

ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

v. 35 - n. 140 - Out/Dez - 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

Publicações/Arquivos

CONTATO

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

E-mail

Protocolo/Geral
protocolo@crmpr.org.br

Presidência/Diretoria
diretoria@crmpr.org.br

Departamento de Consultas e Delegacias Regionais (Depcon)
depcon@crmpr.org.br

Departamento de Comunicação
comunicacao@crmpr.org.br
imprensa@crmpr.org.br

Eventos
eventos@crmpr.org.br

Departamento Administrativo
adm@crmpr.org.br

Biblioteca
biblioteca@crmpr.org.br

Câmaras Técnicas
camarastecnicas@crmpr.org.br

Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame)
codame@crmpr.org.br

Comercial/Contratos
contratos@crmpr.org.br

Corregedoria
corregedoria@crmpr.org.br

Financeiro
financeiro@crmpr.org.br

Fiscalização do Exercício Profissional (Defep)
defep@crmpr.org.br

Jurídico
dejur@crmpr.org.br

Recursos Humanos
admrh@crmpr.org.br

Setor de Pessoa Física e Jurídica
documentacao@crmpr.org.br

Site www.crmpr.org.br

Telefone (41) 3240-4000

Fax (41) 3240-4001

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

GESTÃO 2013/2018

DIRETORIA - 01/10/2018 a 31/03/2021

Presidente:	Cons.	Roberto Issamu Yosida
Vice-Presidente:	Cons.	Wilmar Mendonça Guimarães
Secretário-Geral:	Cons.	Luiz Ernesto Pujol
1ª Secretária:	Cons ^a	Nazah Cherif Mohamad Youssef
2ª Secretária:	Cons ^a	Regina Celi Passagnolo Sergio Piazzetta
Tesoureiro:	Cons.	Fábio Luiz Ouriques
1º Tesoureiro:	Cons.	Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Corregedor-Geral:	Cons.	Maurício Marcondes Ribas
1º Corregedor:	Cons.	Mauro Roberto Duarte Monteiro
2º Corregedor:	Cons.	Jose Knopfholz

CONSELHEIROS (EFETIVOS E SUPLENTE)

Adônis Nasr	Juliana Gerhardt Moroni
Afrânio Benedito Silva Bernardes	Katia Hitomi Nakamura
Alcindo Cerci Neto	Kátia Sheylla Malta Purim
Alysson Moço Faidiga	Laura Moeller
Beatriz Emi Tamura	Luiz Ernesto Pujol
Carlos Roberto Goytacaz Rocha	Lutero Marques de Oliveira
Carlos Roberto Naufel Junior	Marcio de Carvalho
Cecília Neves de Vasconcelos	Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro
Donizetti Dimer Giamberardino Filho	Bessa
Edison Luiz Almeida Tizzot	Marília Cristina Milano Campos de Camargo
Eduardo Murilo Novak	Maurício Marcondes Ribas
Fábio Luiz Ouriques	Mauro Roberto Duarte Monteiro
Fernando Cesar Abib	Nazah Cherif Mohamad Youssef
Gisele Cristine Schelle	Regina Celi Passagnolo Sérgio Piazzetta
Gláucia Maria Barbieri	Roberto Issamu Yosida
Hélcio Bertolozzi Soares	Tatiana Menezes Garcia Cordeiro
Jan Pawel Andrade Pachnicki	Thadeu Brenny Filho
Jan Walter Stegman	Ursula Bueno do Prado Guirio
João Guilherme Oliveira de Moraes	Victor Emmanuel Evangelista da Silva
José Clemente Linhares	Wilmar Mendonça Guimarães
Jose Knopfholz	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
Wilmar Mendonça Guimarães

DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO (DEFEP)

Gestor	Cons. Carlos Roberto Naufel Junior
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)

COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS (CODAME)

Gestor	Cons. Afrânio Benedito Silva Bernardes
1º Gestor	Cons. Thadeu Brenny Filho

DEPARTAMENTO JURÍDICO

Consultor Jurídico	Adv. Antonio Celso Cavalcanti Albuquerque
Assessores Jurídicos	Adv. Afonso Proença 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

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)

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. 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 Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em biblioteca@crmpr.org.br ou por telefone 0xx41 3240-4000.

ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

FICHA CATALOGRÁFICA

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, 2018;35(140):189-268

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 Sigueoka (Vice-diretor)
Sérgio Seidi Uchida (Secretário)
Caroline Cilião
Karla Sayuri Tatessuji
Leonardo Marchi
Newton Benevenuto
Pedro Elias Batista Gonçalves
Pieker Fernando Migliorini
Rafael Mauricio Beletato

CAMPO MOURÃO

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

CASCADEL

Fábio Scarpa e Silva (Diretor)
Karin Erdmann (Vice-diretor)
Itamar Regazzo Pedreschi Porto (Secretário)
Amaury Cezar Jorge
Frederico Ramalho Romero
Roberto Augusto Fernandes Machado
Keith de Jesus Fontes

CURITIBA E LITORAL DO PARANÁ

José Antônio Ferreira Martins (Diretor)
Evandro Antonio Sbalcheiro Mariot (Vice-diretor)
Ana Beatriz Wagner Pinheiro Lauand (Secretária)
Arare Gonçalves Cordeiro Junior
Bruno Bertoli Esmanhotto
Marcelo Henrique de Almeida
Melissa Renata Pinto Luciani Figueira
Simone Martins Gerhardt Pereira

FOZ DO IGUAÇU

Luiz Henrique Zaions (Diretor)
Raphael Bezerra de Menezes Costa (Vice-diretor)
Marta Vaz Dias de Souza Boger (Secretária)
Jacilene de Souza Costa
Luiz Cláudio Casagrande
Rodrigo Lucas de Castilhos Vieira

FRANCISCO BELTRÃO

Irno Francisco Azzolini (Diretor)
Vicente de Albuquerque Maranhão Leal
(Vice-diretor)
Badwan Abdel Jaber (Secretário)
André Kioshi Priante Kayano
Aryzone Mendes de Araujo Filho
Cícero José Bezerra Lima
José Bortolas Neto
Marcio Ramos Schenato
Mary Angela Sabadin

GUARAPUAVA

Frederico Guilherme Keche Virmond Neto
(Diretor)
Antônio Marcos Cabrera Garcia (Vice-diretor)
Sabine Buckmann Holdorf (Secretária)
Décio Yvan Sanches Filho
Gabriel Odebrecht Massaro
Rita de Cássia Ribeiro Penha Arruda

LONDRINA

Fátima Mitsie Chibana Soares (Diretora)
Luiza Kazuko Moriya (Vice-diretora)
Cristina Maria Aranda Machado (Secretária)
Antônio Caetano de Paula
Ivan José Blume de Lima Domingues
Lisete Rosa e Silva Benzoni
Mário Machado Junior
Naja Nabut
Pedro Humberto Perin Leite

MARINGÁ

Fabíola Menegoti Tasca (Diretora)
Ana Maria Silveira Machado de Moraes
(Vice-diretora)
Adriana Albuquerque Nicolau (Secretária)

Adans Wesley Trautwein
Aldo Yoshissuke Taguchi
Claudio Vinicius Fritzen
Edson Luciano Rudey
Enio Teixeira Molina Filho

PARANAÍ

Hortência Pereira Vicente Neves (Diretora)
Leila Maia (Vice-diretora)
Atílio Antônio Mendonça Accorsi (Secretário)
Anizia Leontina Rigodanzo Canuto
Cleonor Moritz Rakoski
Cleverson Herminio Moritz Rakoski
Jeane Borin Graciotto Costa
Josué Ferraz Baena Junior
Tiago Mezzaroba Pelisson

PATO BRANCO

Elisabeth Ostapiv Correia (Diretora)
Pedro Soveral Bortot (Vice-diretor)
Marciano Baldissera (Secretário)
Ayrton Martin Maciozek
Cleverson Galvan
Fernando Gortz
Geraldo Sulzbach
Giancarlo Bergamini Vannucchi
Ivaí Saião Aranha Falcão de Azevedo
José Renato Pederiva

PONTA GROSSA

Jeziel Gilson Nikosky (Diretor)
Luiz Jacintho Siqueira (Vice-diretor)
Victor Mauro (Secretário)
Antonio Carlos Trevisan
Gisele Cuzzuol Pedrini
Ladislao Obrzut Neto
Meierson Reque

RIO NEGRO

Anderson Aurélio de Almeida (Diretor)
Claudio Veiga Lopes (Vice-diretor)
Itamar Heyse Bessa (Secretário)
Helton Boettcher
Jacy Gomes
Jonas de Mello Filho

SANTO ANTÔNIO DA PLATINA

José Mário Lemes (Diretor)
Celso Aparecido Gomes de Oliveira
(Vice-diretor)
Sérgio Bachtold (Secretário)
Carlos Roberto Bertoni
Elenir Aparecida Doles Godoy
Elizabeth Candido da Lozzo
Helio Renato Lechinewski

TOLEDO

Ivan Garcia (Diretor)
Nilson Fabris (Vice-diretor)
Glauco Luciano Bressanim (Secretário)
Alexandre Lopes de Oliveira
Anderson Ramos
José Afrânio Davidoff Junior
Karina Litchteneker
Milton Miguel Romeiro Berbicz
Renato Salazar Somensi
Valdicir Faé

UMUARAMA

Fabiano Correa Salvador (Diretor)
Marcelo Tadeu Fontanini Palka (Vice-diretor)
Silvio Roberto Correa (Secretário)
Alcione Brusiguello Faidiga
Antônio Francisco Ruaro
Deraldo Mancini
Edson Morel
Francisco Guilherme Fernandes
Sandra Mara Oliver Martins Aguiar
Sebastião Mauricio Bianco

UNIÃO DA VITÓRIA/PORTO UNIÃO

(Jurisdição sob competência do Conselho
Regional de Medicina de Santa Catarina)
Ayrton Rodrigues Martins (Diretor)
Renato Hobi (Secretário)
Plínio Leonel Jakimiu
Hardi Siebeneicher

SUMÁRIO

ARTIGOS ESPECIAIS

O novo Código de Ética Médica

Carlos Vital Tavares Corrêa Lima 200

Consciência ética, o caminho para a boa Medicina

Roberto Issamu Yosida 202

Revalidação de diplomas: cuidado internacional com a qualidade da assistência

Dalvílio de Paiva Madruga 205

RESOLUÇÃO CFM

Aprovado o novo Código de Ética Médica

CFM 207

Atualização de normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para guarda e manuseio de prontuários

CFM 229

Médicos do Trabalho registrados nos CRMs até 2006 poderão obter RQE

CFM 231

PARECER CFM

Procedimentos especiais não conveniados por cooperativas ou planos de saúde

Celso Murad 235

Responsabilidade técnica e ética do diretor técnico assistencial em relação aos demais profissionais multidisciplinares

Hermann Alexandre Vivacqua von Tiesenhausen 239

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina do Paraná

Preenchimento de resumo de alta médica hospitalar para domicílio, transferência ou óbito

Donizetti Dimer Giamberardino Filho 244

PARECER CRM-PR

Plantão médico e a responsabilidade profissional

Mauro Roberto Duarte Monteiro 249

Obrigatoriedade de divulgação em painéis eletrônicos com o quantitativo e nome dos médicos plantonistas e demais dados

Donizetti Dimer Giamberardino Filho 253

Avaliação e acompanhamento multidisciplinar no processo transexualizador

Luiz Ernesto Pujol 257

Exames laboratoriais solicitados por profissionais não-médicos

Donizetti Dimer Giamberardino Filho 260

ÍNDICE REMISSIVO 262

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Acervo do Museu agora aberto à visitação na Santa Casa de Curitiba

Ehrenfried Othmar Wittig 266

O NOVO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

THE NEW CODE OF MEDICAL ETHICS

*Carlos Vital Tavares Corrêa Lima **

Palavras-chave – *Medicina, código, revisão, ética, saúde, profissão, direitos, deveres.*

Keywords – *Medicine, code, review, ethics, health, profession, rights, duties.*

A publicação da Resolução CFM nº 2.217/2018 marca o fim de um processo de quase três anos de discussões e análises, conduzido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), cujo resultado visível e esperado pela sociedade era a revisão do Código de Ética Médica (CEM). O novo texto, que entrará em vigor no primeiro semestre do ano que vem, atualizou a versão anterior, de 2009, incorporando abordagens pertinentes às mudanças do mundo contemporâneo.

Temas como inovações tecnológicas, comunicação em massa e relações em sociedade foram tratados. No entanto, ao atender uma necessidade natural e permanente de aperfeiçoamento, a revisão do Código de Ética Médica foi feita sob o prisma de zelo pelos princípios deontológicos da medicina, sendo um dos mais importantes o absoluto respeito ao ser humano, com a atuação em prol da saúde dos indivíduos e da coletividade, sem discriminações.

O novo CEM mantém o mesmo número de capítulos, que abordam princípios, direitos e deveres dos médicos. Do conjunto aprovado, há alguns trechos que merecem destaque, como o artigo que estabelece no Código de Ética os limites para o uso de redes sociais pelos médicos no exercício da profissão. Outro ponto

* É presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM).

relevante se refere às normas que definem a responsabilidade do médico assistente, ou seu substituto, ao elaborar e entregar o sumário de alta.

No que se refere aos direitos dos médicos, o novo CEM prevê a isonomia de tratamento aos profissionais com deficiência e reforça a necessidade de criação de comissões de ética nos locais de trabalho. O Código também assegura ao profissional o direito de recusa do exercício da medicina em qualquer instituição (pública ou privada) sem condições de trabalho dignas, colocando em risco a saúde dos pacientes.

Entre as proibições, ficam vedadas ao médico a prescrição e a comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes (de qualquer natureza) cuja compra decorra de influência direta, em virtude de sua atividade profissional. A regra reforça o compromisso ético da categoria com o bem-estar e a saúde dos pacientes, coibindo interações com fim de lucro, incompatíveis com os princípios da boa medicina.

As mudanças, que aperfeiçoam o escopo normativo já existente, resultaram de 1.431 propostas enviadas por associações médicas, sociedades de especialidades, entidades de ensino médico, dentre outras organizações, além de médicos regularmente inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs), que foram criteriosamente analisadas pela Comissão Nacional de Revisão do Código de Ética Médica do CFM e validadas em três Encontros Regionais específicos para tratar do tema.

Além das etapas regionais, o CFM também realizou, entre 2017 e 2018, três Conferências Nacionais de Ética Médica (Conem) para debater e deliberar sobre a exclusão, alteração e adição de textos ao Código de Ética Médica vigente. No III Conem, em agosto deste ano, em Brasília, os participantes deliberaram, em votação eletrônica, a proposta final da nova Resolução, que foi submetida em setembro ao Plenário do CFM.

A conclusão desse processo deve ser creditada àqueles que encaminharam sugestões e a centenas de conselheiros (federais e regionais), lideranças, especialistas, técnicos e colaboradores que dedicaram muitas horas para que, ao final, o País possa contar com um Código de Ética Médica que promova e preserve o prestígio e a união da categoria, garantindo à sociedade padrões de prática e valores, bem como, deveres e virtudes imprescindíveis à convivência humana.

Assim, com a entrega do novo CEM ao Brasil, os Conselhos de Medicina continuam sua trajetória defendendo princípios e aperfeiçoando práticas.

CONSCIÊNCIA ÉTICA, O CAMINHO PARA A BOA MEDICINA

ETHICAL CONSCIOUSNESS, THE PATH TO GOOD MEDICINE

*Roberto Issamu Yosida **

Palavras-chave – *Medicina, homenagem, ética, exemplos, humanismo.*

Keywords – *Medicine, homage, ethics, examples, humanism.*

O DIA DO MÉDICO LEMBRA QUE TEMOS PROFISSIONAIS MAIS
CONSCIENTES DE SUAS RESPONSABILIDADES E COM MELHOR PREPARO
ÉTICO; E OS PACIENTES, MAIS SATISFEITOS E ESPERANÇOSOS

Todos os dias, milhares de procedimentos médicos são realizados neste nosso vasto país, sob remuneração dos sistemas público ou privado de saúde, pelo desembolso direto dos usuários dos serviços ou até mesmo sob ações de voluntariado. Não importa como ocorre o custeio e sim que, via de regra, é acentuadíssimo o grau de satisfação dessa assistência, premiando, mesmo que de forma anônima e sem alarde, toda a dedicação empreendida pelos profissionais de saúde, incluídos aí os nossos perseverantes médicos.

Mesmo assim, por ser um segmento com estreita relação com a vida e o bem-estar das pessoas, eleva-se a sua vulnerabilidade por interpretações de insucessos e, do mesmo modo, mesmo que em números ínfimos, tornam-se mais visíveis e de repercussão imediata as denúncias de atos entendidos como de negligência, imperícia ou imprudência. Esta visão ainda se avoluma quando não tratada com

* Conselheiro-presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná a partir de 1º de outubro de 2018.

o necessário cuidado pela mídia ou com despertar de interesses econômicos em demandas levadas à esfera judicial, sob a leitura do chamado “erro médico”, que nem sempre tem relação com a atitude do médico.

Sejam procedentes ou não, tais queixas devem ser apuradas pelo Conselho de Medicina, a quem cabe, ainda, fiscalizar o exercício da atividade médica e zelar para que à população seja oferecida e garantida o melhor na atenção à sua saúde. Cumprindo sua função judicante, deve avaliar possíveis atitudes contrárias aos preceitos éticos a partir de denúncias advindas de pacientes e familiares e também por imperativo legal, o que chamamos de *ex officio*.

Nesta toada, vimos as denúncias crescerem ao longo destes 60 anos de atuação conselhal, o mesmo ocorrendo com a proporção das apenações impostas aos profissionais. Assim, auferiu-se à autarquia, por óbvio, maior respeito e credibilidade perante a sociedade, mas também estabeleceu para alguns o falso conceito de órgão exclusivamente punitivo, ignorando-se todos os esforços em outras frentes de ação exatamente para reduzir as possibilidades de desvios éticos, como a fiscalizações das condições de trabalho ofertadas aos médicos para cumprir seu mister ou atividades educativas. Ou, ainda, a constante cobrança pela qualidade na formação pelos cursos médicos.

Dados estatísticos nos mostraram, ao longo dos anos, que boa parte das queixas recebidas pelo Conselho, suscitando abertura de procedimentos sindicantes, não tinha amparo em evidências de exclusivo despreparo técnico-prático de médicos, mas sim de despreparo ético, de inobservância de requisitos elementares de boa convivência e de respeito aos pacientes. Enfim, conflitos na relação médico-paciente, em especial pela falta de diálogo, de transparência, de paciência...

Em reforço às suas iniciativas de educação continuada, o CRM-PR instituiu a partir de 2011 um modelo ainda mais arrojado para interagir com médicos e estudantes e fomentar as discussões éticas, expondo os dilemas e os problemas do cotidiano e também os bons exemplos que professores e profissionais nos emprestam.

Transcorrido o período de pouco mais de sete anos, com histórico de mais de 550 eventos realizados muitos deles multidisciplinares – e com aproximadamente 60 mil participantes, chegamos ao Dia do Médico de 2018 com um feito histórico e de exemplo para outras regiões: o Paraná não apenas conseguiu promover decréscimo anual no índice de processos ético-profissionais, como se prepara para fechar o

exercício com um patamar de denúncias que é inferior ao que registrávamos há uma década. Isto com substancial acréscimo do número de médicos em atividade e sob o olhar de uma sociedade cada vez mais bem informada, crítica e com canais facilitadores para expor suas queixas.

Podemos asseverar sim que, hoje, temos médicos mais conscientes de suas responsabilidades e pacientes beneficiários dos seus serviços mais satisfeitos e esperançosos. E se a consciência ética se manifesta viva na área da Medicina, entendemos ser possível o semeio em outras áreas, como educação, segurança, meio ambiente e sustentabilidade. Precisamos cada vez mais de uma sociedade atenta aos seus direitos e deveres, o que inclui os cidadãos terem sensibilidade na atenção aos seus próprios hábitos saudáveis de vida e na convivência com os semelhantes. Afinal, não há dúvida de que os acelerados avanços científicos e tecnológicos nos tornarão mais longevos e também mais bem informados. Mas isso não garante que seremos seres humanos melhores, mais felizes e mais aculturados e solidários.

No que concerne ao exercício da Medicina, há de se destacar o grande peso que representam os bons exemplos. Há 32 anos o CRM do Paraná instituiu o Diploma de Mérito Ético-Profissional para reverenciar médicos que tenham cumprido uma jornada de 50 anos de forma irretocável. Neste ano, foram quase 100 os homenageados, muitos deles mestres nos cursos médicos e, como seus pares, também na arte de assistir, de mitigar sofrimento, de confortar. Vale a pena construir nosso futuro sob inspiração nesses grandes nomes da Medicina paranaense.

Na passagem deste Dia do Médico podemos afirmar que temos, sim, muitos bons motivos para comemorar e confraternizar com a população. A começar pela certeza de que há um universo de profissionais convicto em seu papel hipocrático. São médicos e médicas que oferecem o melhor de si em prol das pessoas sob seus cuidados, mesmo enfrentando todo tipo de dificuldades, que incluem a falta de segurança no ambiente de trabalho, de infraestrutura e de incentivo à carreira. A eles expressamos todo o nosso orgulho e a certeza da escolha do bom caminho, sob amor, entusiasmo e perseverança.

Registramos, para reflexão, a mensagem de mestre que se foi: “Para ser médico precisa gostar de gente, mesmo que indigente. Gostar de diagnósticos, mesmo que por vaidade, é útil assim mesmo. Ter gosto de reparar, curar e modificar o ser como um deus terreno; sereno nos propósitos, certo nos acordos”. Parabéns!

REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS: CUIDADO INTERNACIONAL COM A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

REVALIDATION OF DIPLOMAS: INTERNATIONAL CARE WITH QUALITY OF CARE

*Dalvélio de Paiva Madruga **

Palavras-chave – *Medicina, formação, diploma, revalidação, assistência, parlamento.*

Keywords – *Medicine, training, diploma, revalidation, assistance, parliament.*

Em 2019, o projeto de lei que torna uma obrigação para os portadores de diplomas de medicina obtidos no exterior a aprovação em exame nacional de revalidação de diplomas – o Revalida – será tema de grandes debates no Congresso Nacional.

A proposta, apoiada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e outras entidades médicas, assegura um parâmetro técnico – único e isento – para assegurar que tenham direito ao exercício da profissão no Brasil apenas aqueles que comprovarem por meio de testes a posse de competências, habilidades e atitudes esperadas dos médicos.

Engana-se quem pensa que o Brasil inova ao exigir o cumprimento desse requisito. Na maioria das nações europeias e da América do Norte, o médico estrangeiro é bem-vindo, desde que demonstre que possui o preparo para exercer seu ofício. A preocupação é a mesma: proteger a saúde e a vida dos pacientes que, sem essa atestação, podem ser expostos a risco indevido. No Brasil, o programa Mais Médicos desvirtuou esse processo que busca a qualidade na prática profissional.

* Conselheiro federal representante dos médicos da Paraíba. É membro das Comissões de Ensino Médico e de Assuntos Políticos.

Na contramão de países desenvolvidos, que aprimoram seus mecanismos de validação, impondo ordem à entrada de formados no exterior, com essa iniciativa, o governo deixou a porta aberta para que milhares de intercambistas passassem a atender sem estar atento a exigências mínimas.

Na Itália, os candidatos precisam apresentar uma lista extensa de documentos, inclusive um atestado de que não respondem a processos ético-profissionais, comprovar o domínio do idioma e passar por diferentes baterias de exames. No Canadá, o zelo não é menor: o país só concede licença plena – que permite o exercício independente da medicina – para os cidadãos canadenses ou imigrantes legais. Dentre os pré-requisitos a serem cumpridos estão: apresentar diploma de médico obtido em uma faculdade listada no diretório da Organização Mundial da Saúde (OMS) e aprovação nos exames nacionais do Conselho Médico do Canadá. No caso dos especialistas, é necessário ter título obtido após avaliação pelo Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC). No caso do médico de família, é exigida aprovação em teste do College of Family Physicians of Canada.

Para o médico estrangeiro com o objetivo de atuar nos Estados Unidos, não importam os títulos e certificados que leva de seu país de origem. Tampouco a experiência que carrega é levada em consideração. Todos os candidatos precisam vencer uma bateria de exames e fazer uma nova Residência, que pode durar de três a cinco anos.

Como esses, vários outros países têm o mesmo rigor no momento de selecionar futuros profissionais. Aqueles que fazem as provas consideram os processos difíceis, mas não acusam sua exigência como exemplos de discriminação ou xenofobia.

Em várias oportunidades, o CFM – e as outras entidades médicas – apresentou esses e outros argumentos que atestam a importância da revalidação de diplomas médicos. Foram reuniões com ministros e audiências públicas no Congresso Nacional, além de outras ações para ressaltar a relevância dessa medida.

Durante as eleições gerais de 2018, essa proposta foi encaminhada a todos os candidatos como uma das reivindicações aprovadas pelo Encontro Nacional de Entidades Médicas (Enem), realizado em junho. Dentre os que receberam o documento está Jair Bolsonaro, que, espera-se, tenha se sensibilizado com esse pleito e possa apoiar sua tramitação, ciente de que ao tornar o Revalida uma lei estará contribuindo para a melhor assistência de todos os brasileiros.

APROVADO O NOVO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

APPROVED THE NEW CODE OF MEDICAL ETHICS

CFM *

Palavras-chave – *Medicina, código, ética, vigência, profissão, regulamentação.*

Keywords – *Medicine, code, ethics, validity, profession, regulation.*

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, modificado pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009 e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e consubstanciado na Lei nº 6.828, de 29 de outubro de 1980, e na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999; e

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são 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;

CONSIDERANDO que as normas do Código de Ética Médica devem submeter-se aos dispositivos constitucionais vigentes;

*Conselho Federal de Medicina.

CONSIDERANDO a busca de melhor relacionamento com o paciente e a garantia de maior autonomia à sua vontade;

CONSIDERANDO as propostas formuladas ao longo dos anos de 2016 a 2018 e pelos Conselhos Regionais de Medicina, pelas entidades médicas, pelos médicos e por instituições científicas e universitárias para a revisão do atual Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO as decisões da III Conferência Nacional de Ética Médica de 2018, que elaborou, com participação de delegados médicos de todo o Brasil, um novo Código de Ética Médica revisado;

CONSIDERANDO o decidido pelo Conselho Pleno Nacional reunido em 27 de setembro de 2018;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 27 de setembro de 2018,

RESOLVE:

Art. 1º – Aprovar o Código de Ética Médica anexo a esta Resolução, após sua revisão e atualização.

Art. 2º – O Conselho Federal de Medicina, sempre que necessário, expedirá resoluções que complementem este Código de Ética Médica e facilitem sua aplicação.

Art. 3º – O Código anexo a esta Resolução entra em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação e, a partir daí, revoga-se o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução CFM nº 1.931/2009, publicada no Diário Oficial da União no dia 13 de outubro de 2009, Seção I, página 90, bem como as demais disposições em contrário.

Brasília, DF, 27 de setembro de 2018.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA

Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-geral

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

(RESOLUÇÃO CFM Nº 2.217/2018)

PREÂMBULO

I - O presente Código de Ética Médica contém as normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, inclusive nas atividades relativas a ensino, pesquisa e administração de serviços de saúde, bem como em quaisquer outras que utilizem o conhecimento advindo do estudo da medicina.

II - As organizações de prestação de serviços médicos estão sujeitas às normas deste Código.

III - Para o exercício da medicina, impõe-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo estado, território ou Distrito Federal.

IV - A fim de garantir o acatamento e a cabal execução deste Código, o médico comunicará ao Conselho Regional de Medicina, com descrição e fundamento, fatos de que tenha conhecimento e que caracterizem possível infração do presente Código e das demais normas que regulam o exercício da medicina.

V - A fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas neste Código é atribuição dos Conselhos de Medicina, das comissões de ética e dos médicos em geral.

VI - Este Código de Ética Médica é composto de 26 princípios fundamentais do exercício da medicina, 11 normas diceológicas, 117 normas deontológicas e quatro disposições gerais. A transgressão das normas deontológicas sujeitará os infratores às penas disciplinares previstas em lei.

(Atenção: item alterado de acordo com a Resolução CFM Nº 2.222/2018, publicada no D.O.U. de 11 de dezembro de 2018, Seção I, corrigindo assim erro material do Código de Ética Médica, em sua Resolução CFM nº 2.217/2018, publicada no D.O.U. de 1 de novembro de 2018, Seção I, p. 179).

CAPÍTULO I

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

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.

IV – Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

V – Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente e da sociedade.

VI – O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício, mesmo depois da morte. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativas contra sua dignidade e integridade.

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.

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.

XI – O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei.

XII – O médico empenhar-se-á pela melhor adequação do trabalho ao ser humano, pela eliminação e pelo controle dos riscos à saúde inerentes às atividades laborais.

XIII – O médico comunicará às autoridades competentes quaisquer formas de deterioração do ecossistema, prejudiciais à saúde e à vida.

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.

XV – O médico será solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da medicina e seu aprimoramento técnico-científico.

XVI – Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

XVII – As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

XVIII – O médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos.

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.

XX – A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo.

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.

XXII – Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

XXIII - Quando envolvido na produção de conhecimento científico, o médico agirá com isenção, independência, veracidade e honestidade, com vista ao maior benefício para os pacientes e para a sociedade.

XXIV - Sempre que participar de pesquisas envolvendo seres humanos ou qualquer animal, o médico respeitará as normas éticas nacionais, bem como protegerá a vulnerabilidade dos sujeitos da pesquisa.

XXV - Na aplicação dos conhecimentos criados pelas novas tecnologias, considerando-se suas repercussões tanto nas gerações presentes quanto nas futuras, o médico zelarà para que as pessoas não sejam discriminadas por nenhuma razão vinculada a herança genética, protegendo-as em sua dignidade, identidade e integridade.

XXVI - A medicina será exercida com a utilização dos meios técnicos e científicos disponíveis que visem aos melhores resultados.

CAPÍTULO II

DIREITOS DOS MÉDICOS

É direito do médico:

I - Exercer a medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, cor, sexo, orientação sexual, nacionalidade, idade, condição social, opinião política, deficiência ou de qualquer outra natureza.

II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

III - Apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo comunicá-las ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição e à Comissão de Ética da instituição, quando houver.

IV - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará com justificativa e maior brevidade sua decisão ao diretor técnico, ao Conselho Regional

de Medicina de sua jurisdição e à Comissão de Ética da instituição, quando houver.

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.

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

VII – Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.

VIII – Decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente sem permitir que o acúmulo de encargos ou de consultas venha prejudicar seu trabalho.

IX – Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

X – Estabelecer seus honorários de forma justa e digna.

XI – É direito do médico com deficiência ou com doença, nos limites de suas capacidades e da segurança dos pacientes, exercer a profissão sem ser discriminado.

CAPÍTULO III

RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

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

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

Art. 2º – Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivas da profissão médica.

Art. 3º – Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 4º – Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal.

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

Art. 6º – Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 7º – Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 8º – Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave.

Art. 9º – Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.

Parágrafo único. Na ausência de médico plantonista substituto, a direção técnica do estabelecimento de saúde deve providenciar a substituição.

Art. 10 – Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a medicina ou com profissionais ou instituições médicas nas quais se pratiquem atos ilícitos.

Art. 11 – Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 12 – Deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos empregadores responsáveis.

Parágrafo único. Se o fato persistir, é dever do médico comunicar o ocorrido às autoridades competentes e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 13 – Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

Art. 14 – Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Art. 15 – Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.

§ 1º – No caso de procriação medicamente assistida, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários.

§ 2º – O médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos:

I – criar seres humanos geneticamente modificados;

II – criar embriões para investigação;

III – criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.

§ 3º – Praticar procedimento de procriação medicamente assistida sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o método.

Art. 16 – Intervir sobre o genoma humano com vista à sua modificação, exceto na terapia gênica, excluindo-se qualquer ação em células germinativas que resulte na modificação genética da descendência.

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.

Art. 19 – Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da medicina.

Art. 20 – Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público

ou privado da assistência à saúde, interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

Art. 21 – Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

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.

Parágrafo único. O médico deve ter para com seus colegas respeito, consideração e solidariedade.

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.

Art. 25 – Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.

Art. 26 – Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.

Art. 27 – Desrespeitar a integridade física e mental do paciente ou utilizar-se de meio que possa alterar sua personalidade ou sua consciência em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 28 – Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer

instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.

Parágrafo único. Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 29 – Participar, direta ou indiretamente, da execução de pena de morte.

Art. 30 – Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime.

CAPÍTULO V

RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

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 promoção de saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

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

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.

Art. 35 – Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 36 – Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1º – Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo

todas as informações necessárias ao médico que o suceder.

§ 2º – Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou à sua família, o médico não o abandonará por este ter doença crônica ou incurável e continuará a assisti-lo e a propiciar-lhe os cuidados necessários, inclusive os paliativos.

Art. 37 – Prescrever tratamento e outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente depois de cessado o impedimento, assim como consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.

§ 1º – O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina.

§ 2º – Ao utilizar mídias sociais e instrumentos correlatos, o médico deve respeitar as normas elaboradas pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 38 – Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Art. 39 – Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 40 – Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza.

Art. 41 – Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Art. 42 – Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.

CAPÍTULO VI

DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

É vedado ao médico:

Art. 43 – Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspender meios artificiais para prolongar a vida do possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

Art. 44 – Deixar de esclarecer o doador, o receptor ou seus representantes legais sobre os riscos decorrentes de exames, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos casos de transplante de órgãos.

Art. 45 – Retirar órgão de doador vivo quando este for juridicamente incapaz, mesmo se houver autorização de seu representante legal, exceto nos casos permitidos e regulamentados em lei.

Art. 46 – Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou de tecidos humanos.

CAPÍTULO VII

RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS

É vedado ao médico:

Art. 47 – Usar de sua posição hierárquica para impedir, por motivo de crença religiosa, convicção filosófica, política, interesse econômico ou qualquer outro que não técnico-científico ou ético, que as instalações e os demais recursos da instituição sob sua direção sejam utilizados por outros médicos no exercício da profissão, particularmente se forem os únicos existentes no local.

Art. 48 – Assumir emprego, cargo ou função para suceder médico demitido ou afastado em represália à atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.

Art. 49 – Assumir condutas contrárias a movimentos legítimos da categoria médica com a finalidade de obter vantagens.

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

Art. 51 – Praticar concorrência desleal com outro médico.

Art. 52 – Desrespeitar a prescrição ou o tratamento de paciente, determinados por outro médico, mesmo quando em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível benefício para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

Art. 53 – Deixar de encaminhar o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado de volta ao médico assistente e, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que por ele se responsabilizou.

Art. 54 – Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou por seu representante legal.

Art. 55 – Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade ao ser substituído ao fim do seu turno de trabalho.

Art. 56 – Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.

Art. 57 – Deixar de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à comissão de ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO VIII

REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 58 – O exercício mercantilista da medicina.

Art. 59 – Oferecer ou aceitar remuneração ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, bem como por atendimentos não prestados.

Art. 60 – Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico para efeito de cobrança de honorários.

Art. 61 – Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo estimado dos procedimentos.

Art. 62 – Subordinar os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.

Art. 63 – Explorar o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe, na condição de proprietário, sócio, dirigente ou gestor de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos.

Art. 64 – Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente atendido pelo sistema público de saúde ou dele utilizar-se para a execução de procedimentos médicos em sua clínica privada como forma de obter vantagens pessoais.

Art. 65 – Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destinam à prestação de serviços públicos, ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários.

Art. 66 – Praticar dupla cobrança por ato médico realizado.

Parágrafo único. A complementação de honorários em serviço privado pode ser cobrada quando prevista em contrato.

Art. 67 – Deixar de manter a integralidade do pagamento e permitir descontos ou retenção de honorários, salvo os previstos em lei, quando em função de direção ou de chefia.

Art. 68 – Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, indústria farmacêutica, óptica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou comercialização de produtos de prescrição médica, qualquer que seja sua natureza.

Art. 69 – Exercer simultaneamente a medicina e a farmácia ou obter vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela prescrição e/ou comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza, cuja compra decorra de influência direta em virtude de sua atividade profissional.

Art. 70 – Deixar de apresentar separadamente seus honorários quando outros profissionais participarem do atendimento ao paciente.

Art. 71 – Oferecer seus serviços profissionais como prêmio, qualquer que seja sua natureza.

Art. 72 – Estabelecer vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciam ou comercializam planos de financiamento, cartões de descontos ou consórcios para procedimentos médicos.

CAPÍTULO IX

SIGILO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

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

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

Art. 74 – Revelar sigilo profissional relacionado a paciente criança ou adolescente, desde que estes tenham capacidade de discernimento, inclusive a seus pais ou representantes legais, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.

Art. 75 – Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou imagens que os tornem reconhecíveis em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente.

Art. 76 – Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 77 – Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito, salvo por expresso consentimento do seu representante legal.

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

Art. 79 – Deixar de guardar o sigilo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

CAPÍTULO X

DOCUMENTOS MÉDICOS

É vedado ao médico:

Art. 80 – Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.

Art. 81 – Atestar como forma de obter vantagem.

Art. 82 – Usar formulários institucionais para atestar, prescrever e solicitar exames ou procedimentos fora da instituição a que pertençam tais formulários.

Art. 83 – Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 84 – Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Art. 85 – Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade.

Art. 86 – Deixar de fornecer laudo médico ao paciente ou a seu representante legal quando aquele for encaminhado ou transferido para continuação do tratamento ou em caso de solicitação de alta.

Art. 87 – Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§ 1º – O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º – O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.

§ 3º – Cabe ao médico assistente ou a seu substituto elaborar e entregar o sumário de alta ao paciente ou, na sua impossibilidade, ao seu representante legal.

Art. 88 – Negar ao paciente ou, na sua impossibilidade, a seu representante legal, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como

deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.

Art. 89 – Liberar cópias do prontuário sob sua guarda exceto para atender a ordem judicial ou para sua própria defesa, assim como quando autorizado por escrito pelo paciente.

§ 1º – Quando requisitado judicialmente, o prontuário será encaminhado ao juízo requisitante.

§ 2º – Quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional.

Art. 90 – Deixar de fornecer cópia do prontuário médico de seu paciente quando de sua requisição pelos Conselhos Regionais de Medicina.

Art. 91 – Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal.

CAPÍTULO XI

AUDITORIA E PERÍCIA MÉDICA

É vedado ao médico:

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

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

Art. 94 – Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Art. 95 – Realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

Art. 96 – Receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.

Art. 97 – Autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.

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

Parágrafo único. O médico tem direito a justa remuneração pela realização do exame pericial.

CAPÍTULO XII

ENSINO E PESQUISA MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 99 – Participar de qualquer tipo de experiência envolvendo seres humanos com fins bélicos, políticos, étnicos, eugênicos ou outros que atentem contra a dignidade humana.

Art. 100 – Deixar de obter aprovação de protocolo para a realização de pesquisa em seres humanos, de acordo com a legislação vigente.

Art. 101 – Deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa.

§ 1º – No caso de o paciente participante de pesquisa ser criança, adolescente, pessoa com transtorno ou doença mental, em situação de diminuição de sua capacidade de discernir, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão.

§ 2º – O acesso aos prontuários será permitido aos médicos, em estudos retrospectivos com questões metodológicas justificáveis e autorizados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ou pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep).

Art. 102 – Deixar de utilizar a terapêutica correta quando seu uso estiver liberado no País.

Parágrafo único. A utilização de terapêutica experimental é permitida quando aceita pelos órgãos competentes e com o consentimento do paciente ou de seu representante legal, adequadamente esclarecidos da situação e das possíveis consequências.

Art. 103 – Realizar pesquisa em uma comunidade sem antes informá-la e esclarecê-la sobre a natureza da investigação e deixar de atender ao objetivo de proteção à saúde pública, respeitadas as características locais e a legislação pertinente.

Art. 104 – Deixar de manter independência profissional e científica em relação a financiadores de pesquisa médica, satisfazendo interesse comercial ou obtendo vantagens pessoais.

Art. 105 – Realizar pesquisa médica em sujeitos que sejam direta ou indiretamente dependentes ou subordinados ao pesquisador.

Art. 106 – Manter vínculo de qualquer natureza com pesquisas médicas em seres humanos que usem placebo de maneira isolada em experimentos, quando houver método profilático ou terapêutico eficaz.

Art. 107 – Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado; atribuir a si mesmo autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação, bem como omitir do artigo científico o nome de quem dele tenha participado.

Art. 108 – Utilizar dados, informações ou opiniões ainda não publicadas, sem referência ao seu autor ou sem sua autorização por escrito.

Art. 109 – Deixar de zelar, quando docente ou autor de publicações científicas, pela veracidade, clareza e imparcialidade das informações apresentadas, bem como deixar de declarar relações com a indústria de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos, implantes de qualquer natureza e outras que possam configurar conflitos de interesse, ainda que em potencial.

Art. 110 – Praticar a medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado.

CAPÍTULO XIII

PUBLICIDADE MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 111 – Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade.

Art. 112 – Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

Art. 113 – Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido cientificamente por órgão competente.

Art. 114 – Anunciar títulos científicos que não possa comprovar e especialidade ou área de atuação para a qual não esteja qualificado e registrado no Conselho Regional de Medicina.

Art. 115 – Participar de anúncios de empresas comerciais, qualquer que seja sua natureza, valendo-se de sua profissão.

Art. 116 – Apresentar como originais quaisquer ideias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

Art. 117 – Deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, seu nome, seu número no Conselho Regional de Medicina, com o estado da Federação no qual foi inscrito e Registro de Qualificação de Especialista (RQE) quando anunciar a especialidade.

Parágrafo único. Nos anúncios de estabelecimentos de saúde, devem constar o nome e o número de registro, no Conselho Regional de Medicina, do diretor técnico.

CAPÍTULO XIV

DISPOSIÇÕES GERAIS

I – O médico portador de doença incapacitante para o exercício profissional, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade.

II – Os médicos que cometerem faltas graves previstas neste Código e cuja continuidade do exercício profissional constitua risco de danos irreparáveis ao paciente ou à sociedade poderão ter o exercício profissional suspenso mediante procedimento administrativo específico.

III – O Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina e a categoria médica, promoverá a revisão e atualização do presente Código quando necessárias.

IV – As omissões deste Código serão sanadas pelo Conselho Federal de Medicina.

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.217/2018

Resolução aprovada na sessão plenária de 27 de setembro de 2018.

Publicada no D.O.U. de 01 de novembro de 2018, Seção I, p. 179.

ATUALIZAÇÃO DE NORMAS TÉCNICAS CONCERNENTES À DIGITALIZAÇÃO E USO DOS SISTEMAS INFORMATIZADOS PARA GUARDA E MANUSEIO DE PRONTUÁRIOS

UPDATING OF TECHNICAL STANDARDS CONCERNING THE DIGITIZATION AND USE OF
COMPUTERIZED SYSTEMS FOR THE STORAGE AND HANDLING OF MEDICAL RECORDS

CFM *

Palavras-chave – *Digitalização, prontuário, médico, guarda, manuseio, descarte.*

Keywords – *Digitization, medical records, custody, handling, disposal.*

EMENTA

Revoga o artigo 10º da Resolução CFM nº 1.821/2007, de 23 de novembro de 2007, que aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, respectiva e posteriormente alterados pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009;

CONSIDERANDO que cabe ao Conselho Federal de Medicina a normatização e a fiscalização do exercício da medicina;

CONSIDERANDO o término do Convênio CFM/SBIS;

CONSIDERANDO a evolução tecnológica na última década e a necessidade de estudo mais atual e pormenorizado para rever as novas regras para assinatura de

*Conselho Federal de Medicina.

novo convênio com o mesmo objeto, que traga maior segurança operacional aos prontuários eletrônicos e reúna dados adequados a nova realidade tecnológica;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária do dia 24 de outubro de 2018.

RESOLVE:

Art. 1º – Revogar o artigo 10º da Resolução CFM nº 1.821/2007, publicada no D.O.U. de 23 nov. 2007, Seção I, pg. 252.

Art. 2º – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga-se os dispositivos em contrário.

Brasília-DF, 24 de outubro de 2018.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA

Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.218/2018

Em virtude do término do Convênio CFM/SBIS e em virtude da evolução tecnológica na última década e a necessidade de um estudo mais pormenorizado e atual para rever as novas regras para assinatura de novo convênio com o mesmo objeto, que traga maior segurança operacional aos prontuários eletrônicos e reúna dados adequados a nova realidade tecnológica, torna-se imperioso, no momento, a revogação do art. 10 da Resolução CFM nº 1.821/2017, que estabelece que o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), mediante convênio específico, expedirão selo de qualidade dos sistemas informatizados que estejam de acordo com o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, aprovado nesta resolução.

ALDEMIR HUMBERTO SOARES

Conselheiro-relator

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.218/2018

Aprovada na sessão plenária de 24/10/18.

Publicada no D.O.U. de 29 de novembro de 2018, Seção I

MÉDICOS DO TRABALHO REGISTRADOS NOS CRMs ATÉ 2006 PODERÃO OBTER RQE

REGISTERED IN THE CRMs UNTIL 2006 CAN OBTAIN RQE

CFM *

Palavras-chave – *Médico, trabalho, registro, especialidade, qualificação, anúncio.*

Keywords – *Medical, job, registration, specialty, qualification, advertisement.*

Os profissionais com registro de médico do trabalho em livros específicos nos Conselhos Regionais de Medicina até o dia 4 de setembro de 2006 passam a ter direito ao Registro de Qualificação de Especialista (RQE) em Medicina do Trabalho. É o que estabelece a Resolução CFM 2.219/18, publicada no Diário Oficial da União no dia 18 de dezembro.

O médico que atender a esse requisito e estiver interessado em exercer o seu direito ao RQE em medicina do trabalho deverá procurar o CRM de sua jurisdição para requerer o registro. O normativo do CFM também alerta que para anunciar-se como especialista em Medicina do Trabalho, o médico deverá ter o RQE. “A simples inscrição em livros específicos não autoriza a vinculação, o anúncio ou a divulgação de tais profissionais como especialistas em Medicina do Trabalho”, esclarece a Resolução 2.219/18.

*Conselho Federal de Medicina.

Histórico – Em 1990, o Ministério do Trabalho publicou a Norma Regulamentadora nº 4/90, estabelecendo que o médico atuante nos Serviços de Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) deveriam possuir certificado de conclusão de curso de especialização em Medicina do Trabalho em nível de pós-graduação ou concluído residência médica na área reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). A partir de então, médicos do trabalho atuantes nos SESMT com pós-graduação passaram a ser inscritos, nos CRMs, em livros específicos.

No dia 4 de setembro de 2006, o CFM publicou a Resolução nº 1.7996/06, estabelecendo que não competia aos CRMs registrarem o certificado de conclusão de curso de especialização em Medicina do Trabalho, em nível de pós-graduação, “haja vista este certificado não conferir ao médico o título de especialista em medicina do trabalho”. Esta Resolução, passou a ser considerada o marco regulatório do fim do registro de médicos do trabalho em livros.

Com a Resolução 2.219/18, o CFM esclarece que os médicos do trabalho registrados em livros específicos até 4 de setembro de 2006 poderão requerer o registro de especialista. “O nosso objetivo, ao regulamentar a matéria, foi dar segurança jurídica para os profissionais médicos”, esclarece o relator da Resolução, conselheiro federal Aldemir Humberto Soares, representante da AMB no CFM.

EMENTA

Regulamenta o registro de especialidade de médicos do trabalho cadastrados em livros específicos até 4 de setembro de 2006.

A RESOLUÇÃO

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

CONSIDERANDO o convênio celebrado em 11 de abril de 2002 entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) visando estabelecer critérios para o reconhecimento e a denominação de especialidades e áreas de atuação na Medicina, bem como a forma de concessão e registro de títulos de especialista;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.799/2006, que dispõe sobre a não obrigatoriedade de registro de certificado de conclusão de curso de especialização em Medicina do Trabalho pelo CFM e pelos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO o item 4.4.1 da Portaria nº 590/2014 do Ministério do Trabalho e Emprego, que altera a Norma Regulamentadora nº 04 (NR4) e determina que os profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) devem possuir formação e registro profissional em conformidade com o disposto na regulamentação da profissão e nos instrumentos normativos emitidos pelo respectivo Conselho Profissional, quando existente;

CONSIDERANDO a Portaria nº 2018/2014 do Ministério do Trabalho e Emprego, que em seu Art. 2º concedeu prazo de quatro anos para que os médicos do trabalho integrantes dos SESMT atendam aos requisitos de formação e registro profissional exigidos na regulamentação da profissão e nos instrumentos normativos emitidos pelo CFM, nos termos do item 4.4.1 da NR4, com redação dada pela Portaria nº 590/2014;

CONSIDERANDO o Decreto nº 8.516/2015, que regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas e em seu Art. 4º estabelece a Comissão Mista de Especialidades (CME), à qual compete definir as especialidades médicas no Brasil;

CONSIDERANDO o Art. 2º da Portaria CME nº 01/2016, homologada pela Resolução CFM nº 2.148/2016, que define a competência da CME para deliberação dos assuntos relacionados a especialidades médicas e áreas de atuação, inclusive os oriundos das entidades que a compõem;

CONSIDERANDO o Despacho Cojur nº 11/2018, que concluiu pela competência da CME para definir as especialidades médicas, devendo a decisão ser homologada por resolução do CFM;

CONSIDERANDO a decisão da CME, que definiu a Resolução CFM nº 1.799/2006 como marco regulatório do fim do registro de médicos do trabalho em livros;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 21 de novembro de 2018,

RESOLVE:

Art. 1º – Os médicos com registro de médico do trabalho em livros específicos nos Conselhos Regionais de Medicina até a data de 4 de setembro de 2006 passam a ter direito ao Registro de Qualificação de Especialista (RQE) em Medicina do Trabalho.

Art. 2º – O médico que atender a esse requisito específico e estiver interessado em exercer seu direito ao RQE de Medicina do Trabalho deverá procurar o Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição para requerer o registro.

Art. 3º – A simples inscrição em livros específicos não autoriza a vinculação, o anúncio ou a divulgação de tais profissionais como especialistas em Medicina do Trabalho, conforme os artigos 17 e 20 da Lei nº 3.268/57.

Art. 4º – Ficam revogadas a Resolução CFM nº 2.061/2013 e todas as disposições em contrário.

Art. 5º – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 21 de novembro de 2018.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA

Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-geral

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.219/2018

Resolução aprovada na sessão plenária de 21 de novembro de 2018.

Publicada no D.O.U. de 18 de dezembro de 2018, Seção I, p. 389

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS NÃO CONVENIADOS POR COOPERATIVAS OU PLANOS DE SAÚDE

SPECIAL PROCEDURES NOT AGREED BY COOPERATIVES OR HEALTH PLANS

*Celso Murad **

Palavras-chave – *Médico, autonomia, procedimentos, operadoras, direitos, ética.*

Keywords – *Medical, autonomy, procedures, operators, rights, ethics.*

EMENTA

O médico no exercício das suas funções tem o direito de exercê-las com plena autonomia, assim como lhe compete o dever de requerê-las. Nenhuma deliberação em contrário pode ser imposta às suas funções.

DA CONSULTA

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é consultada por parlamentar sobre a situação adotada por algumas cooperativas ou operadoras de saúde em relação aos procedimentos especiais não conveniados ao plano. Registra que na análise do mérito da demanda identifica tratar-se de possível violação ao Código de Ética Médica, motivo pelo qual encaminha presente para análise deste Conselho.

Informa a decisão ao requerente, assim como o esclarece das coberturas definidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

*Conselheiro relator do Conselho Federal de Medicina.

A consulta original tem em seu mérito duas vertentes, conforme texto do solicitante: “Atualmente, quando um paciente necessita de um procedimento ou material de tecnologia não custeada por estas operadoras ou cooperativas, o médico credenciado deve solicitar o procedimento e o material em uma guia de convênio específica, juntamente com um relatório em anexo com as explicações técnicas e as reais necessidades. Diante da solicitação o paciente pode fazer um acordo com o convênio, desistir do tratamento ou até mesmo uma interpelação judicial contra o convênio, que geralmente é positiva em relação ao paciente.

Diante da situação exposta, algumas cooperativas/operadoras de plano de saúde tem incluído em seus estatutos a determinação de que tecnologias e materiais não constantes em sua tabela interna não poderão ser solicitados pelo médico cooperado em guia do plano; no caso da identificação da situação de necessidade, caberá ao médico dizer o que o paciente precisa, mas que não há cobertura contratual e encaminhá-lo à operadora com um relatório em seu receituário, mas não mais na guia do plano, em caso de descumprimento de tal norma o médico solicitante será, em primeira instância, depois será convocado a prestar esclarecimentos e, por fim, obrigado a pagar os custos do tratamento proposto ao paciente.

Ressalta-se que tal procedimento estaria ferindo o Código de Ética Médica (...)”.

DO PARECER

A relação médico/paciente é estabelecida sob a autonomia de ambos. Do médico, no seu direito de exercer livremente seu ofício, decidindo o que de melhor pode ser utilizado em benefício de seu paciente. Deste, de ter condições de decidir livre e conscientemente sobre a aceitação ou recusa de quaisquer procedimentos a serem utilizados no tratamento, prevenção ou recuperação dos agravos à sua saúde.

Principal pilar normativo de nossos deveres éticos, a autonomia profissional já é contemplada no CEM desde seus princípios fundamentais, de onde destacamos:

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.

XVI – nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da

execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

No capítulo II, referente aos direitos do médico, encontramos:

II – é direito do médico indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respaldadas na legislação vigente.

Capítulo III – Responsabilidade Profissional

Art. 32 – é vedado ao médico deixar de usar todos os meios disponíveis e ao seu alcance, em favor do paciente.

Demonstram, além de tudo, esta autonomia não só como um direito, mas também, como um dever.

Capítulo XI – Auditoria e Perícia Médica

Art. 94 – é vedado ao médico intervir quando em função de auditor ou de perito nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Art. 97 – é vedado ao médico autorizar, vetar, bem como modificar, quando na sua função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo no último caso em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando por escrito, o fato ao médico assistente.

No mesmo caminho, a Resolução CFM nº 1642/02, define que as empresas que atuam sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médicos devem estar registradas nos Conselhos Regionais de Medicina de sua respectiva jurisdição, bem como respeitar a autonomia profissional dos médicos (...).

Registradas no CRM, estas empresas estão subordinadas, na pessoa de seu Diretor Técnico, à obediência e a proteção das normas emanadas pelo Conselho.

Em relação às operadoras, a própria Lei 9.656/98, estabelece em seu artigo 10, § 4º (incluído pela Medida Provisória nº 2177-44 de 2001) que “A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS.

No tocante aos materiais utilizados nos procedimentos que fazem parte da cobertura obrigatória, a prerrogativa de determinar suas características é do médico

assistente, obedecendo ao definido, tanto pela Resolução normativa ANS 211/10 quanto pela Resolução CFM nº1956/10.

Pelo exposto, entendemos que a conduta pleiteada por operadoras planos de saúde e cooperativas de trabalho médico, desrespeita e coloca em risco o direito dos pacientes a uma assistência médica de qualidade e a garantia necessária ao médico, respeitando sua autonomia e possibilitando ao seu labor o alcance do resultado esperado.

Transferir para o médico assistente qualquer responsabilidade por custos emanados da atuação deste em benefício de seu paciente molda conduta com fortes indícios de antieticidade e distanciamento dos bons propósitos, devendo seus responsáveis técnicos responderem por seus atos frente as cortes regulares de sua profissão.

CONCLUSÃO

Entendemos, caber ao médico, dentro das normas emanadas pela legislação vigente, o direito de exercer sua profissão com a autonomia exigida por este mister. Especificamente, no âmbito da saúde suplementar, estas normas são oriundas da Agência Nacional de Saúde Suplementar e no que se refere ao trabalho médico, dos Conselho Federal e Regionais de Medicina.

A análise de ilícitos éticos referentes à Medicina, independente da origem, serão da responsabilidade do Conselho Regular da Profissão na unidade federativa onde ocorrer o fato.

É o parecer, SMJ.

Brasília, 23 de novembro de 2018.

CELSO MURAD
Conselheiro Relator

PROCESSO-CONSULTA CFM nº 48/2012

PARECER CFM nº 37/2018

Aprovado e Homologado.

Sessão plenária de 23/11/2018

**RESPONSABILIDADE TÉCNICA E ÉTICA DO DIRETOR
TÉCNICO ASSISTENCIAL EM RELAÇÃO AOS DEMAIS
PROFISSIONAIS MULTIDISCIPLINARES**

TECHNICAL AND ETHICAL RESPONSIBILITY OF TECHNICAL ASSISTANCE
DIRECTOR IN RELATION TO OTHER MULTIDISCIPLINARY PROFESSIONALS

*Hermann Alexandre Vivacqua von Tiesenhausen **

Palavras-chave – *Diretores, direção técnica, responsabilidade, registro, hierarquia, serviço de saúde, hospital.*

Keywords – *Directors, technical direction, responsibility, registry, hierarchy, health service, hospital.*

EMENTA

Em unidade de saúde cuja atividade principal é assistência médica, os demais profissionais estão subordinados hierarquicamente ao diretor técnico, respeitando-se as normas éticas das outras profissões.

DA CONSULTA

O Hospital Regional do Estado de Mato Grosso do Sul Rosa Pedrossian é um hospital 100% SUS, sendo seu quadro de funcionários 100% concursado. No organograma do hospital existe:

- Diretoria Geral;
- Diretoria Administrativa;
- Diretoria Técnica Assistencial;
- Diretoria de Ensino Pesquisa e Qualidade Institucional;
- Diretoria de Enfermagem;
- Diretoria Clínica.

*Conselheiro relator do CFM.

Solicitamos parecer sobre a responsabilidade técnica e ética do Diretor Técnico assistencial em relação à enfermagem e aos demais profissionais multidisciplinares.

DO PARECER

Inicialmente, é importante destacar que foi encaminhado pelo Departamento de Processo-Consulta o ofício CFM nº 2181/2016-DEPCO, no sentido de que as respostas aos questionamentos formulados estão contempladas no artigo 2º da Resolução CFM nº 1.342/1991 e no artigo 11 da Resolução CFM nº 997/1980.

Destaco da Resolução CFM nº 1.342/1991 in verbis:

Artigo 2º - São atribuições do diretor técnico:

- a) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor.
- b) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica visando o melhor desempenho do corpo clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição.

Por outro lado, a Resolução CFM nº 997/1980, que em seus considerandos cita, entre outros, o Decreto nº 20.931/1932, diz que os estabelecimentos de saúde devem ser dirigidos por médicos designados Diretores Técnicos, in verbis:

Artigo 11 - O Diretor Técnico Médico, principal responsável pelo funcionamento dos estabelecimentos de Saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento que a ele ficam subordinados hierarquicamente.

Em resposta ao ofício CFM nº 2.181/2016-DEPCO, o Diretor Presidente encaminha ofício, relatando comunicação interna nº 97/2016 da Diretora de Enfermagem, sendo que foi instituída a Diretoria de Enfermagem no mesmo nível da Diretoria Técnica e Diretoria Clínica, e a equipe de enfermagem se recusa a respeitar as decisões da Diretoria Técnica, alegando que cabe à Direção de Enfermagem decidir questões da profissão, sendo que essas situações estão causando conflitos corporativos dentro da Instituição.

Solicito ainda, se é possível, tirar a responsabilidade da Direção Técnica e transferi-la para a Direção de Enfermagem.

Destaco da comunicação interna do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul/ Funsau nº 97/2016 os fundamentos utilizados pela Diretoria de Enfermagem (folha 17) que, em relação à interpretação da Resolução CFM nº 1.342/1991, ela conflita com a Lei nº 4.798/1986, que regulamenta o exercício de enfermagem, visto que é privativo do enfermeiro e direção de órgão de enfermagem integrante

da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem, organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras de serviço, planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem, entre outras.

Conflita também com a Resolução Cofen nº 458/2014, que normatiza as condições para anotação da responsabilidade técnica pelo serviço de enfermagem e define as atribuições do enfermeiro responsável técnico.

Embasado no princípio de igualdade aplicado à prestação de cuidados aos pacientes que está fundamentado no artigo 5º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, entende-se que as categorias profissionais devem exercer com liberdade suas competências éticas e legais.

Conclui a diretoria de enfermagem que se pretende com isso evitar que o exercício de enfermagem no Hospital Regional do Mato Grosso do Sul seja cerceado decorrente da interpretação da Resolução do CFM.

Inicialmente temos que o registro dos estabelecimentos de saúde nos Conselhos de Medicina se tornou obrigatório com o advento da Lei Federal nº 6.839/1980, que dispõe sobre o registro de empresas nas entidades fiscalizadoras do exercício de profissões.

Assim, o CFM, no uso de suas atribuições previstas na Lei nº 3.268/1957 e em cumprimento à disposição da Lei nº 6.839/1980, normatizou o registro dos estabelecimentos de saúde nos Conselhos Regionais por meio das Resoluções CFM nº 997/1980 e 1.980/2011, sendo que a vigilância sanitária, para expedição de alvará, exige o registro dos estabelecimentos de saúde nos conselhos de classe em cumprimento ao Decreto Federal nº 20.931/1932.

Da mesma forma, foi editada a Resolução CFM nº 1.342/1991, que disciplina as competências do Diretor Clínico e Diretor Técnico, revogado pela Resolução CFM nº 2.147/2016, que acrescentou aos seus fundamentos a Lei nº 12.842/2013 (Lei do Ato Médico), que disciplina ser ato privativo de médico a coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico.

Aliás, essa exigência deu prazo a toda normatização que o CFM editou sobre a matéria, exaltando que o Diretor Técnico é o principal responsável pelo funcionamento dos estabelecimentos da saúde e terá obrigatoriedade sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento que a ele ficam subordinados hierarquicamente, conforme dispositivos legais.

Logo, para que se tenha competência para exercer o cargo de direção de um hospital, há a necessidade de Lei, e não um simples ato administrativo (Resolução) para permitir tal exercício.

A própria Lei do Ato Médico traz no seu artigo 5º, parágrafo único, que a direção administrativa de serviços de saúde não constitui função privativa de médico, porém não revoga as legislações pertinentes, apenas que outro profissional para exercer tal função deverá ter em sua legislação expressamente a permissão, o que não é o caso da profissão de enfermagem, nem a Resolução Cofen nº 509/2016, que atualiza a norma técnica para anotação de responsabilidade técnica pelo serviço de enfermagem e define atribuições de enfermeiro responsável técnico, não prevendo recusa pelo enfermeiros de respeitar as decisões do Diretor Técnico Médico, visto que a referida Resolução não interfere no exercício dos profissionais de enfermagem contido na Lei nº 5.905/1973.

Destaca-se como fundamento legal o artigo 28 do Decreto nº 20.931/1932, que preceitua que qualquer organização hospitalar ou de assistência médica, pública ou privada, obrigatoriamente, tem que funcionar com um Diretor Técnico, habilitado para exercício de medicina, como principal responsável pelos atos médicos ali realizados, nos seguintes termos:

Artigo 28: Nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica pública ou privada poderá funcionar em qualquer ponto do território nacional sem ter um Diretor Técnico principal responsável habilitado para o exercício da medicina nos termos do regulamento Sanitário Federal.

No requerimento de licença para seu funcionamento deverá o diretor técnico do estabelecimento enviar à autoridade sanitária competente a relação dos profissionais que nele trabalham, comunicando-lhe as alterações que forem ocorrendo no seu quadro.

Destaca-se ainda o artigo 15 da Lei nº 3.999/1961, que denota a ideia de que os cargos ou funções de serviços médicos somente podem ser exercidos por médicos devidamente habilitados na forma da Lei.

Nesse sentido, a Resolução CFM nº 2.147/2016 definiu os deveres da Direção Técnica, destacando-se o artigo 2º, parágrafo 3º:

- I - Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor.
- II - Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando ao melhor desempenho do corpo clínico e dos demais profissionais de saúde em benefício da população, sendo responsável por faltas éticas decorrentes das deficiências materiais, instrumentos

e técnicas da instituição. [...]

IX - Assegurar que o abastecimento de produtos e insumos de qualquer natureza seja adequado ao suprimento do consumo do estabelecimento assistencial, inclusive alimentos e produtos farmacêuticos, conforme padronização da instituição.

X - Cumprir o que determina a Resolução CFM nº 2.056/2013, no que for atinente à organização dos demais setores assistenciais, coordenando as ações e pugnano pela harmonia intra e interprofissional.

CONCLUSÃO

I - Importante e relevante ressaltar ao consulente da denominação de Diretor Técnico Assistencial, porém a denominação legal é apenas Diretor Técnico, conforme as legislações vigentes, além de o organograma colocar a Diretoria Técnica assistencial na mesma linha hierárquica de enfermagem e outras, o que não coaduna com a legislação vigente e traz certamente conflito de competências por induzir ausência de hierarquia nesse sentido, em uma unidade cuja atividade principal é a assistência médica.

II - Pelo exposto, tem-se que, pela legislação brasileira citada, especificamente o Decreto nº 20.931/1932 e a Lei nº 6.839/1980, sendo que a primeira determina que um médico deve assumir a direção técnica de um hospital e a ele cabe fazer cumprir tal preceito, na atividade-fim principal do hospital, que é a assistência médica, e na direção de outros profissionais de saúde, não há conflito para os ditames éticos de cada profissão, visto que não interferem na atuação profissional, regida por Lei, cabendo ao Diretor Técnico a supervisão de todas as atividades exercidas na Instituição de acordo com a norma legal, não havendo, portanto, nessa hierarquia afronta a lei de enfermagem ou de qualquer outra profissão da área da saúde.

É o parecer, SMJ.

Brasília, 23 de outubro de 2018.

HERMANN ALEXANDRE VIVACQUA VON TIESENHAUSEN

Conselheiro-relator

PROCESSO-CONSULTA CFM nº 54/2016

PARECER CFM nº 33/2018

Aprovado e Homologado

Sessão plenária de 23/10/2018.

PREENCHIMENTO DE RESUMO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR PARA DOMICÍLIO, TRANSFERÊNCIA OU ÓBITO

FILLING OUT SUMMARY OF HOSPITAL MEDICAL DISCHARGE
FOR DOMICILE, TRANSFER OR DEATH

*Donizetti Dimer Giamberardino Filho **

Palavras-chave – *Alta hospitalar, responsabilidade, assistente, hierarquia, óbito, prontuário.*

Keywords – *Hospital discharge, responsibility, assistant, hierarchy, death, medical records.*

EMENTA

O sumário de Alta Médica Hospitalar é documento obrigatório na composição do prontuário médico, sendo sua realização de responsabilidade do médico assistente, respeitando a descrição de hierarquia prevista na Resolução CFM nº 1.638/2002.

DA CONSULTA

Justificativa: Médico faz a seguinte apresentação: “No meu local de trabalho o Hospital está solicitando que eu realize o preenchimento do resumo de alta médica, sendo que não fui eu que assisti o paciente. Geralmente esses resumos de alta que estão solicitando que eu preencha são de pacientes que vieram a óbito. Portanto, gostaria de um parecer e/ou orientação para tal situação.

*Conselheiro relator CFM

DO PARECER

O consulente indaga a respeito de a quem pertence a obrigação de realizar o resumo de alta médica hospitalar. A Resolução CFM nº 1.638/2002 determina em seus artigos 1º, 2º, 3º, 4º e 5º:

Art. 1º – Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 2º – Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

I. Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;

II. À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;

III. À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3º – Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4º – A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Art. 5º – Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

a. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via

pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

l. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

O Resumo/Sumário de Alta é citado em publicações do setor Saúde:

Manual de Orientação Ética e Disciplinar, publicado em 2000 pelo CRM-SC; Parecer Cremeb nº 40/2009; Jornal do Cremesp, edição 312, publicada em março de 2014, seção "Jovem Médico: Prontuário Médico"; Parecer Consulta CRM-PA 7/2015; entre outras do Ministério da Saúde.

As certificações de qualidade hospitalar recomendam o documento de Sumário de Alta, sendo que a Joint Commission International (JCI) também indica sua necessidade, preenchido na alta hospitalar em formulário a ser definido pela Instituição, prontuário manual ou eletrônico, devendo ser entregue ao paciente, representante ou responsável legal.

Neste sentido, podemos aduzir que entre os documentos que constituem o prontuário médico está o Resumo de Alta.

Este sumário deve apresentar o conjunto dos principais registros realizados durante a permanência do paciente em atendimento, representados pela identificação do paciente, período de permanência, histórico dos antecedentes, motivo da internação, prescrição, evolução clínica, procedimentos e principais exames complementares realizados, condutas terapêuticas adotadas, diagnósticos da admissão e da alta hospitalar, orientação e conduta pós-alta. O conjunto de dados ou conteúdo apresentado deve ser conciso, preciso e adequado para a comunicação entre profissionais de saúde, paciente ou seus responsáveis legais.

Neste sentido, conforme a Resolução CFM nº 1.638/2002, a responsabilidade inicial do preenchimento do prontuário, e por consequência do Resumo de Alta, pertence ao médico assistente, à chefia da equipe, à Direção Clínica e à Direção Técnica, nesta ordem.

O § 3º do artigo 87 do Código de Ética Médica, Resolução CFM nº 2.217/2018, estabelece que “cabe ao médico assistente ou a seu substituto elaborar e entregar o sumário de alta ao paciente ou, na sua impossibilidade, ao seu representante legal”.

A Resolução CFM nº 2.147/2016 estabelece normas sobre responsabilidade, direitos e atribuições de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos. Nesta linha, outra importante norma é o Regimento de Corpo Médico da

Instituição, que visa disciplinar os deveres e os direitos dos médicos pertencentes ao corpo funcional do Hospital, desde que não contrarie as normas e resoluções do CFM e CRM Regionais.

São normas estabelecidas em assembleias específicas do corpo médico, constantes no seu regimento interno e registradas no CRM de sua jurisdição.

As instituições hospitalares também podem ter em seu corpo médicos contratados formalmente, cujas atribuições envolvam exercer atividade complementar que porventura não seria realizada por algum médico assistente.

DA CONCLUSÃO

O sumário de Alta Médica Hospitalar é documento obrigatório na composição do prontuário médico. A responsabilidade do preenchimento do prontuário pertence

ao médico assistente, sendo também corresponsabilidade do Chefe do Serviço correspondente, do Diretor Clínico e do Diretor Técnico, nesta ordem.

Neste sentido, a realização do sumário de alta é de responsabilidade do médico assistente, respeitando a descrição de hierarquia prevista na Resolução CFM nº 1.638/2002.

É o parecer, SMJ.

Brasília, 22 de novembro de 2018.

DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO
Conselheiro-Relator

PROCESSO-CONSULTA CFM nº 9/2018

PARECER CFM nº 36/2018

Aprovado e Homologado

Sessão Plenária de 22 de novembro de 2018.

PLANTÃO MÉDICO E A RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

MEDICAL PLANNING AND PROFESSIONAL RESPONSIBILITY

Mauro Roberto Duarte Monteiro *

Palavras-chave – *Escala de plantão, médico, planejamento, prazo de troca, substituição, ética.*

Keywords – *Scale of duty, medical, planning, term of exchange, replacement, ethics.*

EMENTA

Escala de plantões. Conhecimento prévio. Prazo de troca.

CONSULTA

Em e-mail encaminhado a este Conselho Regional de Medicina, médico formula consulta com o seguinte teor:

“Procede tipo de informação distribuída por empresa para os plantonistas da UPA e, em outra questão, trata da desistência repentina de plantões sem aviso prévio de, no mínimo, 20 dias (quando não há indicação de outro profissional para ocupar o lugar). Todo dia 25 de cada mês iremos encaminhar a escala para prefeitura que, posteriormente, irá publicá-la. Isto significa que todos os órgãos competentes irão ter acesso à mesma,

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

inclusive o CRM. Então, a partir desta data, quem for se ausentar da escala queira, por favor comunicar com antecedência mínima de 20 dias ou se fazer substituir. Vejam, não há problema algum em fazer-se substituir, por outro colega, mas o que não pode acontecer, de forma alguma, é simplesmente desmarcar o plantão e deixar o furo em aberto. Cada um é responsável pelos plantões que agenda. Imaginem o contrário: se o profissional fosse retirado da escala sem seu consentimento, e isso tem ocorrido com frequência nas unidades básicas de saúde... Falo isso, novamente, não por má vontade ou perseguição, porém se somos notificados pelo CRM, somos obrigados a informar qualquer ocorrência nesse sentido! Preciso da colaboração de todos, lógico que cada caso é um caso e somos parceiros, por isso vamos sempre conversar para ajudar a resolver qualquer problema..."

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O Código De Ética Médica, Capítulo Iii, Responsabilidade Profissional estabelece:

Art. 9º Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.

Parágrafo único. Na ausência de médico plantonista substituto, a direção técnica do estabelecimento de saúde deve providenciar a substituição.

A Resolução CFM Nº 2.056/2013, Capítulo I da Organização e Competência dos Departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina disciplina:

Art. 2º Compete ao Departamento de Fiscalização:

- a) Planejar, executar e avaliar as ações do Departamento;
- b) Fiscalizar o exercício da profissão de médico;
- c) Fiscalizar com exclusividade os serviços e estabelecimentos onde houver exercício da Medicina, exceto no que for concorrente às agências de Vigilância Sanitária e outros órgãos de fiscalização profissional no âmbito restrito de suas competências.

Logo, é realmente de competência dos Conselhos Regionais de Medicina a fiscalização de plantões, devendo ser as escalas, previamente, conhecidas pelos médicos e arquivadas para conhecimento posterior, caso necessário.

O PARECER Nº 1886/2007 CRM-PR afirma:

O Código de Ética Médica (CEM) em seu artigo 37 expressa que é vedado ao médico: “Deixar de comparecer a plantão em horário pré-estabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior”.

Dentro desta normativa, fica claro que o plantonista que está terminando o seu turno, deve aguardar a chegada do outro colega que irá substituí-lo, para que não ocorra prejuízo ao atendimento prestado à população, salvo motivo justificável, por exemplo, ter que assumir outro posto de trabalho, o médico que se ausenta de plantão sem motivo e sem que outro tenha efetivamente assumido o posto, não só pode cometer ilícito ético, como também pode ser responsabilizado civilmente.

Segundo o **PARECER CREMEB Nº 13/13**:

1. A elaboração de escala de plantões de uma unidade de saúde é de competência da direção técnica, juntamente com seu coordenador do serviço de emergência. A programação de férias deve ser realizada anualmente e os plantonistas substitutos providenciados antecipadamente para que não ocorram faltas de profissionais médicos na composição da equipe de trabalho. Situações eventuais de não cumprimento de escala devem ser tratadas como exceções e providências imediatas devem se acionadas, tanto pela direção técnica como coordenador de emergência e plantonistas.

2. A ausência de profissionais médicos nos plantões é da responsabilidade dos gestores (diretor técnico e clínico) estes responderão ética e juridicamente. Poderá também ser do médico a responsabilidade ética e jurídica quando o mesmo não comparecer ao plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.

3. O médico que identifica em seu plantão qualquer irregularidade deve comunicar ao Diretor técnico, para que as providencias devidas sejam adotadas, de acordo com as normas estabelecidas pelo Código de Ética Médica, e pelas Resoluções dos Conselhos Federal e Regional de Medicina.

CONCLUSÃO

Como apontado pelas resoluções acima, cabe ao Diretor Técnico das instituições de Saúde a confecção das escalas de plantão. Estas escalas são documentos importantes, pois pode haver implicações éticas relacionadas às faltas, aos abandonos

e às trocas de plantão em que haja ausências injustificadas, logo devem ser arquivadas, como o prontuário médico para consulta posterior caso haja necessidade.

As escalas devem ser de amplo conhecimento prévio de todos os plantonistas, mas não há um prazo regulamentado para seu prévio conhecimento, podendo cada instituição em comum acordo com os plantonistas estabelecer o prazo prévio necessário para divulgação da escala. Também, não há regulamentação específica no que diz respeito ao tempo prévio de conhecimento da instituição ou do Diretor Técnico para a troca destes plantões, podendo ser discutido no âmbito de cada instituição, no entanto, todo plantonista deve estar ciente que faltas ou abandonos estão sujeitos a implicações éticas e civis.

Realmente, como apontado na instrução normativa presente na consulta, os Conselhos Regionais de Medicina são órgãos fiscalizadores de toda prática médica, sendo as escalas de plantão passíveis de fiscalização perante estes órgãos. Situações eventuais de não cumprimento de escala devem ser tratadas como exceções e providências imediatas devem se acionadas, tanto pela direção técnica, como pelo coordenador de emergência e plantonistas para complementação da escala ou do plantão.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 05 de novembro de 2018.

CONS. MAURO ROBERTO DUARTE MONTEIRO

Parecerista

PARECER CRM-PR nº 2708/2018

Aprovado e Homologado

Sessão Plenária nº 4823 de 05/11/2018.

OBRIGATORIEDADE DE DIVULGAÇÃO EM PAINÉIS ELETRÔNICOS COM O QUANTITATIVO E NOME DOS MÉDICOS PLANTONISTAS E DEMAIS DADOS

MANDATORY DISCLOSURE ON ELECTRONIC PANELS WITH THE NUMBER
AND NAME OF PHYSICIANS ON CALL AND OTHER DATA

*Donizetti Dimer Giamberardino Filho **

Palavras-chave – *Rol de plantonistas, escala, médicos, exposição, serviços de saúde, legislação ética.*

Keywords – *Role of on-callers, scale, physicians, exhibition, health services, ethical legislation.*

EMENTA

A divulgação de escala de plantão médico (nome e CRM) por hospitais e clínicas não se constitui infração aos preceitos éticos, desde que todos os profissionais de plantão, também, sejam divulgados.

CONSULTA

Em e-mail encaminhado a este Conselho Regional de Medicina, a Secretaria de Estado da Saúde formula consulta com o seguinte teor:

“Submetemos à apreciação desse Conselho, Projeto de Lei nº 423/2018, de autoria de Deputado Estadual, que obriga os hospitais e as clínicas particulares de saúde a manter painéis eletrônicos com o quantitativo e o nome dos médicos plantonistas, suas respectivas áreas de atuação e os horários de entrada e saída para fins de informação aos usuários.

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

Tal proposta foi analisada pelo setor de auditoria desta Secretaria, que sugeriu o envio ao Conselho Regional de Medicina para análise e parecer acerca do proposto pelo referido Deputado. Seguem cópia do Projeto de Lei em questão e do parecer desta Secretaria, solicitando uma manifestação, dentro da maior brevidade possível para que possamos responder à Casa Civil de forma favorável ou não ao prosseguimento do projeto de lei..."

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O presente parecer foi solicitado para análise do Projeto de Lei nº 423/2018 pelos membros do CRM-PR com o objetivo de avaliar as possibilidades e restrições desta modalidade de divulgação. A Lei 3268/57, que estabeleceu os Conselhos Regionais de Medicina e o Conselho Federal de Medicina, determina as atribuições de Supervisão, Fiscalização e Julgamento do exercício da Medicina no país.

O Parecer Consulta CFM nº 19/2008 trata da obrigatoriedade de divulgação de escala de plantão médico pelas instituições médico hospitalares e o texto de sua ementa é o seguinte: a divulgação da escala de plantão médico, pelas instituições médico-hospitalares, não se constitui infração aos preceitos éticos, desde que divulgados todos os nomes dos funcionários de serviço naquele estabelecimento. Na conclusão, se acrescenta que a especialidade do médico pode ser divulgada, se este possuir título de especialista correspondente ao registrado no CRM de sua área de jurisdição.

O modelo de assistência à saúde, no Brasil, é considerado como universal, representado pelo SUS (Sistema Único de Saúde), que possui de modo complementar um Sistema Privado de Saúde. Cerca de 75% da população utiliza o SUS e o restante de 25% o Sistema Privado de Saúde. Neste modelo considerado misto, existem dificuldades estruturais ao atendimento médico dos cidadãos, representados por significativa falta de acesso, percebidas no tempo de espera em consultas de emergência, na dificuldade de acesso a exames complementares, leitos hospitalares, medicamentos e outros.

Além da falta de acesso descrita, em síntese, os estabelecimentos de saúde apresentam problemas estruturais de edificação, ausência ou falta de manutenção dos equipamentos e dificuldade de acesso aos leitos de internação hospitalar de urgência. Sem dúvida, a principal vítima do Sistema de Saúde é o cidadão brasileiro, mas os profissionais de saúde que atuam nestes estabelecimentos também são vítimas, pois atuam sob estresse, em ambiente de insegurança, sem condições

adequadas ao exercício profissional, muitas vezes dentro de situações caóticas e que lembram episódios de guerra.

Infelizmente, este cenário é crônico, resultantes principalmente do subfinanciamento e má gestão, da falta de priorização na Atenção Primária à Saúde, cuja ineficiência acarreta excesso de pacientes em serviços de emergência, alguns pacientes com doenças agudas, mas muitos que lá estão por falta de acesso na rede de prestadores.

Neste sentido, compreendemos o objetivo do legislador em promover transparência do serviço prestado ao cidadão usuário do sistema, recebendo informações a respeito da equipe de profissionais de plantão, mas deve se ater aos limites estabelecidos na lei e na privacidade dos profissionais. Com certeza, não será através de um painel com nomes de profissionais que serão resolvidos os graves problemas de gestão, como também não podemos transferir esta responsabilidade de governo aos profissionais de plantão, acentuando o clima de tensão já existente nestas unidades de emergência.

A expressão “e demais dados” não deve ser utilizada de modo tão amplo, pois outras informações, além da identificação pelo nome e número de CRM do profissional médico, devem receber análise específica.

No tocante à divulgação de especialidades médicas dos plantonistas médicos, esta deve cumprir os termos da Resolução CFM nº 1974/11, além de outras complementares relativas à divulgação, anúncios e publicidade de médicos. Outros dados, além do nome do médico e seu registro no CRM, devem ser tratados no respeito à privacidade, à imagem, à intimidade e à honra, previstos no item X do artigo 5º X da Constituição Federal.

O texto do Projeto de Lei ainda determina o uso de painéis eletrônicos, questão que foge a competência deste parecer, mas para tal, há a necessidade de estrutura tecnológica de mudanças de escalas, extensiva a todos os estabelecimentos de Saúde do Estado do Paraná.

CONCLUSÃO

Adotamos a conclusão do Parecer Consulta CFM nº 19/2008: a divulgação de escala de plantão médico pelas instituições médico-hospitalares não se constitui infração aos preceitos éticos, desde que divulgados todos os nomes dos

funcionários de serviço naquele estabelecimento no momento, devendo ser observado que a especialidade do médico de plantão só pode ser divulgada se tiver Título de Especialista correspondente ao registrado no CRM de sua área de jurisdição.

Os demais dados, ora mencionados no texto, devem respeitar os preceitos do item x, do artigo 5º da Constituição Federal.

Uma divulgação de nomes restrita aos profissionais médicos de plantão se entende como um caráter discriminatório da norma e não deve ser realizada.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 05 de novembro de 2018.

CONS. DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO

Parecerista

PARECER nº 2709 – CRM-PR

Aprovado e Homologado

Sessão Plenária nº 4823 de 05/11/2018.

AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO MULTIDISCIPLINAR NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

EVALUATION AND MULTIDISCIPLINARY FOLLOW-UP IN THE TRANSEXUALIZING PROCESS

Luiz Ernesto Pujol *

Palavras-chave – *Transexualização, avaliação, hormonioterapia, legislação, laudo, ética.*

Keywords – *Transexualization, evaluation, hormone therapy, legislation, award, ethics.*

EMENTA

Exigência de avaliação psicológica e psiquiátrica nos processos de transexualização. Adequações hormonais. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CONSULTA

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

“Atendo frequentemente a população transgênero, que vem buscar atendimento para hormonização e, segundo meu entendimento e de muitos outros endocrinologistas com os quais conversei, devido às portarias e pareceres anteriores do CFM e de diversas regionais, a avaliação psiquiátrica e psicológica prévia ao início do tratamento seria uma exigência. Entretanto, venho recebendo diversas críticas desta população e questionamento de entidades de defesa destes quanto a exigência destes laudos. No último dia XX, recebi um ofício de um destes grupos, respondi com o meu entendimento pessoal e nesta resposta, propus submeter este parecer ao CRM-PR para avaliar uma resposta

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

do conselho, com um entendimento oficial. Sendo assim, submeto a este órgão o ofício recebido e minha resposta, com meu entendimento sobre o caso, solicitando assim a opinião do CRM-PR sobre a exigência ou não de ambos os laudos para iniciar o uso da hormonioterapia no processo transexualizador."

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A resposta emitida pelo médico em questão é minuciosa e pertinente aos questionamentos emitidos pela Aliança Nacional LGBTI, demonstrando o entendimento da Resolução CFM nº 1.955/2010, que normatiza as ações médicas nos processos de transexualização.

Recentemente as Entidades Médicas se engajaram nas vitórias jurídicas conseguidas pelas lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e intersexuais, principalmente no que diz respeito à despatologização dessas incongruências de gênero, assim como a natural e desburocrática possibilidade de retificar o seu prenome e designo de sexo diretamente em cartórios. Claro, portanto está, felizmente, a Incongruência de Gênero é hoje vista como uma questão de Saúde Sexual, e não mais como patologia.

Os procedimentos para processos transexualizadores não mais são considerados como TRATAMENTO e sim uma ADEQUAÇÃO fisiológica e/ou anatômica.

Com esse entendimento, e com a única finalidade de oferecer segura e qualificada atuação médica a essa clientela, o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução de nº 1.955/2010, na qual determina a necessidade de uma equipe multidisciplinar na análise de cada situação, equipe essa constituída de Endocrinologista, Cirurgião, Psiquiatra, Psicólogo e Assistente Social, os quais atuarão em benefício dos cidadãos e cidadãs que espontaneamente se manifestam como tendo Incongruência de Gênero.

Em qualquer ocasião, a falta de ação de um dos membros dessa equipe multidisciplinar ensejará a paralisação da permissão para a execução dos procedimentos exigidos para a afirmação de gênero.

Por serem procedimentos DEFINITIVOS para consolidação do desejo pessoal de mudança de gênero, há que haver indicações precisas e específicas a cada caso. Daí a absoluta necessidade de que sejam afastados eventuais transtornos psicoemocionais que poderão, no futuro, trazer questionamentos sobre os resultados dessas intervenções, quer sejam elas medicamentosas e/ou cirúrgicas.

Especificamente quanto à atuação do Endocrinologista, que se utilizará de hormônios apropriados, porém não isentos de efeitos colaterais, algumas vezes acentuados, e que podem determinar dentre outros, agravamentos de alterações psicoemocionais pré-existentes, é imperioso que esses distúrbios sejam detectados antes do início da hormonioterapia, por avaliações de profissionais qualificados a tal, como os psiquiatras e psicólogos. A decisão desses profissionais determinará a imediata reposição hormonal ou a sua protelação até que o cliente esteja emocional e psiquicamente estabilizado.

Devemos chamar atenção para o fato de que ao Endocrinologista cabe a pertinente hormonização, após preenchimento de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. É de sua responsabilidade as orientações quanto a efeitos colaterais na seqüência do tratamento e a manutenção de acompanhamento, por pelo menos dois anos, com a frequência exigida em cada caso.

CONCLUSÃO

Não encontramos em nenhuma documentação apensa a essa solicitação de Parecer, a aventada solicitação de “laudo psicológico PATOLOGIZANTE” que teria partido da parte do Dr. XXX, acreditando que possa ter havido um mal-entendido por parte do cliente.

As orientações do consulente, baseadas em sua vivência como detentor de titulação em Clínica Médica e Endócrino Metabologia, e em obediência à Resolução CFM nº 1.955/2010, não feriram nenhum Artigo do Código de Ética Médica ou a dignidade do cliente em foco. Pelo contrário, tiveram a intenção de consolidar e dar segurança à sua decisão de readaptação sexual.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 12 de novembro de 2018.

CONS. LUIZ ERNESTO PUJOL

Parecerista

PARECER Nº 2.716 - CRM-PR

Aprovado e Homologado

Sessão Plenária nº 4831 de 12/11/2018.

EXAMES LABORATORIAIS SOLICITADOS POR PROFISSIONAIS NÃO-MÉDICOS

LABORATORY EXAMINATIONS REQUESTED BY NON-MEDICAL PROFESSIONALS

*Donizetti Dimer Giamberardino Filho **

Palavras-chave – *Ato médico, odontólogos, conselho, profissionais, saúde, exames laboratoriais.*

Keywords – *Medical act, dentists, advice, professionals, health, laboratory tests.*

EMENTA

Os atos profissionais realizados por Odontólogos nos limites de sua área corporal de atuação (buzo-maxilo-facial), são avaliados pelo respectivo Conselho de Classe, de sua área de jurisdição.

CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, é formulada a consulta com o seguinte teor por cooperativa de saúde:

"... Os odontólogos X e Y solicitaram, um para o outro, os seguintes exames laboratoriais: 1. Proteína C Reativa US, 2. Insulina, 3. Hemoglobina Glicada A1C, 4. Fibrinogênio, 5. Homocisteína (pcmol/L), 6. Glicemia, 7. TGO/TGP, 8. Colesterol total, 9. HDL/LDL, 10. Triglicerídeos, 11. Testosterona total, 12. FSH (mUI/ml), 13. LH (mUI/mL), 14. Estradiol (pg/mL), 15. Progesterona, 16. TSH ultra-sensível, T3 total (ng/dL), 18. T4 total (ng/mL), 19. HGH, 20. 25 hidroxí-vitamina D, 21. CA 125, 22. PTH, 23. Prolactina, 24. Cortisol, 25. S-DHEA, indicação Clínica: CID K.05.5.

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

Esclarecemos que não há interesse por parte desta cooperativa em cercear o livre exercício da profissão de odontologia. Assim, somente no intuito de preservar direitos, questiona-se a este conselho: 1. Ao solicitar os exames laboratoriais acima, com as justificativas apresentadas, estariam os profissionais realizando ato médico e extrapolando os limites impostos à sua profissão? "

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O consulente indaga se profissionais da Odontologia estariam extrapolando os limites previstos em sua profissão e realizando atividades privativas de médicos. Descreve dois profissionais odontólogos que solicitaram, um para o outro, exames de laboratórios.

A legislação que orienta o exercício profissional da Odontologia está representada pela Lei nº 5081/1966.

A Lei nº 12.842/2013 dispõe sobre o exercício da Medicina.

Em seu artigo 4, o caput diz respeito as Atividades Privativas de Médicos:

No parágrafo sexto deste artigo consta o seguinte texto: "O disposto neste artigo não se aplica ao exercício da Odontologia, no âmbito de sua área de atuação."

CONCLUSÃO

Neste sentido, conforme a legislação, os odontólogos têm a prerrogativa de realizar exames de seus pacientes, para diagnóstico e tratamentos de patologias odontológicas, na área buco-maxilo-facial.

Em relação à mutualidade relatada, compete tal análise ao Conselho Regional de Odontologia para elaborar parecer de conduta profissional, assim recomendamos o envio desta solicitação ao Conselho Regional de Odontologia do Paraná.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 07 de janeiro de 2019.

CONS. DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO

Parecerista

PARECER Nº 2.721 - CRM-PR

Aprovado e Homologado

Sessão Plenária nº 4863ª de 07/01/2019.

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

**ÍNDICE REMISSIVO POR ORDEM ALFABÉTICA
DE ASSUNTOS E AUTORES**

NÚMEROS 137 A 140/2018

OBSERVAÇÕES

- 1** - O indicativo numeral de página da palavra-chave, corresponde a página inicial do artigo ou texto onde está o assunto;
- 2** - Cada assunto pode ter mais de uma palavra-chave;
- 3** - A presença de "art.", significa artigo do Código de Ética Médica, 1988;
- 4** - Solicita-se a comunicação à secretaria, de eventual indicação errônea;
- 5** - Pedimos sugestões para inclusões futuras;
- 6** - Índice remissivo dos nºs 1 a 56 estão à disposição no Suplemento I, vol. 14, de Dez./97, também em formato digital.
- 7** - Um índice remissivo anual é realizado no último número de cada ano, desde 1998.
- 8** - Este índice pode ser consultado através da Home Page do CRM-PR.
- 9** - Todas as edições da Revista Arquivos, no formato digital, estão disponíveis em www.crmpr.org.br (publicações).

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Abib, Fernando Cesar					Laranjeira, Rodrigo				
Parecer	138	110	35	2018	Artigo	138	82	35	2018
Parecer	139	163	35	2018	Lima, Carlos Vital Tavares Corrêa				
Aroldo Marques Sardenberg					Artigo	137	23	35	2018
Conselho de Medicina	139	186	35	2018	Artigo	139	128	35	2018
Primeiro Vice-Presidente	139	186	35	2018	Artigo	140	200	35	2018
Bernardes, Afrânio Benedito Silva					Resolução	138	85	35	2018
Parecer	138	101	35	2018	Resolução	139	136	35	2018
Bioética					Resolução	139	147	35	2018
Dignidade Humana	137	12	35	2018	Resolução	140	229	35	2018
Terminalidade	137	12	35	2018	Resolução	140	231	35	2018
Testamento Vital	137	12	35	2018	Linhares, José Clemente				
Cavalcanti, Emmanuel Fortes Silveira					Resolução	138	94	35	2018
Resolução	137	26	35	2018	Luz, Leonardo Sérvio				
Clínicas Populares					Resolução	138	85	35	2018
Assistência Médica	137	16	35	2018	Resolução	138	92	35	2018
Cartões de Desconto	137	16	35	2018	Maconha				
Ética Médica	137	16	35	2018	Dependência Química	138	82	35	2018
Cuidados Paliativos					Medicina - Terapêutica	138	82	35	2018
Envelhecer	139	131	35	2018	Madruza, Dalvélio de Paiva				
Morte	139	131	35	2018	Artigo	140	205	35	2018
Sofrimento	139	131	35	2018	Martins, Gerson Zafalon				
Vida	139	131	35	2018	Artigo	137	12	35	2018
Dia do Médico					Medicina				
Ética	140	202	35	2018	Cura	139	128	35	2018
Exemplos	140	202	35	2018	História	139	128	35	2018
Homenagens	140	202	35	2018	Homenagem	140	202	35	2018
Humanismo	140	202	35	2018	Profissão	139	128	35	2018
Giamberardino Filho, Donizetti Dimer					Monteiro, Mauro Roberto Duarte				
Parecer	140	244	35	2018	Parecer	140	249	35	2018
Parecer	140	253	35	2018	Morte Encefálica				
Parecer	140	260	35	2018	Diagnóstico	138	79	35	2018
Guimarães, Wilmar Mendonça					Resolução	138	79	35	2018
Resolução	138	92	35	2018	Transplante	138	79	35	2018
Resolução	138	94	35	2018	Murad, Celso				
História da Medicina					Parecer	140	235	35	2018
Conselho de Medicina	137	59	35	2018	Murta, Guilherme Augusto				
	138	113	35	2018	Artigo	138	72	35	2018
	139	186	35	2018	Mulheres				
Coluna	137	59	35	2018	Homenagem	137	19	35	2018
Gazeta do Povo	137	59	35	2018	Médicas	137	19	35	2018
Museu de Medicina	140	266	35	2018	Mulher - Medicina	137	19	35	2018
Pioneiros	138	113	35	2018	Naufel Júnior, Carlos Roberto				
	139	186	35	2018	Artigo	137	51	35	2018
Santa Casa	140	266	35	2018	Novo Código de Ética Médica				
					Direitos e Deveres	140	200	35	2018
					Revisão	140	200	35	2018

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Oliveira, Lutero Marques de					Morte Encefálica	138	106	35	2018
Artigo	137	54	35	2018	Parecer CRM-PR nº 2660/2018				
Ouriques, Fábio Luiz					Cirurgia	138	101	35	2018
Artigo	137	48	35	2018	Legislação	138	101	35	2018
Parecer CFM nº 27/2018					Procedimentos	138	101	35	2018
Doenças transmissíveis	139	150	35	2018	Transgenitalização	138	101	35	2018
Dever Legal	139	150	35	2018	Parecer CRM-PR nº 2661/2018				
Sigilo	139	150	35	2018	Ato Médico	138	110	35	2018
Parecer CFM nº 28/2018					Fonoaudiologia	138	110	35	2018
Concurso Público	139	156	35	2018	Solicitação de exames	138	110	35	2018
Edital - Requisitos	139	156	35	2018	Parecer CRM-PR nº 2683/2018				
Especialidade Médica	139	156	35	2018	Autonomia	139	163	35	2018
Parecer CFM nº 29/2018					Demanda Judicial	139	163	35	2018
Exames Laboratoriais	139	160	35	2018	Medicamentos Off Label	139	163	35	2018
Laudo	139	160	35	2018	Prescrição	139	163	35	2018
Observação Médica	139	160	35	2018	Parecer CRM-PR nº 2688/2018				
Parecer CFM nº 33/2018					Ato Médico	139	168	35	2018
Direção Técnica	140	239	35	2018	Enfermeira	139	168	35	2018
Hierarquia	140	239	35	2018	Teste do Coraçãozinho	139	168	35	2018
Profissionais de Saúde	140	239	35	2018	Parecer CRM-PR nº 2690/2018				
Responsabilidade	140	239	35	2018	Autonomia Médica	139	170	35	2018
Parecer CFM nº 36/2018					Medicamento	139	170	35	2018
Alta Médica	140	244	35	2018	Perigo de Vida	139	170	35	2018
Médico Assistente	140	244	35	2018	Parecer CRM-PR nº 2691/2018				
Óbito	140	244	35	2018	Hepatite C	139	176	35	2018
Resumo de Alta	140	244	35	2018	Sobreaviso	139	176	35	2018
Parecer CFM nº 37/2018					Tratamento	139	176	35	2018
Autonomia Médica	140	235	35	2018	Parecer CRM-PR nº 2708/2018				
Operadoras de Saúde	140	235	35	2018	Escala de Plantão	140	249	35	2018
Procedimentos Especiais	140	235	35	2018	Ética	140	249	35	2018
Parecer CRM-PR nº 2628/2018					Troca de Plantão	140	249	35	2018
Acompanhante	137	54	35	2018	Parecer CRM-PR nº 2709/2018				
Atendimento ao Menor	137	54	35	2018	Divulgação de Escala	140	253	35	2018
Exames de Raio X	137	54	35	2018	Plantão	140	253	35	2018
Prioridade no atendimento	137	54	35	2018	Rol de plantonistas	140	253	35	2018
Parecer CRM-PR nº 2629/2018					Parecer CRM-PR nº 2716/2018				
Diagnóstico	137	51	35	2018	Avaliação Psicológica	140	257	35	2018
Exames Anatomopatológicos	137	51	35	2018	Avaliação Psiquiátrica	140	257	35	2018
Laboratório	137	51	35	2018	Hormonioterapia	140	257	35	2018
Parecer CRM-PR nº 2630/2018					Transexualização	140	257	35	2018
Plantão de sobreaviso	137	48	35	2018	Parecer CRM-PR nº 2721/2019				
Disponibilidade	137	48	35	2018	Ato Médico	140	260	35	2018
Parecer CRM-PR nº 2642/2018					Exames laboratoriais	140	260	35	2018
Adolescentes	138	98	35	2018	Odontólogos	140	260	35	2018
Atendimento infantil	138	98	35	2018	Planos de Saúde				
Acompanhante	138	98	35	2018	Assistência	138	72	35	2018
Consulta Pediátrica	138	98	35	2018	Custos	138	72	35	2018
Parecer CRM-PR nº 2644/2018					Sinistralidade	138	72	35	2018
Diagnóstico	138	106	35	2018	Política				
Legislação	138	106	35	2018	Assistência Médica	138	76	35	2018

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Parlamento	138	76	35	2018	Legislação	138	92	35	2018
Políticos	138	76	35	2018	Morte Encefálica	138	92	35	2018
Pujol, Luiz Ernesto					Revalidação				
Artigo	137	16	35	2018	Diploma Estrangeiro	140	205	35	2018
Artigo	138	76	35	2018	Formação	140	205	35	2018
Parecer	138	98	35	2018	Ribeiro, Mauro Luiz de Britto				
Parecer	139	168	35	2018	Resolução	137	26	35	2018
Parecer	140	257	35	2018	Rocha, Rosylane Nascimento das Mercês				
Resolução	138	92	35	2018	Resolução	139	136	35	2018
Resolução CFM nº 2174/2017					Rodrigues, Alexandre de Menezes				
Anestesia	137	32	35	2018	Resolução	137	32	35	2018
Segurança do Paciente	137	32	35	2018	Rodrigues Filho, Salomão				
Resolução CFM nº 2178/2018					Resolução	139	133	35	2018
Aplicativos	137	26	35	2018	Saneamento Básico				
Consulta em domicílio	137	26	35	2018	Doenças infecto contagiosas	137	23	35	2018
Prontuário	137	26	35	2018	Políticas Públicas	137	23	35	2018
Resolução CFM nº 2181/2018					Saúde Pública				
Ozonioterapia	138	85	35	2018	Assistência Médica	137	23	35	2018
Pesquisa Experimental	138	85	35	2018	Silva, Henrique Batista E.				
Práticas Integrativas	138	85	35	2018	Resolução	139	147	35	2018
Resolução CFM nº 2183/2018					Resolução	140	229	35	2018
Doença Ocupacional	139	136	35	2018	Resolução	140	231	35	2018
Medicina do Trabalho	139	136	35	2018	Resolução	140	231	35	2018
Saúde do Trabalhador	139	136	35	2018	Silvado, Carlos Eduardo Soares				
Resolução CFM nº 2195/2018					Artigo	138	79	35	2018
Conselheiros CRM-PR	139	133	35	2018	Soares, Aldemir Humberto				
Corpo Conselhal	139	133	35	2018	Resolução	140	231	35	2018
Eleição	139	133	35	2018	Sperandio Junior, Carlos Augusto				
Resolução CFM nº 2213/2018					Artigo	139	131	35	2018
Comenda	139	147	35	2018	Stegmann, Jan Walter				
Homenagem	139	147	35	2018	Parecer	139	170	35	2018
Personalidades	139	147	35	2018	Parecer	139	176	35	2018
Resolução CFM nº 2217/2018					Tiesenhausen, Hermann Alexandre Vivacqua Von				
Novo Código de Ética	140	207	35	2018	Parecer	139	156	35	2018
Regulamentação	140	207	35	2018	Parecer	139	160	35	2018
Vigência	140	207	35	2018	Parecer	140	239	35	2018
Resolução CFM nº 2218/2018					Vasconcelos, Cecília				
Normas	140	229	35	2018	Artigo	137	19	35	2018
Prontuário Eletrônico	140	229	35	2018	Vinagre, José Fernando Maia				
Resolução CFM nº 2219/2018					Parecer	139	150	35	2018
Especialidade	140	231	35	2018	Wittig, Ehrenfried Othmar				
Medicina do Trabalho	140	231	35	2018	Artigo	137	59	35	2018
Registro	140	231	35	2018	Artigo	138	113	35	2018
Resolução CRM-PR nº 209/2018					Artigo	139	186	35	2018
Defensores Dativos	138	94	35	2018	Artigo	140	266	35	2018
Honorários	138	94	35	2018	Youssef, Nazah Cherif Mohamad				
Perícia	138	94	35	2018	Parecer	138	106	35	2018
Processos Éticos	138	94	35	2018	Yosida, Roberto Issamu				
Resolução CRM-PR nº 211/2018					Artigo	140	202	35	2018
Crítérios	138	92	35	2018					

ACERVO DO MUSEU AGORA ABERTO À VISITAÇÃO NA SANTA CASA DE CURITIBA

ACQUIS OF THE MUSEUM NOW OPEN TO THE VISITATION
IN THE HOLY HOUSE OF CURITIBA

*Ehrenfried Othmar Wittig**

Palavras-chave – *Museu, medicina, memória, santa casa, hospital, visitação.*

Keywords – *Museum, medicine, memory, santa house, hospital, visitation.*

Parceria entre a Associação Médica do Paraná e Santa Casa de Curitiba, com apoio da lei de incentivo à cultura, tornou realidade do antigo sonho acalentado de abrir à visitação pública o Museu da História da Medicina do Paraná, cujo acervo vem sendo reunido e catalogado há cinco décadas. A exposição permanente de documentos, fotografias, utensílios e equipamentos médicos agora ficará no prédio histórico da Santa Casa, o primeiro hospital da cidade, inaugurado em 1880 por Dom Pedro II. A inauguração oficial ocorreu no dia 28 de janeiro de 2019, com presença de lideranças médicas.

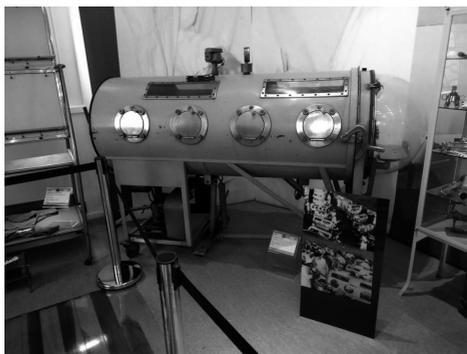


* Diretor do Museu de História da Medicina da Associação Médica do Paraná.

O prédio também abriga uma área preservada pelo patrimônio histórico e que recentemente foi restaurada, mantendo fielmente a estrutura que tinha na época de sua fundação. Entre esses espaços, que poderão ser conhecidos pelos visitantes, estão a farmácia, com armários e frascos de medicamentos ainda lacrados, a capela, o sótão e o primeiro elevador da cidade.



O Museu da História da Medicina do Paraná é o primeiro do estado dedicado a contar a história desta profissão que marcou a trajetória da nossa sociedade desde o século XIX. O acervo completo é formado por mais de 35 mil peças, sendo que apenas uma parte ficará exposta, incluindo um centro cirúrgico e um



“pulmão de aço” de quase meia tonelada, inventado nos Estados Unidos em 1928 e utilizado em pacientes com insuficiência respiratória causada pela poliomielite. Uma das salas foi nomeada “Dr. Ehrenfried Wittig”, em reconhecimento ao trabalho do fundador e diretor do Museu.

Visitações

As visitas podem ser feitas das 10 às 19h de segunda a sábado. Para visitas em grupos é necessário agendamento prévio pelo telefone (41) 3320-3502 ou por e-mail museu@santacasacuritiba.com.br.



ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

ISSN 2238 - 2070

