perito ou junta médica para subsidiar a decisão sobre capacidade laborativa, sendo indispensável proceder a avaliação clínica.

**Art. 9º** – Na contestação de nexos estabelecido pela perícia médica previdenciária, se o médico do trabalho detém elementos de convicção de que não há relação entre o trabalho e o diagnóstico da doença, deverá fazê-lo com critérios técnicos e científicos.

**§ 1º** – Em sua peça de contestação de nexos ao perito médico da Previdência, o médico do trabalho poderá enviar documentação probatória demonstrando que os agravos não possuem nexos com o trabalho exercido pelo trabalhador, tais como:

I – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRa;

II – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO;

III – Perfil Profissiográfico Previdenciário – PPP;

IV – Comunicação de Acidente de Trabalho – CATIV-Lauda Técnico de Condições Ambientais de Trabalho – LTCAT;

V – Programa de Gerenciamento de Riscos – PGR;

VI – Programa de Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção – PCMAT;

VII – análise ergonômica do posto de trabalho, ficha de produtos químicos e outros documentos relacionados às condições de trabalho e pertinentes à contestação poderão ser utilizados, quando necessários; e

VIII – relatórios e documentos médico-ocupacionais, inclusive dados do

prontuário que poderá ser usado nos casos em que a contestação depender daquelas informações e enviá-las em caráter confidencial ao perito previdenciário.

**§ 2º** – A hierarquização de informações para que, no caso de contestação de nexo de causa realizado pelo médico que atende trabalhadores, seja priorizado o uso de informações não confidenciais, que comprovem as medidas de proteção e promoção à saúde dos trabalhadores.

**§ 3º** – Por ocasião do encaminhamento do trabalhador à perícia previdenciária inicial, deve o médico do trabalho entregar relatório médico ao trabalhador com a descrição das condições em que se deu o acidente ou agravo.

**Art. 10.** Em ações judiciais, a cópia do prontuário médico, de exames complementares ou outros documentos poderão ser liberados por autorização do paciente ou dever legal.

**Art. 11.** O médico de empresa, o médico responsável por qualquer programa de controle de saúde ocupacional de empresa e o médico participante do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho podem atuar como assistente técnico nos casos envolvendo a empresa contratante e/ou seus assistidos desde que observem os preceitos éticos.

**§ 1º** – No desempenho dessa função no Tribunal, o médico deverá agir de acordo com sua livre consciência, nos exatos termos dos princípios, direitos e vedações previstas no Código de Ética Médica.

**§ 2º** – Existindo relação médico-paciente, permanecerá a vedação estabelecida no Código de Ética Médica vigente, sem prejuízo do contido no § 1º.

**Art. 12.** Ao médico do trabalho responsável pelo PCMSO da empresa e ao médico participante do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) é vedado atuar como peritos judiciais, securitários ou previdenciários nos casos que envolvam a firma contratante e/ou seus assistidos, atuais ou passados.

**Art. 13.** São atribuições e deveres do médico perito judicial e assistentes técnicos:

- I – examinar clinicamente o trabalhador e solicitar os exames complementares, se necessários;
- II – o médico perito judicial e assistentes técnicos, ao vistoriarem o local de trabalho, devem fazer-se acompanhar, se possível, pelo próprio trabalhador

que está sendo objeto da perícia, para melhor conhecimento do seu ambiente de trabalho e função;

III – estabelecer o nexo causal, considerando o exposto no artigo 2º e incisos (redação aprovada pela Resolução CFM nº 1.940/2010) e tal como determina a Lei nº 12.842/2013, ato privativo do médico.

**Art. 14.** A perícia com fins de determinação de nexo causal, avaliação de capacidade laborativa/aptidão, avaliação de sequela/valoração do dano corporal, requer atestação de saúde, definição do prognóstico referente ao diagnóstico nosológico, o que é, legalmente, ato privativo do médico.

**Parágrafo único.** É vedado ao médico perito permitir a presença de assistente técnico não médico durante o ato médico pericial.

**Art. 15.** Em ações judiciais, o médico perito poderá peticionar ao Juízo que officie o estabelecimento de saúde ou o médico assistente para anexar cópia do prontuário do periciado, em envelope lacrado e em caráter confidencial.

**Art. 16.** Esta Resolução não se aplica aos médicos peritos previdenciários cuja atuação possui legislação própria, ressalvando-se as questões éticas do exercício profissional.

**Art. 17.** Revoga-se a Resolução CFM nº 1.488 publicada no Diário Oficial da União em 6 de março de 1998, Seção I, página 150, e as disposições em contrário.

**Art. 18.** Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 21 de junho de 2018.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA

*Presidente*

HENRIQUE BATISTA E SILVA

*Secretário-geral*

## **EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.183/2018**

O trabalho é muito mais que um meio de subsistência do indivíduo e de sua família, é também um meio de desenvolver potencialidades, elevar a autoestima, sentir-se útil à sociedade e conquistar o respeito e admiração de seus pares, amigos e familiares (Rocha, 2012). Assim o é, que o prazer é um dos objetivos do trabalhar,

assinalou Ferreira e Mendes (2001). Ele resulta do sentir-se útil, produtivo e aparece inseparável dos sentimentos de valorização e reconhecimento. Todavia, o trabalho também é um dos determinantes sociais de saúde (DSS): estes incluem as condições mais gerais socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade e relacionam-se com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2014).

A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Assim, quando o trabalhador é exposto aos riscos ocupacionais e da organização do trabalho, sem que medidas protetivas a sua saúde sejam adotadas, ele pode adoecer.

Em 1700, em seu célebre livro, *De morbis artificum diatriba*, traduzido para o português como “As doenças dos trabalhadores”, Bernardino Ramazzini descreve como deve ser a postura do médico que atende um trabalhador. Ensinou o mestre Ramazzini: o médico que vai atender um operário não deve se limitar a pôr a mão no pulso, com pressa, sem informar-se de suas condições; não delibere de pé sobre o que convém ou não fazer [...]; deve sentar-se com a dignidade de um juiz, ainda que não seja em cadeira dourada... sente-se mesmo num banco, examine o paciente com fisionomia alegre e observe detidamente o que ele necessita dos seus conselhos médicos e dos seus cuidados preciosos... e quando visitares um doente convém perguntar-lhe o que sente, qual a causa, desde quantos dias, se seu ventre funciona e que alimento ingeriu; a estas interrogações devia-se acrescentar outra: e que arte exerce?

Em 1830, Robert Dernham, proprietário de uma indústria têxtil, preocupado com as péssimas condições de saúde dos seus trabalhadores, procurou Robert Baker, médico inglês, pedindo-lhe orientação. Obteve a seguinte resposta:

Coloque no interior da sua fábrica o seu próprio médico, que servirá de intermediário entre você, os seus trabalhadores e o público. Deixe-o visitar a fábrica, sala por sala, sempre que existam pessoas trabalhando, de maneira que ele possa verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores está sofrendo a influência de causas que possam ser prevenidas, a ele competirá fazer tal prevenção.

Para os cerca de 40 milhões de trabalhadores da economia formal, o médico do trabalho é, na maioria das vezes, o primeiro e único acesso à assistência à saúde; todavia, o trabalhador também é atendido por médicos generalistas e por especialistas de outras áreas.

O médico do trabalho é o especialista que detém o conhecimento sobre os aspectos clínico-epidemiológicos das diversas entidades nosológicas e de suas possíveis relações com as atividades laborativas desempenhadas pelos trabalhadores. Nesse contexto, o médico e o trabalhador, contratados pelo empregador, experimentam uma relação de confiança “médico-paciente/trabalhador” que não pode em nenhuma circunstância ser violada por terceiros.

O médico assistente ou especialista e o médico do trabalho podem, com anuência do trabalhador, realizar discussão clínica acerca dos achados clínicos, do prognóstico, do tratamento e dos exames complementares realizados que possam estar relacionados ao contexto do trabalho com a finalidade de promover mudanças e adaptações necessárias para prevenir doenças e/ou agravamento de seu estado clínico.

Essa relação de confiança promove a adesão dos trabalhadores e sua participação ativa dos mesmos nos programas de prevenção e promoção à saúde instituídos pelo médico do trabalho. Ainda nessa esteira, o médico do trabalho, com a anuência do trabalhador, poderá, em conjunto com o médico assistente, realizar discussões clínicas e conduzir as mudanças necessárias, no contexto do trabalho, com vistas à melhor resposta terapêutica do trabalhador.

Desde a publicação da Resolução nº 1.488, em 11 de fevereiro de 1998, diversas mudanças no mundo do trabalho, dos diplomas legais vigentes no país e dilemas éticos vivenciados ensejaram a atualização da referida Resolução.

Ao definir com clareza os deveres de conduta dos médicos do trabalho e demais médicos no atendimento ao trabalhador, o CFM, enquanto órgão máximo da fiscalização do exercício profissional, se apresenta aos trabalhadores e para toda a sociedade como fiel guardião da boa prática da medicina.

O objetivo desta Resolução é nortear o atendimento ao trabalhador, sendo seus pilares de sustentação:

- 1) a ética;
- 2) os aspectos técnicos e científicos; e
- 3) a legalidade.

É insofismável, pois, que o alicerce desta Resolução está no inciso II dos Princípios Fundamentais – 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.

Alguns questionamentos recebidos e julgamentos realizados pelo CFM motivaram a publicação de pareceres e, também, de notas técnicas da Coordenação Jurídica do CFM, sendo necessário recepcionar a essência de cada documento, em uma nova Resolução. Tais questionamentos e julgamentos versaram sobre inúmeros temas e alguns dilemas éticos: a emissão de atestados de saúde ocupacional por médicos sem qualquer conhecimento sobre saúde do trabalhador; a elaboração do PCMSO sem o necessário estudo das condições de trabalho e identificação dos riscos aos quais estão expostos os trabalhadores; a disponibilização de prontuários dos trabalhadores aos departamentos jurídicos e administrativos das empresas para contestação de nexos previdenciário ou fundamentação de defesa em ações trabalhistas; a coordenação de serviço especializado por médico sem Registro de Qualificação de Especialidade em Medicina do Trabalho; a omissão do médico diante do trabalhador deficiente cujo trabalho requer adaptação; a designação de médico do trabalho da empresa como assistente técnico em ações trabalhistas e da participação de profissionais não médicos em atos privativos de médicos.

Para a construção desta Resolução, além do Código de Ética Médica, foram considerados textos de estudo basilares: as Convenções da organização Internacional do Trabalho (OIT) nº 155 e nº 161, bem como o Código de Ética da International Commission on Occupational Health (ICOH).

Não obstante as mudanças necessárias terem sido levadas a termo após amplo debate, ricas contribuições e aprovação unânime dos membros da Câmara Técnica de Medicina do Trabalho, a Coordenação Jurídica do CFM procedeu detalhada análise sob os aspectos legais desta Resolução.

ROSYLANE NASCIMENTO DAS MERCÊS ROCHA

*Conselheira-relatora*

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.183/2018

Resolução aprovada na sessão plenária de 21/06/2018

Publicada no D.O.U. em 21 de setembro de 2018, Seção I, p. 206

## ATUALIZADA NORMA QUE INSTITUI AS COMENDAS A SEREM CONCEDIDAS ÀS PERSONALIDADES MÉDICAS PELO CFM

UPDATED STANDARD ESTABLISHING THE COMMENDATIONS TO  
BE GRANTED TO MEDICAL PERSONALITIES BY CFM

CFM \*

**Palavras-chave** – *Comenda, personalidades, homenagem, regimento.*

**Keywords** – *Commendation, personalities, homage, regiment.*

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

**CONSIDERANDO** a necessidade de instituir um laurel destinado a distinguir personalidades médicas que tenham contribuído para o engrandecimento da medicina nos planos nacional e mundial;

**CONSIDERANDO** a possibilidade legal de criação de medalhas, prêmios e outras distinções honoríficas por entidades e instituições privadas;

**CONSIDERANDO** o trabalho dos profissionais que, ao longo dos anos, têm exercido a medicina com ética e profissionalismo nos planos nacional e mundial;

**CONSIDERANDO** que os médicos que dão nome às comendas ora criadas honraram e dignificaram a medicina em suas respectivas áreas, sendo reconhecidos e respeitados nacional e mundialmente;

---

\*Conselho Federal de Medicina.

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido na sessão plenária realizada em 23 de agosto de 2018,

**RESOLVE:**

**Art. 1º** – Instituir as comendas:

» MOACYR SCLiar DE MEDICINA, LITERATURA E ARTE

» SÉRGIO AROUCA, DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

» ZILDA ARNS NEUMANN, DE MEDICINA E RESPONSABILIDADE SOCIAL

» MARIO RIGATTO DE MEDICINA E HUMANIDADES

» FERNANDO FIGUEIRA, DE MEDICINA E ENSINO MÉDICO

» OSWALDO CRUZ DE MEDICINA E PESQUISA

» CLEMENTINO FRAGA FILHO, DE MEDICINA E ASSISTÊNCIA, a serem concedidas às personalidades médicas que tenham contribuído para o bom nome da medicina e das humanidades, honrando e dignificando a profissão.

**Art. 2º** – As comendas serão concedidas em evento a ser promovido pelo CFM, agraciando médicos que se destacaram nas áreas referidas no artigo anterior.

**Art. 3º** – As características das comendas, os critérios de escolha, bem como os procedimentos a serem adotados para a realização do evento serão estabelecidos por uma comissão eleita pelo plenário do Conselho Federal de Medicina (CFM) e constarão no Regimento Interno da referida comissão.

**Art. 4º** – Os nomes dos escolhidos para receber as comendas serão aprovados em sessão plenária, 60 (sessenta) dias antes do evento.

**Art. 5º** – Revoga-se a Resolução CFM nº 1.972/2011.

**Art. 6º** – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 23 de agosto de 2018.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA

*Presidente*

HENRIQUE BATISTA E SILVA

*Secretário-geral*

## EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.213/2018

Nos termos do art. 2º da Lei nº 3.268/1957, é essencial destacar que o CFM e os conselhos regionais de medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

Nesse sentido, a atribuição judicante dos conselhos de medicina está justificada na previsão legal de “zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente”.

Portanto, no sentido de zelar pelo prestígio e bom conceito da profissão, entre outras atividades, o CFM decidiu instituir a concessão de comendas para aqueles profissionais médicos e/ou instituições que “tenham contribuído para o bom nome da medicina, honrando e dignificando a profissão” (art. 1º, parte final).

Portanto, ao instituir as comendas Zilda Arns (Medicina e Responsabilidade Social), Sérgio Arouca (Medicina e Saúde Pública), Moacyr Scliar (Medicina, Literatura e Artes), Mario Rigatto (Medicina e Humanidades), Fernando Figueira (Medicina e Ensino Médico), Oswaldo Cruz (Medicina e Pesquisa) e Clementino Fraga Filho (Medicina e Assistência), o CFM trabalha, por todos os meios, pelo prestígio e bom conceito da profissão, pois os médicos que dão nome às comendas são ilustres figuras da medicina brasileira.

Os perfis dos médicos que nomeiam as comendas são amplamente ligados às áreas homenageadas e exaltadas, quais sejam: a responsabilidade social, a saúde pública e a medicina, literatura e artes, as humanidades e a pesquisa. Em momento algum se deseja fomentar a rivalidade entre médicos, sendo sua verdadeira intenção exaltar a medicina como um todo.

HENRIQUE BATISTA E SILVA

*Conselheiro Relator*

**CONFIRA:** REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO ESPECIAL DE CONCESSÃO DE COMENDAS  
Estabelece normas de funcionamento da Comissão Especial de Concessão de Comendas e dá outras providências.

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.213/2018

Resolução aprovada na sessão plenária de 23 de agosto de 2018.

Publicada no D.O.U em 03 de outubro de 2018, Seção I, p. 3

## **PACIENTE SOROPOSITIVO E O SIGILO MÉDICO**

SOROPOSITIVE PATIENT AND MEDICAL TRAINEE

*José Fernando Maia Vinagre \**

**Palavras-chave** – *Sigilo, doença transmissível, risco, dever médico, ética.*

**Keywords** – *Stealth, communicable disease, risk, medical duty, ethics.*

### **EMENTA**

Em casos de motivo justo e dever legal, o médico está respaldado ética e legalmente a revelar o sigilo do paciente.

### **DA CONSULTA**

*Ao Conselho Federal de Medicina, solicitamos parecer no relato que segue: Trata-se de paciente, sexo feminino, 32 anos, sabidamente soropositiva (-11v+). Notificada soropositiva em data específica, em outro município, antes do atual relacionamento conjugal. A paciente realizou pré-natal de alto risco e está em acompanhamento com infectologista (em cidade catarinense); até então eu pensava que o cônjuge tinha sido chamado pela equipe referência em infectologia. Observe-se que não estamos acompanhando o*

---

\*Conselheiro relator do Conselho Federal de Medicina

*tratamento da paciente. Ela evita a unidade básica de saúde (última consulta na unidade básica de saúde, no puerpério). Tomamos conhecimento de que a paciente está omitindo ao cônjuge sua situação sorológica, e que a equipe referência não convocou o cônjuge. Segundo o infectologista 1, “há probabilidade de a paciente abandonar o tratamento, caso chame o cônjuge contra sua vontade”. Foram realizadas, pela unidade básica de saúde, reiteradas tentativas de convencimento para a paciente comunicar ou trazer o cônjuge em consulta para lhe comunicar a situação, porém sem êxito). A questão é que a paciente nega comunicar ao cônjuge seu estado sorológico.*

*Visto que ela está cerceando o cônjuge de um possível tratamento (caso ele seja soropositivo), cito duas resoluções do Conselho Federal de Medicina sobre sigilo médico: CFM nº 1.359/92, que foi revogada pela Resolução CFM nº 1.665/2003. Dificuldades encontradas pela Unidade Básica de Saúde (UBS) para abordagem do cônjuge: cônjuge não possui telefone próprio; cônjuge nunca consultou comigo nesta unidade de saúde; a esposa não transmite os recados (convocações); a paciente evita contato com a UBS.*

*Diante do exposto, solicito parecer, para melhor conduta do caso, em relação a: quebra do sigilo médico; a quebra do sigilo poderá ser feita de forma ativa? Ou seja, procurar o cônjuge? Não estaríamos sendo invasivos? Em caso de procura ativa ao cônjuge, qual a melhor forma de abordá-lo, visando preservar sua privacidade? Não procurar o cônjuge de forma ativa fica caracterizado como negligência médica? A quebra do sigilo poderá ser feita apenas de forma passiva? Ou seja, caso haja interesse do cônjuge ou ele “procure saber”? Visto que não foi a UBS quem notificou, e que o tratamento é realizado em município referência, ou seja, a unidade básica apenas possui a informação da situação sorológica da paciente; em caso de ser dever legal, a quebra do sigilo médico deverá ser feita pela UBS ou pela referência (infectologia) que acompanha a paciente?*

## **PARECER**

A consulta inicialmente passou pela análise da Diretoria do Conselho Federal de Medicina (CFM), que decidiu pela elaboração de uma recomendação, inclusive com aprovação posterior da plenária.

A Coordenação Jurídica (COJUR) do CFM, após avaliar a consulta, elaborou o Despacho nº 466/2017, abaixo transcrito:

### **“II — Da Análise Jurídica**

De início, esclarecemos que a matéria trata de caso concreto e técnico, estritamente

relacionado com a ética médica, razão pela qual a abordagem será feita apenas em tese sobre os fatos, para evitar supressão de instância.

Dentro desta perspectiva, temos que o Código de Ética Médica trata do sigilo médico nos artigos 73 a 79, vedando a revelação de fato de que tenha conhecimento em virtude de sua profissão.

Contudo, esse artigo contém exceção à vedação quando se tratar de motivo justo, dever legal ou consentimento escrito do paciente, senão vejamos:

**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:

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

O Código Civil trata da matéria no mesmo sentido e dispõe que não constitui ato ilícito o ato praticado no exercício regular de um direito, vejamos:

**Art. 188.** Não constituem atos ilícitos:

**I – os praticados em legítima defesa ou no exercício regular de um direito reconhecido;**

- a deterioração ou destruição da coisa alheia, ou a lesão a pessoa, a fim de remover perigo iminente.

**Parágrafo único.** No caso do inciso II, o ato será legítimo somente quando as circunstâncias o tornarem absolutamente necessárias, não excedendo os limites do indispensável para a remoção do perigo.

Esclarecemos que o caso concreto dependerá da análise da situação concreta e das provas a serem produzidas no decorrer do processo, inclusive se a eventual quebra do sigilo médico ocorreu de acordo com a legislação.

A quebra do sigilo médico também passa pela análise da responsabilização penal

do médico envolvido e das exceções legais que permitam a violação do sigilo, conforme disposto nos artigos 154 e 23 do Código Penal a seguir transcritos:

**Art. 154** – Revelar [a] alguém, **sem justa causa**, segredo de que tenha ciência, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem.

**Art. 23** – **Não há crime quando o agente pratica o fato:**

I – em estado de necessidade;

II – em legítima defesa;

**III – em estrito cumprimento de dever legal ou no exercício regular de direito.**

(Grifamos)

O Código Penal também considera crime expor alguém, por meio de relações sexuais, a contágio de moléstia venérea, de que sabe ou deva saber que contaminado, vejamos:

**Art. 130** – **Expor alguém, por meio de relações sexuais ou qualquer ato libidinoso, a contágio de moléstia venérea, de que sabe ou deve saber que está contaminado;**

**Art. 131** – Praticar, com o fim de transmitir a outrem moléstia grave de que está contaminado, ato capaz de produzir o contágio;

**Art. 132** – **Expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente.**

(Grifamos)

Em relação especificamente ao médico, o Código Penal considera crime de omissão de notificação de doença quando o médico deixa de comunicar doença cuja notificação é compulsória, nos termos do artigo 269:

**Omissão de notificação de doença**

**Art. 269** – Deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória:

Pena – detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Por fim, o Ministério da Saúde editou a Lista Nacional de Notificação de Compulsória, por meio da Portaria MS nº 204/2016, norma complementar ao artigo 269 do CP, e estabeleceu, em seu anexo, que o HIV é doença de notificação compulsória, senão vejamos:

**Art. 3º – A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.**

2) 1º A notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo, de acordo com o determinado no anexo, observando-se, também, as normas técnicas estabelecidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

§ 2º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também será feita pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

ANEXO - Lista Nacional de Notificação Compulsória

26- HIV/AIDS - Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana ou síndrome da imunodeficiência adquirida.

27- Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV.

28 - Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Assim, combinando os artigos citados, podemos concluir que poderá ser considerado crime, previsto no artigo 154 do Código Penal, a violação de um segredo que tenha sido obtido em função da profissão, desde que sem justa causa. Já a justa causa está prevista no artigo 269 do CP, sendo o HIV doença incluída na Lista de Notificação Compulsória.

Ressaltamos que não existe direito absoluto, inclusive o direito à intimidade que, neste caso, é preterido pelo interesse público em proteger a saúde pública.

Contudo, frisamos que somente com a análise do caso concreto poderá ser definido qual direito deverá preponderar, o que não pode ser realizado neste parecer.

### III - DA CONCLUSÃO DO PARECER JURÍDICO:

7-Pelo exposto, tendo em vista que tanto o Código de Ética Médica quanto o Código

Penal preveem que a revelação de um segredo obtido em virtude do exercício da profissão será considerada ilícito ético e crime, respectivamente, salvo por motivo justo e considerando que o artigo 269 do Código Penal define como crime o médico deixar de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória, podemos concluir, em tese, que o médico está obrigado e respaldado pela legislação a comunicação à autoridade pública da ocorrência do HIV.

Também pode ser considerado crime expor alguém, por meio de relações sexuais, a contágio de moléstia venérea, de que sabe ou deva saber que está contaminado, conforme disposto no artigo 130 do CP (...)."

## CONCLUSÃO

Com o parecer elaborado pela COJUR CFM, que passou pela avaliação da Diretoria do CFM tendo sido decidido a elaboração de parecer e não recomendação, fica claro no artigo 73 do Código de Ética Médica que o médico, nos casos de motivo justo e dever legal, está respaldado em revelar fato que tenha tido conhecimento no seu exercício profissional, incluindo os casos de doenças de notificação compulsória.

Fica claro também que, pelo Artigo 269 do Código Penal, é considerado crime o médico deixar de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória.

Em referência ao caso citado na consulta, justifica-se a quebra do sigilo, por motivo justo pelos médicos envolvidos no atendimento, ao comunicar ao cônjuge da paciente sua condição de saúde com fundamento no princípio bioético da não maleficência.

É o parecer, SMJ.

Brasília, DF, 24 de agosto de 2018.

JOSÉ FERNANDO MAIA VINAGRE

*Conselheiro Relator*

PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 2/2018

PARECER CFM Nº 27/2018

Aprovado e Homologado

Reunião Plenária de 24 de agosto de 2018.

## **CONCURSO PÚBLICO PARA MÉDICO CLÍNICO GERAL E EXIGÊNCIA DE ESPECIALIDADE**

PUBLIC TENDER FOR GENERAL PRACTITIONER AND SPECIALTY REQUIREMENT

*Hermann Alexandre Vivacqua von Tiesenhausen \**

**Palavras-chave** – *Concurso público, requisitos, edital, nomenclatura, função, especialidade médica.*

**Keywords** – *Public tender, requirements, edital, nomenclature, function, medical specialty.*

### **EMENTA**

Concurso público. Exigência no Edital de Registro de Qualificação de Especialista. Norma consagrada em Resolução própria do Conselho Federal de Medicina.

### **DA CONSULTA**

*“Fiz o concurso do estado de Rondônia em 2009 para o cargo de médico clínico geral, fui convocado em 2010 e, ao tentar tomar posse, a atendente me mostrou um parecer do CRM-RO (Cremero), que falava que o médico clínico geral, para assumir o concurso, deve ter Residência Médica ou especialização com 360h. Eu desconheço especialização ou Residência Médica em clínica geral. Julgo que, se o médico clínico geral não pode assumir o cargo de clínico geral sem tal Residência ou especialização, também não poderá exercer como médico clínico geral. É fato que o Cremero é uma autarquia federal subordinada ao Conselho Federal de*

---

\*Conselheiro relator do Conselho Federal de Medicina

*Medicina (CFM), e estou certo de que este parecer não é o que julga o CFM, e sim um parecer isolado do Cremero. Eu gostaria de um parecer sobre o referido."*

## **DO PARECER**

Importante para a análise da presente consulta que, após seu encaminhamento, o Conselho Federal de Medicina (CFM) oficiou ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Rondônia (Cremero) solicitando posicionamento, sendo respondido através de ofício, *in verbis*:

*"Este Cremero, quando da publicação do Edital nº 149/GDRH/SEAD, do estado de Rondônia, para contratação de médicos com especialidades, observou que a exigência para a comprovação da especialidade, constante do referido Edital, estava em desacordo com o que determina as normas emanadas pelo CFM.*

*Em visto disso, solicitou ao secretário de administração do estado sua retificação, adequando-o ao que determina o CFM, cópia do Ofício nº 811/2009.*

*Através do Ofício nº 2.971/GDRH/GAB/SEAD, a Secretaria de Administração nos informou o atendimento da solicitação deste Regional, bem como do envio do Edital nº 178/GDRH/SEAD, retificado. Tal retificação foi devidamente inserida no site da Fundação Professor Carlos Augusto Bittencourt (Funcab), como observado na página da internet.*

*Como se vê do Edital retificado, constata-se à página 9 que, também para o médico clínico geral, exigiram-se, além do diploma em medicina e registro no órgão de classe, Residência Médica ou título de especialista (convênio CFM/AMB/CNRM), ou seja, a especialidade, que neste caso é a clínica médica.*

*De forma que é um requisito previsto no Edital para que o médico, clínico geral, tenha a especialidade, que só pode ser aferida mediante Residência Médica ou pela obtenção do título de especialista em clínica médica expedido pela CNRM/AMB, mediante aprovação em concurso de provas e títulos, conforme prevê a Resolução CFM nº 1.485/2008.*

*Foi isto o que informou este CRM quando questionado pela Secretaria Estadual de Administração sobre qual seria a especialidade correlacionada ao médico clínico geral, sendo que tal informação se deu mediante ofício e não por parecer.*

*Observa-se que o Edital retificado difere do original ao excluir especialização de 360 horas na área a que concorre, uma vez que nessa condição não afere o título, uma vez que a especialidade deve obedecer ao que determina a já citada Resolução.*

*Veja que tal impasse já foi objeto de um pedido de esclarecimento diretamente ao CFM, cuja resposta consta do Ofício nº 1.860/2011, esclarecendo que, se o objetivo do concurso é contratar médico especialista, a denominação para o médico clínico geral deverá ser a clínica médica.*

*O que se pode deduzir do expediente anexado é que o interessado não observou a retificação do Edital, que passou a exigir, para todos os cargos de médico, a especialidade, inclusive para o médico clínico geral.*

*Evidentemente, para o simples exercício da medicina, carece apenas da graduação e registro no Conselho de Classe, como prevê a Lei nº 1.067/2002, além de responsabilizar-se pelo ato que praticar. Porém, se há o requisito para uma específica especialidade médica, requer ainda que o profissional médico detenha o título de especialista e determinada área ou a Residência Médica, também registrada no Órgão de Classe, consoante os critérios elencados pela Resolução já citada.*

*Convém reforçar que o requisito da especialidade é uma exigência contida no Edital, e ao Conselho coube apenas esclarecer ao estado que, para o médico clínico geral, a especialidade é a clínica médica.”*

Junto à resposta ao posicionamento foi encaminhado cópia do Edital do concurso, datado de 22/4/2009, que, entre outros, consta médico clínico geral, graduação em medicina e Residência Médica ou especialização (360 horas) na área, a que concorre, com registro no órgão de classe competente e cópia do Edital retificado datado de 15/5/2009, que, entre outros, consta médico clínico geral, diploma de curso superior em medicina, Residência Médica ou título de especialista (convênio CFM/AMB/CNRM) na área que concorre, registro no órgão de classe competente.

Vale lembrar que a Resolução vigente que trata das especialidades médicas é a Resolução CFM nº 2.162/2017 e o Decreto Presidencial nº 8.516/2015, especificamente em seu art. 4º, que estabelece a Comissão Mista de Especialidades vinculada ao CFM.

## **CONCLUSÃO**

A Resolução CFM nº 1845/2008, vigente à época dos fatos, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas, firmado entre CFM/AMB/CNRM, não tem clínica geral como especialidade reconhecida, assim como não

são reconhecidos pela Comissão Mista de Especialidades cursos de especialização com 360 horas de formação.

Se o intuito do concurso é contratar médico especialista, a denominação deverá ser “clínica médica”. Diante do exposto, fica claro que a manifestação do Cremero, com a retificação parcial do Edital pela Secretaria de Administração do Estado de Rondônia, vai ao encontro da interpretação das normas do CFM, no que se refere a justificação de especialidades.

É o parecer, SMJ.

Brasília, DF, 27 de setembro de 2018.

HERMANN ALEXANDRE VIVACQUA VON TIESENHAUSEN

*Conselheiro-relator*

PROCESSO-CONSULTA CFM nº 27/2011

PARECER CFM nº 28/2018

Aprovado e Homologado

Sessão Plenária de 27 de setembro de 2018.

## **INCLUSÃO DE COMENTÁRIOS EM LAUDOS DE EXAMES LABORATORIAIS**

INCLUSION OF COMMENTS IN REPORTS OF LABORATORY TESTS

*Hermann Alexandre Vivacqua von Tiesenhausen \**

**Palavras-chave** – *Exame, laudo, laboratorial, vigilância, observação médica.*

**Keywords** – *Examination, report, laboratory, surveillance, medical observation.*

### **EMENTA**

O médico especialista poderá sugerir, no laudo, a realização de outros exames, cabendo ao médico assistente a decisão de solicitá-los.

### **CONSULTA**

O Sindicato dos Laboratórios de Minas Gerais (SindLab) solicita-lhe a gentileza de esclarecer dúvidas dos laboratórios referentes a inclusão no laudo do exame laboratorial comentários com sugestão de solicitação ou de realização de outro exame decorrente de achado laboratorial em um exame, tal como segue aqui exposto:

*“O responsável técnico do laboratório (RT) deve incluir no laudo do exame comentário técnico contendo a sugestão a quem solicitou o exame de que outro exame seja realizado pelo paciente? Por exemplo: na leitura microscópica do sangue, observou a presença de hemácias de morfologia “em alvo”. Decorrente deste achado, o RT deve incluir no laudo*

---

\*Conselheiro relator do Conselho Federal de Medicina

*a sugestão de realização de uma eletroforese de hemoglobina?*

*O RT possui amparo no âmbito profissional para omitir do laudo do exame este tipo de comentário? E para incluir?*

*A não inclusão deste tipo de comentário no laudo é indício de rompimento das normas e condutas éticas profissionais? Pode mencionar que é a norma ética que sempre ampara tal afirmativa e em que artigo dela se encontra a evidência?*

*Configurada a exclusão deste tipo de comentário no laudo por evidência objetiva do próprio não a conter, como orienta o DT do laboratório a agir?*

*Considerando que a norma sanitária RDC Anvisa 302/2005 contém requisitos mínimos para os itens de um laudo laboratorial e que deste é o comentário, 6.3.3, letra “n”, observações pertinentes, este tipo de comentário deveria estar incluindo quando ocorresse. No entanto, a falta de inclusão, neste campo ou em outro, poderá configurar perda de segurança para o paciente. Neste caso, é do entendimento que a fiscalização do Conselho Regional de Medicina deve inspecionar esta prática e comunicar à vigilância sanitária o verificado ou pode não fazer isso?”*

## **DO PARECER**

A Resolução Anvisa/DC 302/2005, que dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento de laboratórios clínicos, estabelece no seu item 6, “Processos operacionais”, 6.3.3, letra “n”, que o laudo deve conter no mínimo os seguintes itens: observações pertinentes além de 6.3.6 de que o responsável pela liberação do laudo pode adicionar comentários de interpretação ao texto do laboratório de apoio, considerando o estado do paciente e o contexto global dos seus exames.

Por outro lado, a Resolução CFM nº 813/1977 determina que os resultados das pesquisas clínicas nas áreas de patologia clínica, citologia, anatomia patológica, imuno-hematologia, radiologia, radioisopatologia e hemoterapia sejam fornecidos sob forma de laudos médicos, firmados pelo médico responsável pela sua execução, que é de exclusiva competência e responsabilidade de quem o executou.

O Parecer CFM nº 47/2003 conclui que é obrigação do médico responsável pela realização de exames subsidiários elaborar laudos com parte expositiva e conclusiva, atendo-se ao que foi examinado; é lícito, quando urgência e emergência e achados que possam modificar condutas terapêuticas, tomar a iniciativa de propor

procedimentos estabelecendo contato com o médico assistente.

O Parecer CFM nº 20/2003 diz que o médico especialista poderá sugerir, no laudo, a realização de outros exames, cabendo ao médico assistente a decisão de solicitá-los. Nesse parecer é citada a ementa do P.C. Cremesp nº 11920/2001, que diz que as sugestões nos exames radiológicos e anatomopatológicos poderão ser feitas através de laudos, desde que tecnicamente justificadas, ficando a indicação do exame sugerido a critério do médico assistente.

No ordenamento ético, o Código de ética médica (CEM) diz que o alvo de toda atenção do médico é a saúde do paciente, pelo qual deve-se fazer o melhor do conhecimento, além do contido no artigo 32, em que é vedado ao médico deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento em favor do paciente.

### **DA CONCLUSÃO**

Pelo exposto, conclui-se que a colocação de comentários nos resultados de exames não confronta norma sanitária, muito menos o CEM, visto que a Resolução CFM nº 813/1977 não veda essa prática, que deverá ser feita com base científica, trazendo benefício para o médico solicitante, o qual poderá acatá-la ou não, sempre em favor do paciente.

No que se refere à fiscalização dos CRMs, ao se tomar ciência de que o médico que realiza os exames e emite os laudos esteja exagerando a gravidade do diagnóstico (artigo 35 do CEM), deverá ser instaurado procedimento administrativo para apuração dos fatos.

É o parecer, SMJ.

Brasília, DF, 27 de setembro de 2018.

HERMANN ALEXANDRE VIVACQUA VON TIESENHAUSEN  
*Conselheiro-relator*

PROCESSO-CONSULTA CFM nº 46/2016  
PARECER CFM nº 29/2018  
Aprovado e Homologado  
Sessão plenária de 27 de setembro de 2018.

## **MEDICAÇÃO “OFF LABEL” POR DEMANDA JUDICIAL**

OFF-LABEL MEDICATION BY COURT ACTION

*Fernando Cesar Abib \**

**Palavras-chave** – *Medicamentos, prescrição, ato médico, ética, demanda judicial, autonomia.*

**Keywords** – *Medication, prescription, medical act, ethics, lawsuit, autonomy.*

### **EMENTA**

O médico pode recusar a realização de atos médicos, que embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência. Considerando que os profissionais investidos em funções do Poder Judiciário não são iniciados na arte da Medicina, o médico uma vez solicitado, formalmente, deve responder às suas indagações, pois assume função de assistente técnico destas autoridades. O médico se responsabilizará pelos seus atos realizados.

### **CONSULTA**

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, médico formula consulta com o seguinte teor:

---

\*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

*“Solicito parecer. Assunto: utilização de medicação “off label”, não prescrita pelo médico assistente, nos pacientes do SUS e consórcio intermunicipal de saúde, por DEMANDA JUDICIAL, com os seguintes questionamentos:*

- 1. Sou obrigado a aceitar (receber e aplicar) medicação que não prescrevi?*
- 2. Devo aplicar a medicação off-label, que não prescrevi, a qual tenho que fracionar, cuja origem, transporte e armazenamento e conservação e refrigeração desconheço?*
- 3. Tenho que ficar respondendo às indagações da Defensoria Pública, Ministério Público, etc... sobre o assunto, uma vez que já padronizamos uma medicação eficaz e que consta em bula o uso oftalmológico?*
- 4. Caso ocorra algum efeito adverso da medicação que não prescrevi, que não tenho conhecimento da origem, armazenamento, transporte, etc., serei responsabilizado legalmente pelo uso desta medicação? E de seus efeitos adversos e consequências que possam ocorrer?*
- 5. Cabe cobrança adicional ao código: 04.05.03.005-0 injeção intravítreo? Uma vez que no sistema SIGTAP valores: [http:// sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0405030053/05/2018 ...](http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0405030053/05/2018...)”.*

## **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

Do medicamento, da indicação e do uso:

A Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI) é a principal causa de perda visual, em pessoas com mais de 50 anos. Há dois tipos de degeneração macular: seca e exsudativa. Na forma exsudativa, vasos anormais crescem ocorrendo, extravasando de líquido intravascular, causando distorção e ou baixa visual.

Há outras doenças oculares que causam perda da visão devido ao crescimento anormal de vasos sanguíneos nesta topografia ocular: portadores de alta miopia, histoplasmose, estrias angioides, trauma ocular e, em alguns casos, não há uma causa identificada.

*Avastin* (Bevacizumab) não foi, inicialmente, desenvolvido para tratar doença ocular, mas sim câncer colorretal metastático. Bloqueia o Fator de Crescimento do Endotélio Vascular ou VEGF, impedindo o crescimento dos vasos sanguíneos.

Na Oftalmologia, este medicamento tem sido utilizado para tratar DMRI por ser o VEGF uma das causas das doenças passíveis de tratamento por esta droga. Tem

sido usado também para tratar o edema da mácula na retinopatia diabética e no pós-operatório de cirurgia de catarata.

*Avastin* deve ser administrado, periodicamente, a cada 4 a 6 semanas por meio de injeção intravítreo, sempre em ambiente cirúrgico, com técnicas de antisepsia e assepsia, sob anestesia local. Seus riscos e benefícios no tratamento de doenças oculares não são totalmente conhecidos. Possíveis complicações e efeitos colaterais: descolamento de retina, endoftalmite, catarata, glaucoma secundário e até hipotonia ocular, hemorragia intraocular e lesão de córnea. Todas com potencial de severa perda visual, podendo ser até definitiva.

Os efeitos colaterais menores deste medicamento, também, podem ocorrer devido à administração intraocular, tais como: reações aos colírios anestésicos e à midríase medicamentosa, colírio de iodo-povidona para antisepsia da superfície ocular, dentre outros tais como: dor ocular, hemorragia sub-conjuntival, opacidades vítreas, edema da córnea, inflamação extra e intraocular e distúrbios visuais.

O médico tem a autonomia de escolher a medicação que julgar mais apropriada e segura a ser administrada, ao seu paciente, considerando as indicações preconizadas pelos fabricantes, sempre fundamentadas em estudos científicos que comprovem sua eficácia.

Para ser utilizada, tem sua indicação pelo médico assistente, que a solicita ao fabricante, não sendo prescrita em receituário. As drogas antiangiogênicas não são vendidas em estabelecimentos farmacêuticos convencionais mediante apresentação de receita médica.

Sua aquisição se faz pela instituição médica, onde será realizada e aplicada intravítreo, procedimento tal qual cirurgia, respeitando-se a técnica asséptica e os procedimentos de antisepsia, devido ao potencial risco de infecção e cegueira em caso de contaminação do material ou de sua inefetividade, uma vez que não for corretamente acondicionado e transportado.

Devido ao rigor técnico, em sua conservação, o próprio fabricante a entrega na instituição médica solicitante, responsabilizando-se pelo estado de conservação do medicamento solicitado.

### Do Código de Ética Médica:

#### *Capítulo II - Direitos dos médicos: É direito do médico:*

- I *Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.*
- *Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.*
- IX *Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.*

#### Do preparo e da aplicação de medicação off-label:

*A autorização para seu uso off-label: Resolução do Ministério da Saúde RDC nº 111 de 06.09.2016 dispõe sobre a autorização de uso excepcional, de caráter temporário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), do medicamento Avastin no tratamento da Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI).*

Definição de medicação *off-label*: Parecer CFM 02/2016 define que os procedimentos médicos *off-label* são aqueles em que se utilizam materiais ou fármacos fora das indicações em bula ou protocolos, e sua indicação e prescrição são de responsabilidade do médico. Não compete às Comissões de Ética emitir juízo de valor sobre o uso de *off-label*.

#### Capítulo I - Código de Ética Médica: Princípios fundamentais:

*XIX O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência.*

#### Das respostas aos representantes do Poder Judiciário:

O Capítulo III, da Responsabilidade Profissional, do Código de Ética Médica determina que: é vedado ao médico:

*Art. 17. Deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado.*

*Art. 18. Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.*

Da consequência decorrente dos atos médicos realizados:

Uma vez que o médico realizar a aplicação do medicamento em questão, é válido o que está contido no Capítulo I – Princípios fundamentais do Código de Ética Médica:

*XIX - O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência.*

## CONCLUSÃO

O médico pode recusar a realização de atos médicos, que embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

Considerando que os profissionais investidos em funções do Poder Judiciário não são iniciados na arte da Medicina, o médico uma vez solicitado, formalmente, deve responder às suas indagações, pois assume função de assistente técnico destas autoridades. O médico se responsabilizará pelos seus atos realizados.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 13 de agosto de 2018.

CONS. FERNANDO CESAR ABIB

*Parecerista*

PARECER Nº 2683/2018 - CRM-PR

Aprovado e Homologado

Sessão Plenária nº 4755 de 13/08/2018.

## EXECUÇÃO PELA ENFERMAGEM DE TESTE DO CORAÇÃOZINHO EM RECÉM-NATOS

IMPLEMENTATION BY THE NURSING HEART TEST IN NEWBORNS

Luiz Ernesto Pujol \*

**Palavras-chave** – *Teste do coraçãozinho, recém-natos, ato médico, enfermagem, triagem.*

**Keywords** – *Heart test, newborns, medical act, nursing, screening.*

### CONSULTA

Em e-mail encaminhado a este Conselho Regional de Medicina, médica formula consulta com o seguinte teor: *“Gostaria de saber se o teste do coraçãozinho pode ser feito por enfermeira ou somente pelo médico. Justificativa: Enfermeiras fazendo o teste”.*

### FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O Teste do Coraçãozinho é um dos testes de triagem neonatal, que faz parte do rol de rotinas das maternidades, como o são também os Testes do Pezinho, da Orelhinha e do Olhinho.

O Teste do Coraçãozinho tria, através da aferição do nível de saturação de oxigênio sanguíneo, algumas cardiopatias congênitas, determinando, assim, a necessidade de avaliação, por Cardiologista Pediátrico, e conseqüentemente, mais precoces diagnósticos etiológicos e terapêuticas cabíveis.

---

\*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

Trata-se de um método não invasivo efetuado, entre 24 a 48 horas de vida de recém-nascidos, no qual, se utilizando de Oxímetro de Pulso colocado no membro superior direito e em um dos membros inferiores, se procede a aferição da saturação de oxigênio.

Considera-se o resultado como NORMAL, quando a saturação de oxigênio é igual ou superior a 95% em ambas as medidas (membro superior direito e membro inferior) ou a diferença é menor que 3% entre as duas medidas.

O resultado será considerado ANORMAL, quando a diferença for menor que 95%, ou se detectar uma diferença igual ou maior que 3% entre as medidas do membro superior direito e o membro inferior. Nessas situações, uma nova aferição deverá ser realizada depois de transcorrida uma hora. Caso o resultado se confirme, a avaliação por Cardiologista Pediátrico deverá ser executada.

Este teste apresenta sensibilidade de 75% e especificidade de 99%. Assim sendo, fica evidente que algumas cardiopatias congênitas podem não ser detectadas através dele e, portanto, a realização deste teste não descarta a necessidade de realização de exame físico minucioso e detalhado, por Pediatra ou Neonatologista, em todos os recém-nascidos antes da alta hospitalar.

## CONCLUSÃO

Portanto, fica claro, pelo exposto, que o Teste do Coraçõzinho é um procedimento não invasivo e seguro, indispensável ao benefício de recém-nascidos, podendo ser efetuado por médicos e enfermeiros, os quais devem ter sido, devidamente, treinados para sua execução e interpretação, cabendo-lhes constatar eventual anormalidade e encaminhamento a médico especialista.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 28 de agosto de 2018.

CONS. LUIZ ERNESTO PUJOL

*Parecerista*

PARECER Nº 2688/2018 - CRM-PR

Aprovado e Homologado

Sessão Plenária nº 4767, de 28/08/2018.

## **PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO, PERIGO IMINENTE DE VIDA, RECUSA DE PACIENTE E AUTONOMIA DE MÉDICO**

THERAPEUTIC PROCEDURE, IMMINENT DANGER OF LIFE,  
PATIENT REFUSAL AND PHYSICIAN AUTONOMY

*Jan Walter Stegmann \**

**Palavras-chave** – *Terapêutica, ética, autonomia, perigo de vida, medicamento.*

**Keywords** – *Therapeutics, ethics, autonomy, danger of life, medicine.*

### **EMENTA**

Recusa da paciente gestante e familiar, administração de medicamento classe C na gravidez. Iminente perigo de vida à mãe e graves prejuízos ao feto. Prevalece a indicação médica, considerando os riscos e benefícios e o fato de o médico ter o dever de realizar todo e qualquer procedimento técnico imposto à manutenção da vida.

### **CONSULTA**

NEm correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, médica formula consulta com o seguinte teor:

*“Prezados, encaminhamos o relato de um caso clínico que estamos atendendo no Hospital com as equipes de infectologia e obstetrícia com relação à utilização de um medicamento*

---

\*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

*Classe C para tratamento de CMV. Os riscos do não tratamento para o feto, os quais incluem: (I) risco de infecção congênita da criança, (II) desnutrição pela dificuldade de alimentação desta mãe e (III) alto risco de infecção pelo HIV, uma vez que a paciente não consegue tomar os antirretrovirais, optou-se por solicitar um parecer desta entidade sobre a conduta que deve ser tomada pela equipe de assistência, para a qual os questionamentos da equipe são: 1. Se houver risco eminente de vida da paciente, pode o médico assistente decidir realizar a terapia com uma medicação – Classe C – sem a autorização da família? 2. Frente aos riscos ao feto, abaixo citado, pode o médico assistente decidir realizar a terapia com uma medicação – Classe C – sem a autorização da família? Paciente, 25 anos, portadora de HIV há 8 anos, em uso irregular de Terapia Antirretroviral, gestante de 22 semanas e 3 dias. Deu entrada no hospital com história de odinofagia, cefaleia e febre não aferida havia cinco dias. Odinofagia aumentou progressivamente, impedindo paciente de tomar medicações de uso contínuo e de se alimentar. Cefaleia era leve, holocraniana, sem limitar atividades. Apresenta-se eupneica, sem alterações ao exame físico. Os exames demonstraram infecção esofágica por CMV, sendo iniciada analgesia com ópio. Com os resultados de infecção por CMV discutiu-se a recomendação do início da terapia com o Ganciclovir endovenoso, que trata-se de medicação que se enquadra na categoria C para uso em gestante, considerando que a paciente não se encontra em perigo iminente de vida, decidimos a decisão de iniciar a terapia em conjunto, paciente e família, a qual não autorizou o início da terapia”.*

## **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

Praticamente, todos os remédios são contraindicados, na gravidez, e somente devem ser utilizados sob orientação médica. Para avaliar o risco/benefício que o medicamento pode trazer durante a gravidez, a FDA (*Food and Drug Administration - Agência Federal do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos*) criou uma classificação de risco.

De acordo com a FDA, os medicamentos classificados como risco D ou X estão proibidos durante a gravidez, porque podem causar má formação fetal ou aborto, e os medicamentos desaconselhados para usar durante a gravidez são os de risco B e C devido à ausência de estudos realizados, em mulheres grávidas.

Dessa forma, somente os medicamentos com risco A podem ser usados, durante a gestação, mas sempre sob orientação do obstetra. A informação sobre o risco que o medicamento possui está presente na sua bula.

A FDA define como Categoria C os medicamentos que os estudos em animais têm demonstrado que podem exercer efeitos teratogênicos ou são tóxicos para os embriões, contudo não há estudos controlados em mulheres, ou seja, não há estudos controlados disponíveis em animais, nem em humanos.

Podemos considerar os medicamentos e as substâncias incluídos nessa categoria de prescrição com risco potencial durante a gravidez, todavia o benefício do produto pode justificar a sua utilização, portanto somente usar se o benefício justificar esse risco, que ocorre nas situações de risco de vida, ou em caso de doenças graves, para as quais não se possam utilizar drogas mais seguras, ou se estas drogas não forem eficazes.

O direito à **Integridade Física** é um dos direitos da personalidade tratados pelo atual Código Civil Brasileiro, que estabelece em seu artigo 15: *“Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”*.

As crenças e as convicções do paciente devem ser consideradas e respeitadas. Em obediência ao princípio da **Dignidade da Pessoa Humana**, esculpido na Declaração Universal dos Direitos Humanos e na Constituição Federal do Brasil, a autonomia do paciente deve prevalecer.

A **Resolução CFM Nº 1.995/2012** que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes tem em seu Art. 1º *“Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade”*.

No Art. 2º da mesma Resolução: *“Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade”*. § 1º *“Caso o paciente tenha designado um representante para al fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico”*. § 2º *“O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica”*.

Os Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica constituem-se em recomendações a serem acatadas e seguidas no sentido de bem assistir os pacientes, evitando assim incorrer em faltas éticas e/ou legais.

Deste modo, avaliando os questionamentos formulados pela consulente, trazemos para o momento os seguintes Princípios: Capítulo I - Princípios Fundamentais II:

*“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”.*

V *“Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente”.*

VII *“O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente”.*

VIII *“O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho”.*

XXI *“No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas”.*

Temos de levar em conta também no Código de Ética Médica, o Capítulo II, DIREITOS DOS MÉDICOS, no qual: É direito do médico II - *“Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente”.*

Capítulo IV DIREITOS HUMANOS, É vedado ao médico:

**Art. 22.** *“Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”.* **Art. 23.** *“Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto”.* **Art. 24.** *“Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo”.*

O Capítulo V, que versa sobre RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES, temos que: É vedado ao médico:

**Art. 31.** *“Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte”.* **Art. 32.** *“Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente”.* **Art. 34.** *“Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal”.*

Consequentemente, o ato médico, no caso a administração da medicação, não pode ser realizado de forma a limitar ou impedir o direito do paciente de decidir livremente sobre sua pessoa ou sobre seu bem-estar. Ele tem o direito de recusar um tipo ou modalidade de tratamento, **exceto diante de comprovada situação de iminente perigo de vida.**

O paciente tem o direito reconhecido à informação e cabe ao médico a obrigação de esclarecer o paciente, os familiares, ou representante legal, sobre os riscos e objetivos do tratamento, mostrando as vantagens e desvantagens da intervenção. Para isso, deve usar uma linguagem simples, clara e objetiva, a negativa do paciente, ou de seu representante legal, em realizar o procedimento deve ser registrada em prontuário.

**A autonomia do paciente não se confronta com a indicação médica para procedimentos, prevalecendo a indicação médica quando risco iminente de morte.**

O médico não pode, em nenhuma circunstância, ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

## CONCLUSÃO

A presente consulta trata-se de um caso em que a autora pretende em síntese suplantar a vontade da paciente e de sua família, a fim de que possa realizar um tratamento com o objetivo de reduzir os riscos de vida para o binômio mãe e feto, em relação às patologias HIV e CMV, verifico que a negativa se dá devido à medicação ser de risco (classe C) na gravidez, sendo que o estado de saúde da paciente mostra a necessidade imperiosa de tal medicamento pelos riscos tanto a mãe como ao feto, conforme citados pela médica quando da redação do seu pedido de parecer.

Se há a real necessidade da medicação sob o risco de morte da paciente e prejuízo do feto, a mesma deve ser administrada, pois o médico tem o dever de realizar todo e qualquer procedimento técnico imposto a manutenção da vida.

O Código de Ética Médica define a Medicina como profissão que tem por fim cuidar da saúde do ser humano, tendo o médico o dever de agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional, sendo o médico obrigado a empregar todos os meios disponíveis para salvar a vida dos pacientes, cabendo ao médico optar pelo tratamento que entende ser o mais benéfico e adequado respaldado pelas diretrizes de tratamento e preceitos éticos.

Portanto, pelo exposto anteriormente, em relação aos questionamentos da consulente:

*Se houver risco eminente de vida da paciente, pode o médico assistente decidir realizar a terapia com uma medicação – Classe C – sem a autorização da família?*

*Frente aos riscos ao feto, abaixo citado, pode o médico assistente decidir realizar a terapia com uma medicação – Classe C – sem a autorização da família?*

A resposta é **SIM** aos dois quesitos, visto que apesar de o paciente ter o direito de recusar um tipo ou modalidade de tratamento, porém diante de comprovada situação de iminente perigo de vida ele deixa de existir, considerando a gravidade do quadro da doença na paciente; e no presente caso, resta claro que os benefícios da administração do medicamento que, apesar de ser da classe C, na gestação, superam em muito os potenciais riscos para o feto.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 03 de setembro de 2018.

CONS. JAN WALTER STEGMANN

*Parecerista*

PARECER Nº 2690/2018

Aprovado e Homologado

Sessão Plenária nº4774, de 03/09/2018.

**PROTOCOLO DE TRATAMENTO DA HEPATITE C  
NO SERVIÇO PÚBLICO E DISPONIBILIDADE DE  
MÉDICO ASSISTENTE EM SOBREAVISO**

PROTOCOL FOR TREATMENT OF HEPATITIS C IN THE PUBLIC SERVICE  
AND AVAILABILITY OF ATTENDING PHYSICIAN ON NOTICE

*Jan Walter Stegmann \**

**Palavras-chave** – *Hepatite, tratamento, autonomia, sobreaviso, ética, medicamento.*

**Keywords** – *Hepatitis, treatment, autonomy, warning, ethics, medicine.*

**EMENTA**

Protocolo de tratamento da hepatite C em serviço público, com drogas que apresentam frequência alta de efeitos colaterais graves. Necessidade de fornecimento do número do celular com disponibilidade do médico, caracterizando sobreaviso. Não é obrigatório esse fornecimento, pois fere a autonomia do médico.

**CONSULTA**

Em e-mail encaminhado a este Conselho Regional de Medicina, médico formula consulta com o seguinte teor: “...*Preliminarmente: recentemente houve incorporação de inibidores de protease ao tratamento da hepatite C, anteriormente, realizado com interferon, ou interferon peguilado + ribavirina. Para casos de não resposta ou recidiva, refratários após terapia dupla de interferon e ribavirina, existe a possibilidade de um*

---

\*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

retratamento, agora com três drogas, onde entram os inibidores de protease. Há grande preocupação devido às adversidades desta classe de remédios e trata-se de medicamentos de alto custo. São eles: telaprevir e boceprevir. Atualmente, trabalho em unidade de média complexidade do SUS e estou em dúvida quanto a seguinte situação: um novo protocolo para tratamento de hepatite c (com inibidores de protease: telaprevir e boceprevir) nos “obriga” a informar telefone celular quando na prescrição e direcionamento do paciente para tratamento. Além disto, descreve a situação de que o médico estaria 24 horas disponível para atendimento em eventuais adversidades. O protocolo atual para hepatite C ainda traz algumas questões, como: necessidade de equipe multidisciplinar, caracterização de STA (serviço de tratamento assistido), necessidade de retorno semanal dos pacientes nos primeiros meses de terapia com os inibidores de protease. Todos estes itens são ausentes ou impossível de realizar no local onde atuo neste momento, seja por questões de logística ou da própria demanda. Em recente reunião com associação de hepatologia e profissionais especialistas, com abordagem na descrição de fluxos, recebi a informação de que este preenchimento seria obrigatório para tratamento dos pacientes. Pergunto então: 1) Sou obrigado a preencher este termo de esclarecimento com número de celular? 2) Isto não caracteriza sobreaviso, conforme a Resolução CFM n.º 1834/2008? Não deveria haver então remuneração adicional ao serviço já pré-estabelecido? (Obs.: não houve nenhuma proposta ou negociação da parte dos gestores.).

É possível, dentro da função que já exerço, ambulatorial e eletiva, de uma negativa de minha parte na aceitação deste tipo de preenchimento, direcionando estes casos para serviços de maior complexidade? (Observação: pretendo não indicar este tratamento com inibidores de protease no local e sim direcionar estes pacientes para outro nível. A ideia seria continuar tratando os pacientes com Interferon e Ribavirina, e para casos com indicação de inibidores de protease haveria o direcionamento).”

## FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (sigla PCDT) têm o objetivo de estabelecer, claramente, os critérios de diagnóstico e o algoritmo de tratamento de cada doença, com as doses adequadas dos medicamentos e os mecanismos para o monitoramento clínico em relação à efetividade do tratamento e à supervisão de possíveis reações adversas.

Os PCDT, também, objetivam criar mecanismos para a promoção do Uso Racional de Medicamentos. O PCDT é importante, principalmente, para as patologias com

programas de tratamento fornecido, pelo Estado, porque, para a dispensação dos medicamentos, no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, é necessário enquadrar-se nesse protocolo. Assim, se no PCDT estiver escrito que, para o uso do medicamento X, é necessário que o paciente apresente o exame Y, a cada 3 meses, essa regra deve ser respeitada para que o tratamento seja fornecido.

Da mesma forma, se no PCDT estiver escrito que, para tomar uma determinada medicação, o paciente tem que ter tomado outra anteriormente e apresentado falha terapêutica, dificilmente, o paciente conseguirá essa medicação, sem antes passar pelas demais citadas pelo protocolo.

Para a elaboração de PCDT, é necessário que, antes de sua publicação, os documentos passem, por algumas etapas, de responsabilidade da Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT, no caso: a CONITEC (**Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS**), que avaliam as recomendações propostas e das evidências científicas apresentadas, fazem aprovação do texto pelo Plenário da CONITEC e, posteriormente, esses documentos são disponibilizados, para consulta pública, que após considerações da sociedade, ocorrem a finalização e a publicação, entrando a mesma em vigor, após 180 dias após publicação DOU.

Tais protocolos são regidos, por uma Legislação ampla, na qual temos:

- Lei nº 12.401/2011 (*Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990*), para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
- Lei nº 8.080/1990 - *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (vide arts. 19-Q; 19-R; e 19-T, incluídos pela Lei nº 12.401/2011).*
- Decreto nº 7.508/2011- *Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. (vide art. 26 - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas).*
- Decreto nº 7.646/2011- *Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.*

E, também, temos algumas Portarias:

- Portaria GM/MS nº 30/2017 (atualizada em 28/06/2018) - *Designa os membros do Plenário da CONITEC.*
- Portaria GM/MS nº 2.009/2012 - *Aprova o Regimento Interno da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC).*
- Portaria SCTIE/MS nº 26/2015 - *Aprova os requisitos para submissão e análise de proposta de incorporação, alteração ou exclusão de tecnologia em saúde no SUS, por iniciativa do Ministério da Saúde e de Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.*
- Portaria SCTIE/MS nº 27/2015 - *Aprova o Fluxo de trabalho para elaboração e atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas no âmbito da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - CONITEC.*
- Portaria GM/MS nº 152/2006 - *Institui o fluxo para incorporação de tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria GM/MS nº 3.323/2006 Institui a Comissão para incorporação de tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde e da Saúde Suplementar.*
- Portaria GM/MS nº 2.587/2008 - *Dispõe sobre a Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde e vincula sua gestão à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.*

No caso da Hepatite Crônica pelo Vírus C, O PCDT para hepatite C e coinfeções vigente na época, que originou o presente Processo-Consulta, era o PCDT publicado, no ano de 2011, o qual regulamentava o uso dos medicamentos Interferon convencional, Interferon Peguilado e Ribavirina no tratamento dessa patologia.

Em julho de 2012, foram incorporados novos medicamentos, agora com ação direta contra o vírus da hepatite C, que aumentavam as chances de resposta favorável do tratamento, no caso os inibidores de protease de primeira geração Teleprevir e Boceprevir, através da Nota Técnica conjunta nº 01/2013-DDAHV/SUS/MS e DAF/SCTIE/MS.

Na presente nota, houve a regulamentação para o fluxo de dispensação de tais medicamentos para os pacientes com indicação para seu uso. Porém, tais medicamentos apresentavam alta frequência e graves efeitos adversos, inclusive com possibilidade de óbitos frequentes, portanto, necessitavam de uma rede de apoio

estruturada para sua utilização, entre os quais: hospital de referência para o atendimento desses pacientes e médico especialista capacitado para esse atendimento.

Devido à gravidade dos casos e à urgência nos atendimentos, a Nota Técnica solicita o telefone celular desse médico capacitado para orientar o tratamento nesses casos, além disso, considerando que o uso do Interferon é por via injetável, e os efeitos adversos severos dessas medicações, a Nota Técnica preconiza uma equipe multidisciplinar com: psicólogo, enfermeira, farmacêutica, com unidade de aplicação para medicação SC (no caso o Interferon) e local para observação dos pacientes.

Posteriormente, houve incorporação de novos medicamentos de ação direta contra o vírus da Hepatite C, conforme o PCDT publicado, em 2015, agora com o inibidor de protease de segunda geração o Simeprevir, e os inibidores da enzima NS5A, Daclatasvir e inibidor enzima NS5B Sofosbuvir, medicamentos que além de apontarem melhor eficácia, não apresentam praticamente nenhuma toxicidade, visto que, nesse PCDT, não há a obrigatoriedade da utilização do Interferon e RBV, com isso foram abandonados o uso dessas medicações altamente tóxicas. Posteriormente, surgiram novos PCDTs de tratamento da hepatite C, que foram publicados, em 2017 e 2018, com incorporação de mais medicamentos dessas classes, altamente seguros e eficientes.

A disponibilidade de médicos em sobreaviso é prática adotada, nos diversos serviços de assistência médica, públicos ou privados, em todo o País. Caracteriza-se pela disponibilidade de especialistas, fora da instituição, alcançáveis quando chamados para atender pacientes que lhes são destinados.

O médico em disponibilidade de sobreaviso, quando acionado, está obrigado a se deslocar até o hospital, para atender casos de emergência, realizar cirurgias, procedimentos diagnósticos e internações clínicas, devendo ser devidamente remunerado, quer pelo SUS, por convênios em geral ou, mesmo, por clientes particulares.

O **Parecer Nº 2091/2009 CRM-PR**, que versa sobre protocolos médicos, coloca que: “Qualquer diretriz, protocolo ou equivalente não pode de forma alguma engessar a liberdade do médico atuar. Este profissional é livre para ter suas condutas e é responsável por elas, mesmo que sejam diferentes do estabelecido por qualquer sociedade que seja. Porém, ele deve saber que em caso de qualquer demanda

judicial ou frente ao Conselho de Medicina deverá justificar porque agiu de forma diferenciada daquela orientada pela sociedade ou CFM e fazer a justificativa científica que apóie seus atos”.

A instituição deverá, antes de por em prática, submeter seu protocolo à apreciação de todos os membros do Corpo Clínico para, após isso, exigir seu cumprimento. Como foi dito, antes, isto não obriga os membros do corpo clínico a seguirem o mesmo e não há nenhuma sanção prevista, aos desobedientes, baseados na independência de atuação de cada médico. A instituição não poderá obrigar seus membros a seguirem seu protocolo, todavia eles são responsáveis pelos seus atos.

Conforme a **Resolução** citada pelo consulente, a **Resolução CFM Nº 1.834/2008** (Publicada no D.O.U. de 14 de março de 2008, Seção I, pg. 195), que versa sobre a disponibilidade em sobreaviso, na mesma assim termina o Conselheiro Relator Antônio Gonçalves Pinheiro: RESOLVE:

**Art. 1º** “Definir como disponibilidade médica em sobreaviso a atividade do médico que permanece à disposição da instituição de saúde, de forma não presencial, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial quando solicitado em tempo hábil”. **Parágrafo único.** “A obrigatoriedade da presença de médico no local nas vinte e quatro horas, com o objetivo de atendimento continuado dos pacientes, independe da disponibilidade médica em sobreaviso nas instituições de saúde que funcionam em sistema de internação ou observação”.

**Art. 2º** “A disponibilidade médica em sobreaviso, conforme definido no art. 1º, deve ser remunerada de forma justa, sem prejuízo do recebimento dos honorários devidos ao médico pelos procedimentos praticados”. **Parágrafo único.** “A remuneração prevista no caput deste artigo deve ser estipulada previamente em valor acordado entre os médicos da escala de sobreaviso e a direção técnica da instituição de saúde pública ou privada”.

Temos na **Resolução CFM 1834-2008** seu **Art. 2º** que: “A disponibilidade médica em sobreaviso, conforme definido no art. 1º, deve ser remunerada de forma justa, sem prejuízo do recebimento dos honorários devidos ao médico pelos procedimentos praticados”. **Parágrafo único.** “A remuneração prevista no caput deste artigo deve ser estipulada previamente em valor acordado entre os médicos da escala de sobreaviso e a direção técnica da instituição de saúde pública ou privada”.

**Art. 3º** “O médico de sobreaviso deverá ser acionado pelo médico plantonista ou por membro da equipe médica da instituição, que informará a gravidade do caso, bem como a urgência e/ou emergência do atendimento, e anotará a data e hora desse comunicado no prontuário do paciente”. **Parágrafo único.** “Compete ao diretor técnico providenciar para que seja afixada, para uso interno da instituição, a escala dos médicos em disponibilidade de sobreaviso e suas respectivas especialidades e áreas de atuação”.

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

**Art. 5º** “Será facultado aos médicos do Corpo Clínico das instituições de saúde decidir livremente pela participação na escala de disponibilidade em sobreaviso, nas suas respectivas especialidades e áreas de atuação. **Parágrafo único.** Os regimentos internos das instituições de saúde não poderão vincular a condição de membro do Corpo Clínico à obrigatoriedade de cumprir disponibilidades em sobreaviso”.

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

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

No Código de Ética Médica (CEM) no seu Capítulo 1 - Princípios fundamentais - temos:

**I** - “A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza”. **II** - “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”. **III** - “Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa”. **VII** - “O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente”.

No mesmo Código de Ética Médica, no Capítulo 1 - Princípios fundamentais - podemos, também, observar:

**VIII** - “O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho”. **IX** - “A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio”. **X** - “O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa”. **XIV** - “O médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde”.

No Capítulo II Direitos dos médicos: É direito do médico:

**V** - “Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina”. **X** - “Estabelecer seus honorários de forma justa e digna”.

## CONCLUSÃO

A presente consulta em relação ao tratamento da Hepatite C, está prejudicada, visto que não mais se utilizam os medicamentos que originaram a presente demanda. A Nota Técnica conjunta nº 01/2013-DDAHV/SUS/MS e DAF/SCTIE/MS que regulamentava o fluxo de dispensação e aplicação de tais medicamentos (Boceprevir e Teleprevir) deixou de vigorar, e atualmente se utilizam medicamentos sem os para efeitos das drogas citadas, contudo permanecem atuais os questionamentos, quanto à autonomia e ao sobreaviso dos médicos.

Quanto aos questionamentos do Consulente:

1. “Sou obrigado a preencher este termo de esclarecimento com número de celular”?

**Resposta:** Não, de acordo com o Código de Ética Médica, no seu Capítulo 1, dentro da autonomia do médico, Princípios fundamentais: **item VII** - “O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente”. **VIII** - “O médico não pode, em nenhuma circunstância ou

sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho”.

2. *“Isto não caracteriza sobreaviso, conforme a Resolução CFM n.º 1834/2008? Não deveria haver então remuneração adicional ao serviço já pré-estabelecido? (Obs.: Não houve nenhuma proposta ou negociação da parte dos gestores)”.*

**Resposta:** Sim, conforme a Resolução citada, que tem no seu **Art. 1º**. *“Definir como disponibilidade médica em sobreaviso a atividade do médico que permanece à disposição da instituição de saúde, de forma não presencial, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial quando solicitado em tempo hábil”.* Levo em consideração que, no presente caso, o médico permanece à disposição do serviço público para atender os pacientes que apresentem reação adversa aos medicamentos citados.

3. *“É possível, dentro da função que já exerço, ambulatorial e eletiva, de uma negativa de minha parte na aceitação deste tipo de preenchimento, direcionando estes casos para serviços de maior complexidade? (observação: pretendo não indicar este tratamento com inibidores de protease no local e sim direcionar estes pacientes para outro nível. A ideia seria continuar tratando os pacientes com interferon e ribavirina, e para casos com indicação de inibidores de protease haveria o direcionamento)”.*

**Resposta:** Sim, de acordo com a **Resolução CFM 1834-2008 CRM-PR** que tem no seu **Art. 5º** *“Será facultado aos médicos do Corpo Clínico das instituições de saúde decidir livremente pela participação na escala de disponibilidade em sobreaviso, nas suas respectivas especialidades e áreas de atuação”.* **Parágrafo único.** *“Os regimentos internos das instituições de saúde não poderão vincular a condição de membro do Corpo Clínico à obrigatoriedade de cumprir disponibilidades em sobreaviso”.*

E o **Código de Ética Médica** que tem, no seu **Capítulo 1**, dentro da autonomia do médico, Princípios fundamentais: **Item VII** - *“O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente”.* **VIII** - *“O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou*

*imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho”, visto não serem casos de urgência, e devido à particularidade desses medicamentos, o médico prescritor necessita ficar de sobreaviso, a não ser por opção pessoal do médico, que opta por seguir a norma técnica citada, aceitando não receber seus honorários pelo sobreaviso.*

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 03 de setembro de 2018.

CONS. JAN WALTER STEGMANN

*Parecerista*

PARECER Nº 2691/2018

Aprovado e Homologado

Sessão Plenária nº 4774, de 03/09/2018.

**PIONEIROS DA MEDICINA PARANAENSE:  
DR. AROLDO MARQUES SARDENBERG (CRM-PR 449)**

PIONEERS OF MEDICINA PARANAENSE:  
DR. AROLDO MARQUES SARDENBERG (CRM-PR 449)

*Ehrenfried Othmar Wittig\**

**Palavras-chave** – *Medicina, Paraná, pioneiros, CRM-PR, memória.*

**Keywords** – *Medicine, Parana, pioneers, CRM-PR, memory.*

O primeiro vice-presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná foi o médico Aroldo Marques Sardenberg (CRM-PR 449). Natural de Curitiba, ele se formou pela Universidade Federal do Paraná em 1939 e residiu boa parte de sua vida em Londrina, onde atuou como médico e também industrial, tendo importante papel no desenvolvimento da chamada Capital do Café, fundada em dezembro de 1934.

Em Londrina, onde chegou pouco depois de formado, ele foi um dos idealizadores e fundadores do Hospital Maternidade e Pronto-Socorro Modelo, instituição de vanguarda para a época. De 1959 a 1965, também trabalhou como diretor do Posto de Saúde, atuando na área de pneumologia. Ele presidiu de 1953 a 1954 a Sociedade Médica de Londrina, que logo em seguida teria mudança estatutária e ganharia a denominação de Associação Médica de Londrina.

Em 1959, ao lado dos cafeicultores Horácio Sabino Coimbra e Annibal Siqueira Cabral, ajudou a fundar o conglomerado Cacique, do qual foi dirigente no Rio de Janeiro e pode realizar o sonho de gerar empregos e melhorar a qualidade de vida

---

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

APOSENTADO EM REUNIÃO DE 09.04.84  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO EST. DO PR.



N.º de insc. 449  
 Data de insc. 27.07.58

data da foto ..... / 01 / 58

Nome AROLDO MARQUES SARDENBERG Último sobrenome SARDENBERG  
 Filiação José Nunes Sardemberg e Placidina <sup>Mendes</sup> Sardemberg  
 Nacionalidade bras.8 Data do nascimento 12 / 06 / 14 Local Curitiba  
 Estado Pr. Estado civil casado  
 Título de Eleitor n.º 6645 Zona 42ª Cidade Londrina Data 25.04.58  
 Cart. de Identidade n.º 883560 Data ..... Cidade S. Paulo Estado SP.  
 Cart. Modelo 19 n.º ..... Data ..... Cidade ..... Estado .....  
 Cart. de Reservista n.º 238 Escola de Ins. Militar Data 24 / 12 / 32  
 Diploma expedido em 15.12.39 Faculdade de Medicina da Univ. Fed. do Pr. 96  
 registrado no M.E.C. Fl.280 lib.B em 13.02.40  
 Registrado na S. Saúde Pública do Paraná .....

de vários londrinenses. A Companhia Cacique de Café Solúvel, holding do conglomerado de Sardenberg, foi alçada à condição de maior exportadora brasileira de café solubilizado e de maior processadora do mundo.

Aroldo Marques Sardenberg também foi presidente interino do Londrina Country Club (1959) e empresta seu nome a um Centro Municipal de Saúde, no bairro Jardim Flórida, da cidade paranaense. Teve participação ativa na criação do Lago Igapó e do late Clube de Londrina. A ideia de represar as águas do Ribeirão Cambé para formar um lago artificial na cidade surgiu no início de 1958, em iniciativa que envolveu o então prefeito Antonio Fernandes Sobrinho e principais lideranças sociais e políticas.

Nascido em 12 de junho de 1914, ele faleceu em 1992, aos 78 anos de idade. Sua esposa, D. Maria Helena Junqueira Sardenberg, faleceu em abril de 2004, também com 78 anos.

O CRM-PR é receptivo e agradece eventuais informações adicionais que possam enriquecer o conteúdo deste material ou de outras personalidades da história da Medicina paranaense.

# ARQUIVOS

do Conselho Regional  
de Medicina do Paraná

---

ISSN 2238 - 2070

