

# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

PORTE PAGO  
DR/PR  
ISR - 48-189/84

**IMPRESSO**

v.10, n.39 - julho / setembro - 1993

---

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

---

## DIRETORIA GESTÃO 1991 à 1993

---

Presidente:	Cons. Wadir Rúpollo
Vice-Presidente:	Cons. Hélio Germiniani
1ª Secretária:	Consª. Solange Borba Gildemeister
2ª Secretário:	Cons. Carlos Ehlke Braga Filho
Tesoureiro:	Cons. Antonio Carlos Corrêa Küster Filho
Tesoureiro-adjunto:	Cons. Luiz Antonio Munhoz da Cunha

### MEMBROS EFETIVOS

Dr. Wadir Rúpollo  
Dr. Carlos Ehlke Braga Filho  
Dr. João Zeni Junior  
Dr. Elias Abrão  
Dr. Antonio Carlos C. Küster Filho  
Dr. Jaime Ricardo Paciornik  
Dr. Nelson Emilio Marques  
Drª Solange Borba Gildemeister  
Dr. Gerson Zafalon Martins  
Dr. Marco Antonio A. Rocha Loures  
Dr. Farid Sabbag  
Dr. Luiz Antonio M. da Cunha  
Dr. Hélio Germiniani  
Dr. Luiz Carlos Sobania  
Dr. Nelson Egydio de Carvalho  
Dr. Octaviano Baptistini Junior  
Dr. Duilton de Paola  
Dr. Carlos Henrique Gonçalves (AMP)  
Dr. José Leon Zindeluk  
Dr. Sérgio Augusto de M. Pitaki  
Dr. Gabriel Paulo Skroch

### MEMBROS SUPLENTES

Dr. José Marcos Parreira  
Dr. Osmar Ratzke  
Drª. Nanci de Santa Palmieri de Oliveira  
Dr. Gilberto Saciloto  
Dr. Luiz Carlos Misurelli Palmquist  
Dr. Sergio Todeschi  
Dr. Valdir Sabedotti  
Dr. Marco Aurélio de Quadros Cravo  
Dr. Henrique de Lacerda Sulpicy  
Dr. Antonio Motizuki  
Dr. Agostinho Bertoldi  
Dr. Gelson Leonardi  
Drª. Tânia Mara Cunha Schaefer  
Dr. Carlos Augusto Ribeiro  
Dr. Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho  
Dr. Luiz Sallim Emed  
Dr. Daebes Galati Vieira (AMP)  
Dr. João Nassif (Falecido)  
Dr. Ricardo João Westphal \*  
Dr. Weber de Arruda Leite \*  
Dr. Odair de Floro Martins \*

\* Licenciado

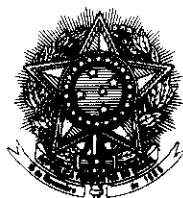
Consultor Jurídico: Dr. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque

### SECRETARIA

---

R. Mai. Deodoro, 497 - 3º Andar - Cx. Postal 2208 - Curitiba - Paraná - CEP 80020-320  
Telefone: (041) 223-1414 - Fax: (041) 223-1829

---



# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

Arq. Cons. Region. Med. do PR	Curitiba	v.10	Nº 39	p. 121-180	Jul./Set.	1993
-------------------------------	----------	------	-------	------------	-----------	------

## EDITOR

Ehrenfried O. Wittig

## EDIÇÃO

Trimestral

## DISTRIBUIÇÃO

Gratuita aos médicos do Paraná

## IMPRESSÃO

Comunicare Criação Gráfica

Rua Francisco Scremin, 1855-B

CEP 80540-320 - Curitiba - Paraná

Fone: (041) 253-4233

## TIRAGEM

11.000 exemplares

## CAPA

Criação: José Oliva, Eduardo

Martins e Cesar Marchesini

Fotografia: Bia

## Sumário

Eleições 93 - Novos Conselheiros .....	121
Quando revelar o estado de saúde - ofício CRM/PR .....	123
Quando o médico pode revelar segredo a autoridade policial .....	125
Quando o médico pode revelar segredo por "justa causa"- "dever legal".....	126
Carta dos Princípios da Associação Médica Mundial.....	127
Resolução da ONU contra tortura - CFM - Resolução CFM Nº 1097 .....	129
Declaração Mundial sobre educação para todos .....	131
"Dr. Morte" .....	137
Venda de listagem médica não é permitida ao CRM .....	138
Direito de Internar.....	140
Circuncisão a Laser .....	141
Contrato de trabalho através de locação.....	142
Excluir as epilepsias do grupo de doenças mentais.....	143
De senhor da vida a senhor da morte.....	144
Obrigatoriedade da inscrição de planos de Assist. Méd. nos Cons. Regionais.....	145
Prontuários : incineração - Parecer CFM .....	147
Contraceptivos hormonais para menores .....	148
O atestado médico .....	152
Fumo : proibido em instituições de saúde (Port. nº 1050/90 - MS) .....	155
Prontuários : quando podem ser incinerados? Resol. CRM Nº 041/92 .....	161
Interdição ética hospitalar .....	162
Processo Ético-Profissional nº 18/88.....	164
O que fazer quando a família não autoriza a amputação.....	165
Processo Ético-Profissional nº 13/89.....	168
Fichas médicas : uso e ética.....	169
Nova sede para o CRM/PR.....	170
Abertura de processo pelo CFM quando recusado no CRM .....	171
Especialidade: Clínica Médica = Medicina Interna .....	173
CRM e Autoridade Sanitária devem se completar na fiscalização de estabelecimentos.....	174
Psicotrópicos : Novo Talonário Azul .....	175
Delegacias Regionais e Seccionais - Resolução Nº 45/93 .....	177
Saúde age com rigor contra os hospitais.....	180

# INSTRUÇÕES AOS AUTORES

“Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná”, órgão oficial do CRM/PR, é uma revista trimestral dedicada a publicação de trabalhos, artigos, pareceres, resoluções e informações de conteúdo ético. Os artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores, não representando necessariamente a opinião do CRM/PR. A reprodução do conteúdo da revista, afora os artigos traduzidos, sem fins comerciais, pode ser realizada mediante a citação da fonte. Todos os artigos serão submetidos a análise pelo corpo editorial e a revista se reserva o direito de recusar sua publicação ou fazer sugestões quanto ao conteúdo e a forma. O autor deve dispor de cópia do trabalho porquanto o original, mesmo recusada a publicação, não será devolvido. Poderão ser publicados artigos originais ou transcritos, em língua portuguesa ou estrangeira, que deverão ter um resumo em português. A autorização para a publicação de ilustração como fotografia ou transcrição de tabela, gráfico, etc. é de responsabilidade do autor, a qual, poderá ser solicitada. As ilustrações devem ser entregues numeradas e em envelope anexado. Os artigos devem ser datilografados em papel tipo ofício, em espaço duplo e no máximo 20 páginas. Na primeira página do artigo deve constar apenas o título do artigo, nome do autor e da Instituição onde foi realizado. Os títulos do autor devem ser reduzidos ao essencial. A revista não oferece separatas. Os unitermos serão preparados pelo autor. Esta revista segue as normas da ABNT.

## NORMAS BIBLIOGRÁFICAS

Nas referências de publicações devem constar apenas aquelas citadas nos textos e distribuídas por ordenação alfabética.

As referências bibliográficas de periódicos devem conter os dados seguintes, na ordem: 1 - Sobrenome do autor em letra maiúscula seguido após vírgula, dos prenomes, citados pelas letras iniciais; 2 - Título completo do artigo seguido de ponto; 3 - Abreviatura oficial do periódico; 4 - Volume em número arábico; 5 - Número do fascículo entre parênteses; 6 - Numeração da primeira e última página, precedida de 2 pontos e seguida de vírgula; 7 - Ano de publicação e ponto.

Exemplo: WERNECKE, LC & DI MAURO, S. Deficiência muscular da carnitina: relato de 8 casos com estudo clínico, eletromiográfico, histoquímico e bioquímico muscular. Arq. Neuro-Psiquiat. (São Paulo) 43 (Nº 2): 281-295, 1985.

Nas referências bibliográficas de livros devem ser indicados: 1 - Sobrenome em letras maiúsculas, seguido de vírgula; 2 - Letras iniciais dos prenomes; 3 - Título completo da publicação; 4 - Editora, cidade de impressão e ano.

Exemplo: LANGE, O. - O líquido cefalorraquidiano em clínica. Melhoramentos, São Paulo, 1937.

Ao final das referências deve constar o endereço completo do primeiro autor.

# **EDITORIAL**

## ***DELEGACIAS REGIONAIS E SECCIONAIS***

Em 1988 com o intuito de interiorizar-se, manter um melhor controle nos procedimentos éticos e chegar mais perto dos profissionais de medicina, foram criadas, pelo Conselho Regional de Medicina do Paraná, as Delegacias Seccionais que seriam localizadas inicialmente nas macro regiões de Curitiba, Londrina, Maringá, prevendo que outras viriam a ser instaladas e preferencialmente uma para cada Regional de Saúde do Estado, segundo as necessidades administrativas e as possibilidades financeiras.

Foram assim criadas, além das anteriores, até 1990, as Seccionais de Cascavel, Guarapuava, Paranaguá, Ponta Grossa e Umuarama e por último as de Jacarezinho e Pato Branco, estas duas ainda não instaladas.

Aquelas Delegacias tem o seu ambiente de trabalho nas sedes das Associações ou Sociedades Médicas, mediante acordos firmados com o Conselho.

Com a aplicação do Plano Collor, a manutenção das Delegacias se tornou impraticável pelos motivos financeiros advindos e houve uma quase paralisação de suas atividades, mas gradativamente conseguiu-se uma recuperação parcial do trabalho que vinham desempenhando, principalmente nas de Londrina, Maringá, Guarapuava e Ponta Grossa.

Na impossibilidade administrativa e também financeira de se criar uma Delegacia em cada Regional de Saúde, dividiu-se o Estado em 9 (nove) Regiões Geográficas, que abrangem todos os municípios daquelas Regionais, ao mesmo tempo em que se mantém as 3 (três) Delegacias Regionais e as 6 (seis) Delegacias Seccionais (desativa-se a Delegacia de Paranaguá, devido à sua proximidade com Curitiba, e da qual passa a fazer parte). Muda-se a Delegacia de Jacarezinho, ainda não instalada, para Cornélio Procópio, por razões de situação geográfica e representatividade numérica de médicos.

Ficam então constituídas, de acordo com a aprovação de Reunião Plenária do dia 23 de agosto de 1993, as Delegacias Regionais de Curitiba, Londrina e Maringá e as Delegacias Seccionais de Cascavel, Cornélio Procópio, Guarapuava, Pato Branco, Ponta Grossa e Umuarama, localizadas nas Regiões Geográficas respectivas e que receberão todo o apoio necessário para o seu desempenho através do Conselho Regional de Medicina.

Cons. Wadir Rúpollo  
Presidente

# MUDOU DE ENDEREÇO?



**Decreto Federal no. 44.045 de 19.07.1958**  
**– D.O. de 25.07.1958**

Artigo 6º – Fica o médico obrigado a comunicar ao Conselho Regional de Medicina em que estiver inscrito, a instalação de seu consultório ou local de trabalho profissional, assim como qualquer transferência de sede, ainda quando na mesma jurisdição.

NOME: \_\_\_\_\_

Consultório:

Residência:

Rua: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_ Andar/Sala/Apto. \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

Formado na Universidade de \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Especialidade que pratica \_\_\_\_\_

Tem Título de Especialista? \_\_\_\_\_

Qual Sociedade? \_\_\_\_\_

O Título já foi registrado no Conselho? \_\_\_\_\_

**NOVO!**

Data: \_\_\_\_\_

# ELEIÇÕES

---

Nos dias 10 e 11 de agosto houve eleição para escolha dos novos membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, gestão 93-98.

O processo eleitoral dos Conselhos de Medicina é realizado de modo distinto entre capitais e interior. Nas capitais o eleitor deposita o seu voto diretamente na urna. Os eleitores do interior o fazem por correspondência, num procedimento anacrônico.

O voto é obrigatório por força de lei e o seu não cumprimento sujeita o médico a multa, que, embora de valor pecuniário insignificante, exige quitação do débito.

À eleição do nosso Conselho concorreram duas chapas, denominadas INTEGRAÇÃO, chapa nº 1 e AÇÃO ÉTICA, nº 2.

O total de médicos em atividade no Estado é de pouco mais de 10.000, dos quais 7966 estavam em condições de votar, vale dizer, em situação de regularidade. Votaram 5263, representando 66% dos eleitores com direito de voto. O interior participou com 37% dos votos e a capital com 63%. Votos brancos e nulos corresponderam a 2.8%.

O resultado final mostrou a vitória da chapa nº 2, AÇÃO ÉTICA, com 2850 votos (54%), cabendo à chapa nº 1, INTEGRAÇÃO, 2188 votos (41%).

Vale ressaltar da eleição, o elevado espírito democrático de ambas as chapas, cada uma das quais buscando a preferência, sem que em nenhum momento se tenha tido conhecimento de qualquer deslize, o que poderia ocorrer dentro do processo de competição. Cabe portanto enaltecer o comportamento dos integrantes das chapas concorrentes.

Elogiável foi a resposta dos médicos que compareceram com o seu voto respondendo à convocação do seu órgão de classe. Elogiável porque, apesar da crítica situação pela qual passa a saúde no país e conseqüentemente o trabalho médico, aliaram ao cumprimento do dever a sua mensagem aos novos conselheiros: somente um Conselho atuante, participativo, combativo, com marcante presença em todas as frentes onde estiver ameaçada a dignidade do médico, será capaz de resgatar a valorização profissional.

Ao novo Conselho, que a partir de outubro recebe oficialmente a incumbência de reger os destinos da categoria, os médicos do Paraná, esperançosos, desejam uma profícua gestão.

Cons. Duiton de Paola  
Presidente da Comissão Eleitoral

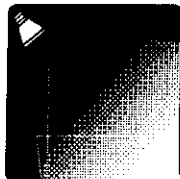
# **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA**

Gestão : Outubro 93 - Outubro 98

## **CONSELHEIRO ELEITOS**

Adolar Nicoluzzi  
Agostinho Bertoldi  
Alberto Accioly Veiga  
Álvaro Réa Neto  
Ana Zulmira Eschmolz Diniz Badin  
Antonio Carlos Bagatin  
Antonio Katsumi Kay  
Carlos Castello Branco Neto  
Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Daebes Galati Vieira  
Donizetti Dimor Gianberardino Filho  
Eleusis Ronconi de Nazareno  
Gerson Zafalon Martins  
Gilberto Saciloto (Guarapuava)  
Hélcio Bertolozzi Soares  
Iracly Maciel Meyer  
Ivan Pozzi (Londrina)  
João Batista Marchesini  
José Carlos de Miranda  
Kemel Jorge Chammas (Maringá)  
Luiz Carlos Sobania  
Luiz Fernando Bittencourt Beltrão  
Luiz Jacintho Siqueira (Ponta Grossa)  
Luiz Sallim Emed  
Maria Albonei Duqueque Pianovski  
Marcos Flávio Montenegro  
Marília Cristina Millano Campos  
Maria Lobato da Costa  
Mario Luiz Luvizotto  
Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho  
Moacir Pires Ramos  
Mônica de Biase Wrignet Kastrup  
Nelson Antonio Barufatti Filho (Foz do Iguaçu)  
Odair de floro Martins  
Ricardo Rydygier de Ruediger  
Roberto Bastos de Serra Freire  
Wadir Rúpolo  
Wilma Brunetti  
Zacarias Alves de Souza Filho  
Zaira Lucia Letchacowski de Mello





# QUANDO VOCÊ PODE REVELAR O REAL ESTADO DE SAÚDE DE SEU PACIENTE À AUTORIDADE

---

Ofício Circular Nº 562/84

Curitiba, 06 de setembro de 1984

---

Senhor Diretor,

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, no uso das atribuições lhe conferidas pelo artigo 4º da Resolução nº 1154/84, do CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, baixou Resolução de nº 04/84, em anexo, que determina aos Srs. Médicos e à Rede Hospitalar de todo o Estado, a obrigatoriedade de solicitar das autoridades que pretendam informações sobre pacientes atendidos, o preenchimento de Declarações, cujos modelos V. Sa. está recebendo.

Para melhor esclarecimento e sem pretender esgotar o assunto ou concluir pelo desconhecimento de V. Sa., informamos que CRIME DE AÇÃO PÚBLICA, é aquele em que o Estado tem o dever de interferir, para apurar responsabilidades. Por exemplo: De um fato que origine lesões corporais (acidente de trânsito, agressão, atropelamento, etc), quer leves ou graves, ou ainda morte, advem a obrigatoriedade do competente Inquérito policial e posterior julgamento pelo Poder Judiciário. Nesta hipótese, o desencadeamento do processo, INDEPENDENTE DE REPRESENTAÇÃO, não sendo necessário, pois, que qualquer pessoa, para instalação, dele dê conhecimento à autoridade policial. É dever do Estado interferir. Por este motivo, denomina-se CRIME DE AÇÃO PÚBLICA, ou seja, cuja solução é de interesse da sociedade e não depende de REPRESENTAÇÃO.

Para melhor entendimento, cumpre anotar que o CRIME DE AÇÃO PRIVADA, é aquele que DEPENDE, para a ação da autoridade policial, DA PROVOCAÇÃO DO INTERESSADO, como por exemplo, o crime de sedução. É uma infração ao Código Penal, que vai depender para a instalação de processo contra o seu autor, da formulação de queixa da parte ofendida, ou de seu representante. Este crime todavia será considerado como de AÇÃO PÚBLICA, se o seu autor for tutor, padastro, curador ou detiver o pátrio poder sobre a vítima.

Se não se consubstanciarem estas hipóteses, a autoridade, mesmo que tome conhecimento do fato, nada poderá fazer, pois o interesse para a punição do infrator, é de ordem privada da parte ofendida.

Assim, como referência às declarações que terão que ser firmadas pelas autorida-

des policiais, para obterem informações dos pacientes atendidos, nas mesmas, conforme modelo anexo, terá que estar consignado, que o inquérito policial instaurado é concernente à Crime de Ação Pública e que independe de Representação, ou seja, relativo a um fato punível, cuja solução é de interesse público. Todavia, além desta condição, é necessário que na Declaração conste, que as informações a serem prestadas pelo médico ou rede hospitalar, não serão prejudiciais ao indiciado, ou melhor, não agravarão a sua situação perante o Inquérito Policial. Esta condição, obviamente, não fica a critério do médico ou hospital o informante, que no entanto, se não condizentes com a verdade, pelo menos isentarão os informantes de responsabilidade por quebra de sigilo profissional.

Fica V. S<sup>a</sup>. cientificado, que os esclarecimentos que prestamos, não pretendem esgotar o assunto, pois apenas deverão servir de consulta, quando solicitadas as declarações das autoridades policiais.

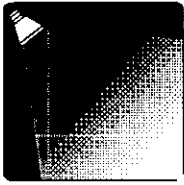
Solicitamos ampla divulgação destes documentos entre os médicos do Corpo Clínico.

Reafirmamos nossos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente

Dr. Duilton de Paola  
Presidente

**Nota** : a respeito de Segredo Médico leia "Arquivos" nº 19, páginas 5 e 52.



# QUANDO O MÉDICO DEVE OU PODE INFORMAR A AUTORIDADE POLICIAL

## Resolução Nº 04/84

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, dando cumprimento ao disposto pelo artigo 44 do Código Brasileiro de Deontologia Médica e visando disciplinar informações prestados pelos srs. médicos e pela rede hospitalar, às autoridades Policiais, sobre o paciente:

### RESOLVE:

1) - Que doravante as informações somente poderão ser fornecidas quando, versando sobre paciente indiciado em inquérito policial, a autoridade solicitante **DECLARAÇÃO** nos seguintes termos:

"DECLARAMOS, para fins de preservação do SIGILO MÉDICO que o Sr.....(Qualificação), atendido pelo Hospital.....(Denominar), ou pelo médico.....(nominar), em data de....., em razão de.....responder junto a esta Delegacia.....(identificar), Inquérito Policial por crime de Ação Pública, cujo processo independe de representação.

Declaramos outrossim, que os esclarecimentos solicitados, (Discriminá-los), não serão prejudiciais ao indiciado".

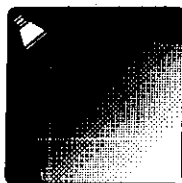
2) - Que por outro lado, se as informações pretendidas, disserem respeito a paciente que não responde a Inquérito, mas figura como vítima, a Declaração deverá ser nos seguintes termos:

"DECLARAMOS, para fins de preservação do SIGILO MÉDICO, que o Sr....., atendido pelo Hospital.....ou pelo médico....., em data de ....., não responde junto a esta Delegacia....., a Inquérito Policial e que os esclarecimentos solicitados, (discriminá-los), não lhe serão prejudiciais e nem o sujeitarão a procedimento criminal".

3) - Os casos omissos serão resolvidos em separado.

Curitiba, 21 de Maio de 1984.

Dr. Duilton de Paula  
Presidente



# QUANDO REVELAR SEGREDO MÉDICO "JUSTA CAUSA" OU "DEVER LEGAL"?

## Resolução Nº 05/84

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, no uso das atribuições lhe conferidas pelo art. 4º da Resolução 1154/84 do Conselho Federal de Medicina e considerando que o artigo 44º do Código Brasileiro de Deontologia Médica, dispõe **que ao médico é permitido a revelação de fatos que tenha conhecimento, por tê-los presenciado ou deduzido no exercício de sua atividade profissional, para obedecer a "dever legal" ou em "justa causa".**

RESOLVE:

### 1) Que são casos constitutivos do DEVER LEGAL, as seguintes circunstâncias:

- a) Os casos de doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória ou de outras de declarações obrigatória (doenças profissionais, toxicomania etc.).
- b) As perícias jurídicas.
- c) Quando o médico está revestido de função em que tenha de se pronunciar sobre o estado do examinado (serviços biométricos, junta de saúde, serviços de companhias de seguros etc.), devendo os laudos e pareceres ser nesses casos limitados ao mínimo indispensável, sem desvendar, se possível, o diagnóstico.
- d) Os atestados de óbito.
- e) Quando se tratando de menores, nos casos de sevícias, castigos corporais, atentados ao pudor, supressão internacional de alimentos.
- f) Os casos de crime, quando houver inocente condenado e o cliente, culpado, não se apresentar à justiça, apesar dos conselhos e solicitações do médico.
- g) Os casos de abortamento criminoso, desde que ressalvados os interesses da cliente.
- § único - É aconselhável o uso, em código da nomenclatura internacional de doenças de morte.

### 2) Que são casos constitutivos de "JUSTA CAUSA" as seguintes circunstâncias:

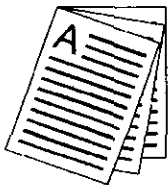
- a) Quando o paciente for menor e se tratar de lesão ou enfermidade que exija assistência ou medida profilática por parte da família ou envolva responsabilidade de terceiros, cabendo ao médico revelar o fato aos pais, tutores ou outras pessoas sob cuja guarda ou dependência estiver o paciente.
- b) Para evitar o casamento de portador de defeito físico irremediável ou moléstia grave transmissível por contágio ou herança, capaz de por em risco a saúde do futuro cônjuge ou de sua descendência, casos suscetíveis de anulação de casamento, em que o médico esgotará primeiro, todos os meios idôneos para evitar a quebra de sigilo.
- c) Quando se tratar de fato delituoso previsto em lei ou a gravidade de suas consequências sobre terceiros, crie para o médico o imperativo de consciência para revelá-lo a autoridade competente.

Curitiba, 21 de maio de 1984

Dr. Duilton de Paola  
Presidente

Arq. Cons. Region. Med. do PR.

10 (39): 126, 1993



# **CARTA DOS PRINCÍPIOS DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL**

A educação médica é um contínuo de aprendizagem, começando com o ingresso na Escola de Medicina e terminando com o abandono da profissão ativamente exercida. Sua finalidade é de preparar estudantes de medicina, médicos residentes e médicos praticantes na aplicação da ciência biológica e comportamental para a prevenção e a cura de doenças humanas. A educação médica também transmite aos padrões éticos, de pensamento e de comportamento, que enfatizam o serviço aos outros e não os ganhos pessoais. Como integrantes da categoria profissional médica, todos os médicos devem aceitar a responsabilidade pela manutenção de elevados padrões de educação médica que devem ser fundamentados nos seguintes princípios:

**Princípio I** - A educação médica inclui a educação que leva ao primeiro nível profissional - a educação clínica, que é preparatória à prática da Medicina Geral ou uma especialização - e a educação contínua, que deve integrar o trabalho do médico durante toda a sua vida.

**Princípio II** - A profissão, as instituições educacionais e o governo compartilham da responsabilidade de garantir os elevados padrões e a qualidade da educação médica.

**Princípio III** - A educação médica que leva ao primeiro nível profissional deve ser conduzida em uma faculdade organizada. A faculdade deve possuir as qualificações acadêmicas apropriadas que somente podem ser adquiridas pelo treinamento formal e pela experiência. A seleção dos professores deve ser baseada nas qualificações dos indivíduos, sem levar em consideração a idade, o sexo, a raça, a religião, a posição política ou a origem nacional.

**Princípio IV** - A faculdade é responsável pela criação de um ambiente acadêmico, no qual a aprendizagem e as indagações possam florescer de um modo máximo. Desta forma, pesquisas ativas para avançar os conhecimentos médicos e o fornecimento da mais elevada qualidade de cuidados devem ocorrer nos ambientes acadêmicos para demonstrar os elevados padrões médicos. A educação de especialistas contribui com um elemento desejável a este ambiente.

**Princípio V** - A educação médica que leva ao primeiro nível profissional e a educação de especialistas requer que recursos de bibliotecas, laboratórios de pesquisas, faculdades clínicas e áreas de estudo estejam disponíveis em quantidades suficientes para suprir a necessidade de todos os estudantes e professores. Além disso, a estrutura administrativa adequada e os currículos acadêmicos devem ser mantidos.

**Princípio VI** - Os estudantes devem ser selecionados para o estudo da Medicina tomando por base a capacidade intelectual deles, os seus treinamentos anteriores e o caráter. Os números admitidos para o treinamento não podem exceder os recursos educacionais disponíveis e as necessidades da população. Uma educação liberal é altamente desejada antes de iniciar o estudo da

Medicina. A seleção dos estudantes não deve ser influenciada pela idade, pelo sexo, raça, religião, posição política ou origem nacional.

**Princípio VII - As metas, conteúdo, formato e avaliação das experiências educacionais fornecidas são de responsabilidade das instituições educacionais.** A experiência irá variar com as necessidades da comunidade que será servida pelos formatos do programa educacional e deve ser preparada para suprir essas necessidades. Revisões frequentes do currículo devem ser conduzidas pelos membros do corpo docente.

**Princípio VIII - A experiência educacional deve incluir o estudo das Ciências biológicas e comportamentais.** Estas ciências são de importância básica para a compreensão da Medicina Clínica e, conseqüentemente, são uma parte essencial da educação de todos os médicos. Raciocínios críticos e auto-aprendizagem também devem ser exigidos, da mesma forma como um firme alicerce dos princípios éticos nos quais a profissão se baseia.

**Princípio IX - O componente clínico da educação médica deve ser centralizado no estudo supervisionado dos pacientes e deve envolver experiências diretas no diagnóstico e no tratamento da doença.**

**Princípio X - O primeiro nível profissional deve apresentar o término de um currículo que qualifica o estudante para uma série de escolhas profissionais, incluindo cuidados com os pacientes, saúde pública, pesquisa clínica ou básica, ou ainda educação médica.** Cada opção de carreira irá exigir uma educação adicional, além da necessária para obtenção do primeiro nível profissional.

**Princípio XI - A faculdade é responsável para determinar que os estudantes que recebem o seu primeiro diploma profissional tenham adquirido um conhecimento básico das ciências que formam a base da Medicina, uma compreensão básica da Medicina Clínica, as habilidades básicas necessárias para avaliar problemas clínicos e a atitude e o caráter para ser um médico ético.**

**Princípio XII - Antes de iniciar uma prática independente, cada médico deve terminar um programa formal de educação clínica.** Este programa, geralmente com duração de pelo menos um ano, deve ser caracterizado por um aumento supervisionado de responsabilidade da administração de problemas clínicos. Programas formais adicionais de educação clínica devem preceder a prática de uma especialidade. A profissão médica é responsável pela determinação do término satisfatório de programas de educação clínica que seguem ao primeiro diploma profissional.

**Princípio XIII - Escolas de Medicina, hospitais e associações profissionais compartilham da responsabilidade para desenvolver e colocar à disposição de todos os médicos, oportunidades para uma contínua educação médica.** Estas experiências educacionais são essenciais caso o médico queira manter-se na crista dos desenvolvimentos do campo da medicina e também, para que o médico mantenha o conhecimento e as habilidades necessárias para fornecer cuidados de alta qualidade. Como os progressos científicos são essenciais para os cuidados com a saúde, todos os médicos devem comprometer-se a continuar estudando durante toda a sua vida.

O fracasso de se insistir nos padrões mais elevados de treinamento dos médicos através do contínuo da educação médica irá, inevitavelmente, levar a cuidados médicos de má qualidade e colocará em perigo o bem estar dos pacientes.

# CFM ADOTA RESOLUÇÃO DA ONU CONTRA TORTURA

---

*“Tortura significa qualquer ato, através do qual, forte dor ou sofrimento, seja físico ou mental, é provocado intencionalmente por alguma autoridade pública, pessoalmente ou por ela instigada...”*

---

Resolução CFM Nº 1097

O Conselho Federal de Medicina em 9 de março de 1983 adotou a resolução da Assembléia Geral das Nações Unidas relativa à proteção de pessoas sujeitas a qualquer forma de detenção ou prisão contra tortura ou outra forma cruel, desumana ou degradante de tratamento ou punição.

*Princípios de ética médica relativos ao papel do pessoal de saúde, especialmente os médicos, na proteção de prisioneiros e detentos contra tortura e outra forma cruel, desumana e degradante de tratamento ou punição.*

## **PRINCÍPIO 1**

O pessoal de saúde, principalmente os médicos, encarregados da assistência médica de prisioneiros e detentos, tem o dever de oferecer a proteção à sua saúde física e mental, e tratamento de doença da mesma qualidade e padrão dispensados àqueles que são prisioneiros ou detentos.

## **PRINCÍPIO 2**

Constitui uma grave infração à ética médica bem como uma ofensa prevista em instrumentos internacionais aplicáveis, a participação, ativa ou passiva, de pessoal de saúde, principalmente os médicos, sua cumplicidade, incitação ou tentativa de praticar tortura ou outra forma cruel desumana, ou degradante de tratamento ou punição<sup>(2)</sup>.

## **PRINCÍPIO 3**

Constitui uma infração à ética médica o envolvimento do pessoal de saúde, principalmente médicos, em qualquer relacionamento profissional com prisioneiros ou detentos com o objetivo outro que não seja exclusivamente avaliar, proteger ou melhorar sua saúde física ou mental.

## **PRINCÍPIO 4**

Constitui uma infração à ética médica para o pessoal de saúde, principalmente médicos:

- a) Utilizar seu conhecimento e técnica para participar no interrogatório de prisionei-

ros ou detentos de forma a prejudicar a saúde ou condição física ou mental de tais prisioneiros ou detentos, e que não esteja de acordo com os respectivos instrumentos internacionais; (3)

b) atestar, ou participar na comprovação da condição dos prisioneiros ou detentos para qualquer forma de tratamento ou punição que possa prejudicar sua saúde física ou mental e que não esteja de acordo com os respectivos instrumentos internacionais, ou participar de alguma maneira, na aplicação desse tipo de tratamento ou punição, que não esteja de acordo com os instrumentos internacionais, ou participar de alguma maneira, na aplicação desse tipo de tratamento ou punição, que não esteja de acordo com os instrumentos internacionais apropriados.

## PRINCÍPIO 5

Constitui uma infração à ética médica para o pessoal de saúde, principalmente médicos, participar em qualquer processo de represão de um prisioneiro ou detento, a não ser quando tal processo for determinado por critérios puramente médicos, como sendo necessário à proteção da saúde física ou mental ou da segurança do próprio prisioneiro ou detento, ou de seus colegas prisioneiros ou detentos, ou de seus guardas, e não apresente risco à sua saúde física ou mental.

## PRINCÍPIO 6

Em nenhuma circunstância, inclusive emergência pública, poderão estes princípios ser derogados.

(2) Vide a Declaração sobre a proteção de todas as pessoas *submetidas a tortura e outra forma cruel, desumana ou degradante de tratamento ou punição* (anexo da Resolução 3452 (XXX), da Assembléia Geral, cujo artigo 1º estabelece que:

“1. Para os fins desta Declaração, tortura significa *qualquer ato, através do qual, forte dor ou sofrimento, seja físico ou mental, é provocado intencionalmente por uma autoridade pública, pessoalmente ou por ela instigada, numa pessoa, com fim de obter dela ou de um terceiro, informação ou confissão, puni-lo por ato que cometeu ou é sujeito de haver cometido, ou intimidá-lo ou a outras pessoas. Isto não conclui dor ou sofrimento proveniente unicamente, inerente ou incidente a sanções legais que estejam de acordo com os Padrões Mínimos Estabelecidos para o tratamento de prisioneiros.*

3/ Particularmente a Declaração Universal de Direitos Humanos (resolução 217 A (III) da Assembléia Geral, as Convenções Internacionais de Direitos Humanos (anexo da Resolução 2200 A (XXI) da Asembléia Geral), a Declaração sobre a proteção de todas as pessoas contra a submissão à tortura e outra forma cruel, desumana ou degradante de tratamento ou punição (anexo Resolução 3452 (XXX) da Assembléia Geral), e os Padrões Mínimos Estabelecidos para o tratamento de prisioneiros (Primeiro Congresso das Nações Unidas sobre a prevenção de crime e o tratamento dos infratores: Relatório do Secretariado (publicações das Nações Unidas, nº de venda 1956.IV.4), anexo I.A).





# Declaração Mundial sobre Educação para todos

## **ARTIGO 1 - SATISFAZER AS NECESSIDADES BÁSICAS DE APRENDIZAGEM**

---

1. Cada pessoa - criança, jovem ou adulto - deve estar em condições de aproveitar as oportunidades educativas voltadas para satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem. Essas aprendizagens compreendem tanto os instrumentos essenciais para a aprendizagem (como a leitura e a escrita, a expressão oral, o cálculo, a solução de problemas), quanto os conteúdos básicos da aprendizagem (como conhecimentos, habilidades valores e atitudes), necessários para que os seres humanos possam sobreviver, desenvolver plenamente suas potencialidades, viver e trabalhar com dignidade, participar plenamente do desenvolvimento, melhorar a qualidade de vida, tomar decisões fundamentais e continuar aprendendo. A amplitude das necessidades básicas de aprendizagem e a maneira de satisfazê-las variam segundo cada país e cada cultura, e, inevitavelmente, mudam com o decorrer do tempo.

2. A satisfação dessas necessidades, confere aos membros de uma sociedade a possibilidade e, ao mesmo tempo, a responsabilidade de respeitar e desenvolver a sua herança cultural, linguística e espiritual, de promover a educação de outros, de defender a causa da justiça social, de proteger o meio-ambiente e de ser tolerante com os sistemas sociais, políticos e religiosos que difiram dos seus, assegurando respeito aos valores humanistas e aos direitos humanos comumente aceitos, bem como de trabalhar pela paz e pela solidariedade internacionais em um mundo interdependente.

3. Outro objetivo, não menos fundamental, do desenvolvimento da educação, é o enriquecimento dos valores culturais e morais comuns. É nesses valores que os indivíduos e a sociedade encontram sua identidade e sua dignidade.

4. A educação básica é mais do que uma finalidade em si mesma. Ela é base para a aprendizagem e o desenvolvimento humano permanentes, sobre a qual os países podem construir, sistematicamente, níveis e tipo mais adiantados de educação e capacitação.

## **ARTIGO 2 • EXPANDIR O ENFOQUE**

---

1. Lutar pela satisfação das necessidades básicas de aprendizagem para todos exige mais do que a gratificação do compromisso pela educação básica. É necessário um enfoque abrangente, capaz de ir além dos níveis atuais de recursos, das estruturas institucionais, dos currículos e dos sistemas convencionais de ensino, para construir sobre a base do que há de melhor nas práticas correntes. Existem hoje novas possibilidades que resultam da convergência do crescimento da informação e de uma capacidade de comunicação sem precedentes. Devemos trabalhar estas possibilidades com criatividade e com a determinação de aumentar a sua eficácia.

2. Este enfoque abrangente, tal como exposto nos Artigos 3 a 7 desta Declaração, compreende o seguinte:

- universalizar o acesso à educação e promover a equidade;
- concentrar a atenção na aprendizagem;
- propiciar um ambiente adequado à aprendizagem;
- fortalecer alianças.

3. A concretização do enorme potencial para o progresso humano depende do acesso das pessoas à educação e da articulação entre crescente conjunto de conhecimentos relevantes com os novos meios de difusão desses conhecimentos.

## **ARTIGO 3 • UNIVERSALIZAR O ACESSO À EDUCAÇÃO E PROMOVER A EQUIDADE**

---

1. A educação básica deve ser proporcionada à todas as crianças, jovens e a adultos. Para tanto, é necessário universalizá-la e melhorar sua qualidade, bem como tomar medidas efetivas para reduzir as desigualdades.

2. Para que a educação básica se torne equitativa, é mister oferecer a todas as crianças, jovens e adultos, a oportunidade de alcançar e manter um padrão mínimo de qualidade da aprendizagem.

3. A prioridade mais urgente é melhorar a qualidade e garantir o acesso à educação para meninas e mulheres, e superar todos os obstáculos que impedem sua participação ativa no processo educativo. Os preconceitos e estereótipos de qualquer natureza devem ser eliminados da educação.

4. Um compromisso efetivo para superar as disparidades educacionais deve ser assumido. Os grupos excluídos - os pobres; os meninos e meninas de rua ou trabalhadores; as populações das periferias urbanas e zonas rurais; os nômades e os trabalhadores

migrantes; os povos indígenas; as minorias étnicas, raciais e lingüísticas; os refugiados; os deslocados pela guerra; e os povos submetidos a um regime de ocupação - não devem sofrer qualquer tipo de discriminação no acesso às oportunidades educacionais.

5. As necessidades básicas de aprendizagem das pessoas portadoras de deficiências requerem atenção especial. É preciso tomar medidas que garantam igualdade de acesso à educação aos portadores de todo e qualquer tipo de deficiência, como parte integrante do sistema educativo.

#### **ARTIGO 4 • CONCENTRAR A ATENÇÃO NA APRENDIZAGEM**

---

1. A tradução das oportunidades ampliadas de educação em desenvolvimento efetivo - para o indivíduo e para a sociedade - dependerá, em última estância, de, em razão dessas mesmas oportunidades, as pessoas aprenderem de fato, ou seja, aprenderem conhecimentos úteis, habilidades de raciocínio, aptidões e valores. Em consequência, a educação básica deve estar centrada na aquisição e nos resultados efetivos da aprendizagem, e não mais exclusivamente na matrícula, frequência nos programas estabelecidos e preenchimento dos requisitos para obtenção do diploma. Abordagens ativas e participativas são particularmente valiosas no que diz respeito a garantir a aprendizagem e possibilitar aos educandos esgotar plenamente suas potencialidades. Daí a necessidade de definir, nos programas educacionais, os níveis desejáveis de aquisição de conhecimentos e implementar sistemas de avaliação de desempenho.

#### **ARTIGO 5 • AMPLIAR OS MEIOS E O RAIO DE AÇÃO DA EDUCAÇÃO BÁSICA**

---

A diversidade, a complexidade e o caráter mutável das necessidades básicas de aprendizagem das crianças, jovens e adultos, exigem que se amplie e se redefina continuamente o alcance da educação básica, para que nela se incluam os seguintes elementos:

- A aprendizagem começa com o nascimento. Isto implica cuidados básicos e educação inicial na infância, proporcionados seja através de estratégias que envolvam as famílias e comunidades ou programas institucionais, como for mais apropriado.

- O principal sistema de promoção da educação básica fora da esfera familiar é a escola fundamental. A educação fundamental deve ser universal, garantir a satisfação das necessidades básicas de aprendizagem de todas as crianças, e levar em consideração a cultura, as necessidades e as possibilidades da comunidade. Programas complementares alternativos podem ajudar a satisfazer as necessidades de aprendizagem das crianças cujo acesso à escolaridade formal é limitado ou inexistente, desde que observem os mesmos padrões de aprendizagem adotados na escola e disponham de apoio adequado.

- As necessidades básicas de aprendizagem de jovens e adultos são diversas, e

devem ser atendidas mediante uma variedade de sistemas. Os programas de alfabetização são indispensáveis, dado que saber ler e escrever constitui-se uma capacidade necessária em si mesma, sendo ainda o fundamento de outras habilidades vitais. A alfabetização na língua materna fortalece a identidade e a herança cultural. Outras necessidades podem ser satisfeitas mediante a capacitação técnica, a aprendizagem de ofícios e os programas de educação formal e não formal em matérias como saúde, nutrição, população, técnicas agrícolas, meio-ambiente, ciência, tecnologia, vida familiar - incluindo-se aí a questão da natalidade - e outros problemas sociais.

- Todos os instrumentos disponíveis e os canais de informação, comunicação e ação social podem contribuir na transmissão de conhecimentos essenciais, bem como na informação e educação dos indivíduos quanto a questões sociais. Além dos instrumentos tradicionais, as bibliotecas, a televisão, o rádio e outros meios de comunicação de massa podem ser mobilizados em todo o seu potencial, a fim de satisfazer as necessidades de educação básica para todos.

Estes componentes devem constituir um sistema integrado - complementar, interativo e de padrões comparáveis - e deve contribuir para criar e desenvolver possibilidades de aprendizagem por toda a vida.

#### **ARTIGO 6 • PROPICIAR UM AMBIENTE ADEQUADO À APRENDIZAGEM**

---

A aprendizagem não ocorre em situação de isolamento. Portanto, as sociedades devem garantir a todos os educandos assistência em nutrição, cuidados médicos e o apoio físico e emocional essencial para que participem ativamente de sua própria educação e dela se beneficiem. Os conhecimentos e as habilidades necessários a ampliação das condições de aprendizagem das crianças devem estar integrados aos programas de educação comunitária para adultos. A educação das crianças e de seus pais ou responsáveis respaldam-se mutuamente, e esta interação deve ser usada para criar, em benefício de todos, um ambiente de aprendizagem onde haja calor humano e vibração.

#### **ARTIGO 7 • FORTALECER AS ALIANÇAS**

---

As autoridades responsáveis pela educação aos níveis nacional, estadual e municipal têm a obrigação prioritária de proporcionar educação básica para todos. Não se pode, todavia, esperar que elas supram a totalidade dos requisitos humanos, financeiros e organizacionais necessários a esta tarefa. Novas e crescentes articulações e alianças serão necessárias em todos os níveis: entre todos os subsetores e formas de educação, reconhecendo o papel especial dos professores, dos administradores e do pessoal que trabalha na educação; entre os órgãos educacionais e demais órgãos de governo, incluindo os de planejamento, finanças, trabalho, comunicações, e outros setores sociais; entre as

organizações governamentais e não-governamentais, com o setor privado, com as comunidades locais, com os grupos religiosos, com as famílias. Neste contexto, as condições de trabalho e a situação social do pessoal docente, elementos decisivos no sentido de se implementar a educação para todos, devem ser urgentemente melhoradas em todos os países signatários da Recomendação Relativa à Situação do Pessoal Docente OIT/UNESCO (1966). Alianças efetivas contribuem significativamente para o planejamento, implementação, administração e avaliação dos programas de educação básica. Quando nos referimos a "um enfoque abrangente e a um compromisso renovado", incluímos as alianças como parte fundamental.

## **ARTIGO 8 • DESENVOLVER UMA POLÍTICA CONTEXTUALIZADA DE APOIO**

---

1. Políticas de apoio nos setores social, cultural e econômico são necessárias à concretização da plena provisão e utilização da educação básica para a promoção individual e social. A educação básica para todos depende de um compromisso político e de uma vontade política, respaldados por medidas fiscais adequadas e ratificados por reformas na política educacional e pelo fortalecimento institucional. Uma política adequada em matéria de economia, comércio, trabalho, emprego e saúde incentiva o educando a contribuir para o desenvolvimento da sociedade.

2. A sociedade deve garantir também um sólido ambiente intelectual científico à educação básica, o que implica a melhoria do ensino superior e o desenvolvimento da pesquisa científica. Deve ser possível estabelecer, em cada nível da educação, um contato estreito com o conhecimento tecnológico e científico contemporâneo.

## **ARTIGO 9 • MOBILIZAR RECURSOS**

---

1. Para que as necessidades básicas de aprendizagem para todos sejam satisfeitas mediante de ações de alcance muito mais amplo, será essencial mobilizar atuais e novos recursos financeiros e humanos, públicos, privados ou voluntários. Todos os membros da sociedade têm uma contribuição a dar, lembrando sempre que o tempo, a energia e os recursos dirigidos à educação básica constituem, certamente, o investimento mais importante que se pode fazer no povo e no futuro de um país.

2. Um apoio mais amplo por parte do setor público significa atrair recursos de todos os órgãos governamentais responsáveis pelo desenvolvimento humano, mediante o aumento em valores absolutos e relativos das dotações orçamentárias aos serviços de educação básica. Significa, também, reconhecer a existência de demandas concorrentes que pesam sobre os recursos nacionais, e que, embora a educação seja um setor importante, não é o único. Cuidar para que haja uma melhor utilização dos recursos e programas disponíveis para a educação resultará em um maior rendimento, e poderá ainda atrair novos recursos.

A urgente tarefa de satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem poderá vir a exigir uma realocação dos recursos entre setores, como por exemplo, uma transferência de fundos dos gastos militares para a educação. Acima de tudo, é necessário uma proteção especial para a educação básica nos países em processo de ajustes estruturais e que carreguem o pesado fardo da dívida externa. Agora, mais do que nunca, a educação deve ser considerada uma dimensão fundamental de todo projeto social, cultural e econômico.

## **ARTIGO 10 • FORTALECER A SOLIDARIEDADE INTERNACIONAL**

---

1. Satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem constitui-se uma responsabilidade comum e universal a todos os povos, e implica solidariedade internacional e relações econômicas honestas e eqüitativas, a fim de corrigir as atuais disparidades econômicas. Todas as nações tem valiosos conhecimentos e experiências a compartilhar, com vistas à elaboração de políticas e programas educacionais eficazes.

2. Será necessário uma aumento substancial, a longo prazo, os recursos desatinalados à educação básica. A comunidade mundial, incluindo os organismos e instituição intergovernamentais, têm a responsabilidade urgente de atenuar as limitações que impedem algumas nações de alcançar a meta da educação para todos. Este esforço implicará, necessariamente, a adoção de medidas que aumentem os orçamentos nacionais dos países mais pobres, ou ajudem a aliviar o orçamento o fardo das pesadas dívidas que os afligem. Credores e devedores devem procurar fórmulas inovadoras e eqüitativas para reduzir este fardo, uma vez que a capacidade de muitos países em desenvolvimento de responder efetivamente à educação e a outras necessidades básicas será extremamente ampliada ao se resolver o problema da dívida.

3. As necessidades básicas de aprendizagem dos adultos e das crianças que devem ser atendidas onde quer que existam. Os países menos desenvolvidos e com baixa renda apresentam necessidades especiais que exigirão atenção prioritária no quadro da cooperação internacional à educação básica, nos anos 90.

4. Todas as ações devem agir conjuntamente para resolver conflitos e disputas, pôr fim às ocupações militares e assentar populações deslocadas ou facilitar seu retorno a seus países de origem, bem como garantir o atendimento de suas necessidades básicas de aprendizagem. Só um ambiente estável e pacífico pode criar condições para que todos os seres humanos, crianças e adultos, venham a beneficiar-se das propostas desta declaração.

- • -

Nós, os participantes da Conferência Mundial Sobre Educação Para Todos, reafirmamos o direito de todos à educação. Este é o fundamento de nossa determinação individual e coletiva - assegurar educação para todos.

Comprometemo-nos em cooperar, no âmbito da nossa esfera de responsabilidades, tomando todas as medidas necessárias à consecução dos objetivos de educação para

todos. Juntos apelamos aos governos, às organizações interessadas e aos indivíduos, para que se somem a este urgente empreendimento.

As necessidades básicas de aprendizagem para todos podem e devem ser satisfeitas. Não há modo mais significativo do que este para iniciar o Ano Internacional da Alfabetização e avançar rumo às metas da Década das Nações Unidas Para Portadores de Deficiências (1983-1992), Década Internacional Para O Desenvolvimento Cultural (1988-1997), Quarta Década Das Nações Unidas Para O Desenvolvimento (1991-2000). Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher e Estratégias Para o Desenvolvimento da Mulher, e da Convenção Sobre os Direitos da Criança. Nunca antes uma época foi tão propícia a realização do nosso compromisso em proporcionar oportunidades básicas de aprendizagem a todos os povos do mundo.

Adotamos, esta **Declaração Mundial Sobre Educação Para Todos: Satisfação das Necessidades Básicas de Aprendizagem**, e aprovamos o **Plano de Ação para Satisfazer as Necessidades Básicas de Aprendizagem**, com a finalidade de atingir os objetivos estabelecidos nesta **Declaração**.

*Reunião realizada em Juntiem, Tailândia, em 5 a 9 de março de 1990.*

---

## **“DR. MORTE” VAI EXIBIR TAPE DE UMA CANDIDATA AO SUICÍDIO**

**ROYAL OAK, MICHIGAN (UPI)** - O Dr. Jack Kevorkian pretende se encontrar com os diretores da Sociedade de Medicina do Estado do Michigan para lhes mostrar o videotape de uma mulher que vem recebendo dele intruções sobre o suicídio com assistência médica.

O defensor da eutanásia tem esperanças de que o videotape convença a diretoria de que a mulher deveria ter permissão de pôr fim a própria vida com sua ajuda, disse ontem o advogado de Kevorkian, Geoffrey Fieger.

“Vamos mostrar a eles uma nova paciente em um videotape e lhes dar a chance de ajudá-la a decidir o que fazer”, disse Fieger.

Essa será a primeira vez que Kevorkian terá um encontro com a comissão que estabelece os padrões profissionais para os médicos em Michigan. Entre junho de 1990 e fevereiro de 1992, o aposentado patologista de Royal OAK que se intitula “Dr. Morte” ajudou quatro mulheres cronicamente doentes a se matarem. Ele está dando assistência a uma quinta mulher há diversos meses, disse Fieger.

Fieger descreveu a mulher como “não terminal, mas realmente mal. Ela ficou inválida com artrite, precisa de oxigênio 24 horas por dia. Nada pode fazer com sua vida. Tem uma grave doença cardíaca. Os médicos lhe dizem que não tem muito tempo para viver”.

O Dr. Jack I. Barry, de Saginaw, presidente do Conselho Diretor da Sociedade Médica, disse que a visita de Kevorkian é “apenas uma sessão informal” e recebê-lo não “significa que o conselho agirá sob qualquer forma para apoiá-lo”.

Transcrito da Gazeta do Povo



### **Parecer AJ-CFM 002/86**

Consulta-nos o Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, em ofício datado de 02 de junho de 1986, sobre a existência de normas para a entrega de listas dos médicos inscritos bem como se estas podem ser fornecidas às pessoas interessadas.

Os Conselhos Regionais de Medicina, em consonância com o disposto no artigo 15, letra "i", da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, têm por atribuição promover a publicação da relação dos profissionais registrados, publicação esta que pode ser feita tanto pela Imprensa Oficial quanto na Imprensa comum.

A divulgação da relação nominal dos médicos inscritos em cada Conselho Regional feita por esta forma significa que "a priori" todos tomariam conhecimento destes dados. Conseqüentemente, a relação nominal dos médicos inscritos em um determinado Regional, na medida em que constitui um dado de conhecimento público, pode ser fornecido a qualquer pessoa física ou jurídica que se mostre interessada em ter este tipo de relação.

Outro enfoque, contudo, há de ser dado quanto ao fornecimento de listagens que contenham dados suplementares pertencentes aos médicos inscritos, como endereço residencial, do consultório, filiação, etc.

Neste caso, devemos ponderar que os Conselhos Regionais de Medicina não possuem integral disponibilidade sobre estes dados constantes dos prontuários médicos existentes em suas dependências.

Portanto, o fornecimento destas informações através da emissão de listagens a qualquer pessoa física ou jurídica que faça requerimento neste sentido e, a princípio, reprovável uma vez que aos Conselhos Regionais não é dado qualquer autorização, quer tácita quer expressa, dos médicos para revelar os dados que lhes pertencem exclusiva-



mente.

Com efeito, os dados pessoais de cada médico à ele pertence e só este pode deles dispor, não uma entidade de classe que os recebem em confiança com o fim precípua de apenas ter em seus registros dados para melhor fiscalizar a atividade médica daquele profissional.

Ademais, não podemos esquecer que o fornecimento de listagens com informações pessoais sobre os médicos inscritos em um determinado Regional poderia fomentar a prática de atividades com fins econômicos com a utilização do conhecimento dos dados pessoais de cada médico.

Por fim, convém salientar que os Conselhos Regionais enquanto autarquias corporativas que são, devem pautar seus atos de conformidade com a lei que, para este caso específico, os autoriza somente à promover a publicação e o fornecimento da relação nominal dos profissionais registrados e nada mais.

Concluindo:

a) o Conselho Regional de Medicina tem por atribuição publicar a relação dos médicos aí inscritos, conforme dispõe o artigo 15, letra "i" da Lei nº 3268/57;

b) esta autorização legal é para que os Conselhos Regionais promovam apenas a publicação da relação nominal dos médicos registrados, sendo vedada a publicação de dados suplementares sobre cada profissional;

c) na medida em que, a partir da publicação da relação nominal dos médicos inscritos na Imprensa, estes dados caem no conhecimento público, os Conselhos Regionais poderão fornecer a referida relação às pessoas interessadas;

**d) os Conselhos Regionais não possuem integral disponibilidade sobre outros dados suplementares pertencentes a cada médico inscrito e, portanto, não é possível que forneçam listagem contendo estes dados às pessoas físicas ou jurídicas que façam requerimento neste sentido.**

É o meu parecer s.m.j.

Rio de Janeiro, 27 de junho de 1986.

Cecília S. Marcelino  
Assessora Jurídica

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 12/07/86.

# DIREITO DE INTERNAR

## Regimento Interno do corpo clínico

### Artigo 25 - dos Direitos do Médico

**"Internar e assistir em hospital privado com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo, respeitadas as normas técnicas da instituição."**

*PARECER CFM*

"A Associação Médica do Rio Grande do Sul, Seção Regional de Vacaria, encaminha correspondência ao Presidente do CREMERS, solicitando a substituição do texto atual do Artigo 25 do novo Código de Ética Médica, por um outro que viria manter o mesmo "Status quo", de referência ao Direito de Médico: - Internar os seus pacientes em Hospitais Particulares"...

A Assessoria Jurídica do CFM se pronunciou de maneira enfática ao lado do novo CEM, ressaltando o que explicita o próprio Artigo 25 do CEM quando além assegurar aquele direito, serem, "respeitadas todas as normas técnicas da instituição que ele (o médico) utilizou para internação do seu paciente, e sendo assim, estará exposto a punições administrativas, que façam parte de qualquer violação destas mesmas normas, juntamente com a punição referente a sua conduta ética, caso se faça necessário".

O artigo 25 do novo CEM, elaborado pela I Conferência Nacional de Ética Médica, em novembro de 1987, e homologado em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros do CFM em janeiro de 1988, define com clareza, e assegura ao Médico - e intrinsecamente ao paciente - o direito de internar o seu paciente em qualquer unidade hospitalar privada, mesmo que não faça parte do seu Corpo Clínico".

Ora, "o trabalho é a vocação universal do homem, todos somos sabedores: do trabalhador braçal ao trabalhador intelectual, também nós, os médicos, temos consciência disto. Mais do que isto, nós os médicos, sabemos que o nosso trabalho não é apenas um bem "útil" pelo qual nos garanta a sua transformação em bens materiais, porém, é mais um bem "digno", um bem que amplia e define a dignidade do Médico.

A História da humanidade tem mostrado claramente existir homens especialmente qualificados para a arte de curar e solidarizar-se com o próximo; e este homem não é senão "o Médico". E na luta diária da sua atividade, o médico, elaborou e desenvolveu uma conduta especial e uma solidariedade mais firme entre si e o paciente, entre si e a Sociedade como um todo. Esse tem sido o motivo pela qual a profissão do médico tem conservado, até o presente - apesar de inúmeras investidas de desestabilizá-los - uma posição de DESTAQUE no que se relaciona com "CONFIANÇA" para com seus pacientes.

E é exatamente na essência deste relacionamento que vem se fortalecer e assegurar esse duplo direito: o direito do médico e do paciente garantir que seja permitido o internamento em unidades hospitalares, mesmo sem fazer parte do seu Corpo Clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição.

É fundamentado nesta verdade (a confiança) que se edifica o sentido ético do trabalho médico, e é nela que se deve orientar o Norte-Sul magnético dos seus direitos. Portanto, o trabalho médico é um bem do médico - porque é com sua dedicação, doação, participação e respeito que ele transforma e preenche as necessidades, ao mesmo tempo em que realiza-se como Médico.

Sem esta magna compreensão não se pode entender o real objeto e o significado maior do Artigo 25 do novo CEM, assim como, a Resolução 1231/86 do CFM.

É pertinente e oportuno lembrar que a MATÉRIA NOBRE do Médico é o paciente e a responsabilidade com tudo que o envolve, de modo que na medida dos valores, o Médico e o paciente estão acima de qualquer documento escrito.

Em realidade, o Artigo 25 do CEM, não anula o Corpo Clínico; não procura privilegiar partes; não corroe o Código de Ética, muito ao contrário, ele serve de "ferramenta" para que dentro das próprias unidades hospitalares se proceda uma maior vigilância nos indesejados ilícitos éticos.

De outro lado, não se constitui privilégio de Países Desenvolvidos ou Subdesenvolvidos, o controle de atos e condutas anti-éticas por parte do médico. A ética é o fundamento dos deveres dos homens para com Deus e a Sociedade, e a ética médica, o conjunto de deveres dos médicos para com seus pacientes, seus colegas e a Sociedade.

Entendo que aceitar uma proposição que se contraponha ao Artigo 25 CEM, não limita a atividade do médico, mas sobretudo cerceia o seu direito ao trabalho, assim como contraria também a Resolução 1231/86 do CFM.

O nosso parecer é manter o Artigo 25 do CEM; respeitar a resolução 1231/86 do CFM, e recomendar que se inscrevam nos regimentos do "Corpo Clínico" das Unidades Hospitalares, os instrumentos legais do "direito dos Médicos".

BERNARDO FERNADO VIANNA PEREIRA  
Cons. Relator

Brasília, 13 de julho de 1989.

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 13/07/89

---

## **CIRCUNCISÃO É FEITA COM LASER EM ISRAEL**

---

**JERUSALÉM (UPI)** - Pela primeira vez, médicos usaram um bisturi a laser em vez de uma faca para fazer a circuncisão de um imigrante russo hemofílico para o qual esse ritual judaico era considerado arriscado.

Embora a inédita circuncisão tenha sido feita há quatro meses, os médicos e rabinos que dela participaram não querem falar a respeito publicamente, temendo que o novo método se torne popular demais.

"As pessoas podem pensar porque não fazer (circuncisão) a laser", comentou em entrevista ontem pelo telefone o Dr. Shlomo Wallfish, responsável pela operação, que teve a duração de 20 minutos.

"Mas é, realmente, apenas para casos mais problemáticos", acrescentou o cirurgião, dizendo não haver problema para ele fazer a circuncisão dessa forma, mas que o assunto precisa ser mais examinado pelos rabinos. Só depois que jornalistas israelenses souberam, na semana passada, da operação, feita no hospital Suroka, na cidade de Beersheva, no deserto, é que a notícia foi divulgada.

O Dr. Wallfish, um judeu praticante que há 17 anos faz circuncisão em imigrantes, disse que consultara rabinos ortodoxos e médicos especialistas, além de fazer suas próprias pesquisas. Só então, operou Alexander Volk, de 14 anos, que sofre de hemofilia, doença que impede a coagulação do sangue.

*Nota : a respeito do assunto leia "Arquivos" nº 19.*

# **CONTRATO DE TRABALHO ATRAVÉS DE LOCAÇÃO**

Parecer CFM nº 0149/92

## **PARTE A. RELATÓRIO**

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás solicita do Conselho Federal de Medicina a "avaliação da legalidade do contrato de trabalho que o Hospital de Caridade São Pedro D'Alcântara está obrigando os médicos que trabalham n'aquela serviço a assinar".

Instada, a Assessoria Jurídica desse Conselho, emite parecer claro quanto o conteúdo civil e trabalhista do contrato de locação de serviços profissionais, deixando cristalino que: "O contrato de trabalho é um 'contrato realidade'. Se ele apresentar a bipolaridade de partes, a habitualidade e o recebimento periódico, mesmo que tenha outro nome, constituirá numa relação empregatícia". E, assim, encerra: "Diante disso, devem os médicos prejudicados pugnam pela configuração judiciária de seus direitos trabalhistas, já que o contrato juntado simula uma relação que não existe e esconde o evidente vínculo empregatício entre os médicos e o Hospital de Caridade São Pedro D'Alcântara".

## **PARTE B. CONCLUSÃO**

Somos, finalmente, de parecer que o referido contrato não agride qualquer postulado ético profissional, embora fique claro, nas letras no Assessor Jurídico, a intenção de descaracterizar uma clara relação trabalhista.

Mas não é neste tribunal que se discutirá esta pendência.

Este é meu parecer

Brasília-DF, 20 de abril de 1992.

ANTONIO JAJAH NOGUEIRA.  
Cons. Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 12/06/92

# **EXCLUIR AS EPILEPSIAS DO GRUPO DE DOENÇAS MENTAIS.**

*Parecer CFM nº 1304/91*

O Presidente do Capítulo Paraibano da Liga Brasileira de Epilepsia propôs que sejam considerados sem efeito no território brasileiro os diagnósticos 345.0/9 a 345.9/2 da CID da OMS referentes a epilepsia como doença. Fundamenta tal proposição no fato de serem tais manifestações indícios de agressão entrutural ou funcional ao cérebro, na maioria dos casos detectável através da semiologia e de métodos complementares.

Insurge-se também o consulente contra o enfoque dado nos meios forenses quando imputam a alteração comportamentais variadas o rótulo de fenômeno epilépticos.

## **II - ANÁLISE**

Está coberto de razões o Presidente do Capítulo Paraibano da Liga Brasileira de Epilepsia quando afirma serem as epilepsias síndromes e não doenças. Tal conceito é corroborado pela moderna Neurologia já há décadas, com a ressalva de que em um percentual de casos (variável de acordo com a tecnologia disponível) não se consegue determinar a causa das crises.

Igualmente não encontram sustentação nos conhecimentos científicos atuais os conceitos arcaicos e preconceituosos vigentes ainda em boa parte dos meios forenses do nosso país a respeito dos epilépticos.

Em relação às manifestações do consulente, as epilepsias estão incluídas no Capítulo VI da "Classificação Internacional de Doenças e causas de morte", que sistematiza as "Doenças do Sistema Nervoso dos Órgãos dos Sentidos" que contem itens, agrupados quando a etiologia, topografia lesional, manifestações clínicas, etc, não estando, portanto, incluídas juntamente com as doenças mentais, que estão contidas no Capítulo V, intitulado "Transtornos Mentais".

Já sobre a visão distorcida da população em geral e dos meios forenses em particular, em relação aos epilépticos, julgamos que a modificação de tais posturas depende primordialmente de ações educativas a serem desencadeadas pelas Sociedade de Especialidades afeitas ao tema com o apoio das Entidades Médicas e de outros setores da Sociedade.

Este é o meu parecer s.m.j.

Brasília, 01 de setembro de 1992.

NEI MOREIRA DA SILVA  
Cons. Relator.

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 11/12/92

# DE SENHOR DA VIDA A SENHOR DA MORTE

Alice da Costa Uchôa\*

Hoje no Brasil existem mais de 140.000 médicos enquanto 50 mil estão sendo formados nas 82 faculdades existentes no país. Num contexto tão amplo, os erros profissionais poderiam ser atribuídos à fatalidade ou à falibilidade humana. Entretanto, um número cada vez maior de denúncias públicas, responsabilizando os médicos por erros profissionais, faz com que a problemática do Erro Médico se torne uma preocupação para a sociedade e para a categoria.

Essa preocupação é mais visualizada à medida que se amplia o espaço de participação da sociedade civil organizada e a saúde passa a se construir como direito de cidadania, coincide a tentativa do atual governo em atribuir aos profissionais de saúde e em especial aos médicos, a ineficiência e ineficácia do Sistema de Saúde e com a deterioração das condições do trabalho médico. É acentuada à medida que o médico se apresenta como um profissional extremamente preocupado em tentar auferir renda e obter um prestígio social já profundamente desgastante, tanto no meio profissional como no social. Os médicos são ferozmente criticados por provocarem mutilações, esquecerem gases, pinças e tesouras (falta texto), tanto no meio profissional como no social. Os médicos são ferozmente criticados por provocarem mutilações, esquecerem gases, pinças e tesouras dentro dos pacientes, por promoverem diagnósticos incorretos, causarem mortes com seus remédios e infecções. Passam a ser vistos não apenas como Senhores da vida mas também como Senhores da Morte.

Os médicos e as entidades representativas da categoria são acusados de acobertarem os erros individuais e reduzirem ainda mais a confiança na profissão. Despreparo técnico-científico, más condições para a realização do trabalho, dependência acentuada na tecnologia, quebra do vínculo médico-paciente, preocupação maior em auferir renda e manter status, falta de dedicação profissional são apontados como condicionantes do Erro Médico. O equacionamento de tais fatores extrapola o setor saúde e educação e é dependente da própria sociedade.

As tentativas de obtenção de rendimentos mais elevados, expressas na conjugação de diferentes áreas de atividades e formas de participação no mercado e a transformação da assistência médica em empresa lucrativa subordinada à indústria de medicamentos e equipamentos, promovem o reconhecimento da medida, não por seus princípios humanitários e ou sociais, mas por seu caráter eminentemente mercantil.

No intuito de recuperar o respeito, a categoria médica evidencia a necessidade de punir os erros individuais.

Contudo o corpo médico mostra-se profundamente unido para enfrentar as adversidades externas, representadas pela mobilização social e posicionamento mais crítico da sociedade. Tal comportamento resulta muitas vezes em solidariedade irrestrita, omissão intencional ou involuntária, mas sempre antiética. A resposta a essa postura é a intolerância, a impopularização, que acabam colocando a profissão ainda mais sob desconfiança.

Transcrito do Jornal do CFM

---

\* Médica sanitarista e pediatra do Hospital Universitário da Universidade Federal da Paraíba. É mestra em Ciências Sociais da UFPB.



## **Obrigatoriedade da Inscrição de Planos de Assistência Médica nos Conselhos Regionais.**

*Parecer CFM nº 1658/92*

1) A Lei nº 6.839 de 30 de outubro de 1980 é a única existente sobre o registro de empresas nos órgãos fiscalizadores do exercício profissional.

Sua clareza não devia suscitar dúvidas, porém tem havido muitas.

Nesta singela Lei, com apenas um artigo de aplicação efetiva transcrito adiante, devemos conceituar duas coisas:

"Art. 1. o registro de empresas e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas encarregados, serão obrigatórios nas entidades competentes para a fiscalização do exercício das diversas profissões, em razão da atividade básica ou em relação àquela pela qual prestem serviços a terceiros."

a) "empresas". Instituições com personalidade jurídica, não importando como está constituída e nem a quem pertence;

b) "Atividade básica ou em relação àquela pela qual prestem serviços a terceiros". No caso concreto é a prestação de assistência médica.

2) As resoluções baixadas pelo Conselho Federal de Medicina visam apenas normalizar os procedimentos, eis que não pode legislar, salvo em assunto de ética médica.

3) Empresas prestadoras de assistência médica são necessariamente os hospitais, casas de saúde, clínicas, ou que denominação tenham, mas nas quais obrigatoriamente estejam presentes médicos e pacientes, aqueles prestando assistência a estes, com a colaboração de outros profissionais da saúde, farmacêuticos, enfermeiros, etc.

4) Em resposta ao custo crescente da assistência médica, em função do próprio progresso científico, a sociedade recorreu ao sistema de seguro ou à associação em entidades hoje chamadas previdenciárias, "sensu lato", que, além dos pecúlios, pensões, aposentadorias, estendem a assistência à saúde, sejam cooperativas, caixas de assistência, etc., onde, pela contribuição de todos, são minimizados os custos daqueles que por infelicidade necessitam de assistência médica.

5) Na área securitária, principalmente, são elaborados contratos onde ficam estabelecidas cláusulas, que especificam em que e como os segurados usufruem desse socorro. Se não houvesse legislação específica, seria regulada pelo Código Civil como qualquer outro contrato.

6) Os contratos, chamados "Planos de Assistência Médica", nada mais são do que cláusulas do que e como será ressarcida a assistência prestada. As seguradoras ou as Associações com fins semelhantes apenas intermediam os recursos entre o segurado e o prestador do serviço, pois este não é empregado daquela instituição.

7) Não importa se as instituições tem fins lucrativos ou não. São reguladas pela Lei nº 6.435 de julho de 1977, que DISPÕE SOBRE AS ENTIDADES DE PREVIDÊNCIA PRIVADA E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS, ou pelo Decreto-Lei nº 73 de 21 de novembro de 1966, que DISPÕE SOBRE O SISTEMA NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS, REGULA AS OPERAÇÕES DE SEGUROS E RESSEGUROS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. Este decreto-Lei nº 73 estabelece em seu:

"Art. 133. É vedado às Sociedades Segurados acumular assistência financeira com assistência médico-hospitalar".

Não é possível, portanto, caracterizá-las como "empresas prestadoras de assistência médica".

8) As entidades previdenciárias poderão ser abertas ou fechadas. Se abertas, integram-se ao Sistema Nacional de Seguros Privados, conforme estatui o artigo 7º da Lei 6.435 e, se fechadas, serão reguladas por esta Lei e pela legislação de previdência e assistência social.

Aquela que possui estabelecimento destinado ao atendimento médico, conforme item (3), aí sim, está obrigada a inscrevê-lo no Conselho.

**Conclusão: Os Conselhos não tem competência legal para inscrever "Planos de Assistência Médica".**

Brasília, 10 de setembro de 1992

LÉO MEYER COUTINHO  
Cons. Relator.

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 11/12/92





**Prazo**

## **Mínimo na incineração e substituição de prontuários médicos**

A matéria objeto do parecer é consulta da Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília - São Paulo, que se dirigiu, através de ofício, ao Presidente deste Conselho nos seguintes termos: "Tendo-se em vista que a Lei 5.433/68 e o Decreto nº 64.398/69 não dispõem a respeito de prazo mínimo a ser observado na incineração e substituição de prontuários médicos, e sendo que a Resolução CFM nº 1.331/89 estabelece, prazo não inferior a 10 (dez) anos, é a presente para solicitar de V. Sa. orientação a respeito da interpretação desta resolução, face ao princípio da hierarquia legal."

Tratando de matéria assemelhada à presente consulta, já existe neste Conselho pareceres que receberam os nº 493/87 e 16/90.

Por entender que a dúvida suscitada dizia respeito somente ao princípio da hierarquia legal, solicitei parecer da Assessoria Jurídica deste Colegiado, que assim se expressou: "A Lei 5.433 de 08 de mais de 1968 regula a substituição de documentos originais arquivados por microfilmes, facilitando desta forma o aproveitamento especial do arquivo nas instituições. Em seu parágrafo 6º art. 1º, reza a presente lei que, após arquivados os microfilmes, os originais podem ser eliminados. No entanto, pergunta-se da possível incompatibilidade deste parágrafo como o art. 2º da Resolução 1331/89 do Conselho Federal de Medicina, o qual regulamenta que em relação a prontuário médico, este só poderia ser eliminado após dez anos do registro do último paciente.

A Resolução 1331/89 regula especificamente a questão do prontuário médico, um documento específico e que por seu valor de arquivo, requer uma normatização especial. Portanto, tem-se em termos de aceitação da norma geral, esta é concebida até onde não fira a regulamentação especial sobre o assunto".

### **CONCLUSÃO:**

Baseado nos pareceres CFM nºs 493/87 e 16/90, bem como na Resolução CFM 1331/89, atualmente, o prazo para eliminação dos prontuários médicos originais é de, no mínimo, 10 (dez) anos, após o último atendimento prestado ao paciente.

Ainda com base no parecer da ilustre Assessora Jurídica Gislaine Jaciara Castro dos Santos, podemos dizer que com a Resolução CFM nº 1331/89 não há quebra do princípio da hierarquia legal em relação a Lei nº 5433/68. Contudo, vale ressaltar que a referida resolução não inviabiliza a reprodução destes originais em microfilmes, no decorrer do prazo de 10 (dez) anos, desde que sejam mantidos os originais, conforme o previsto na mesma.

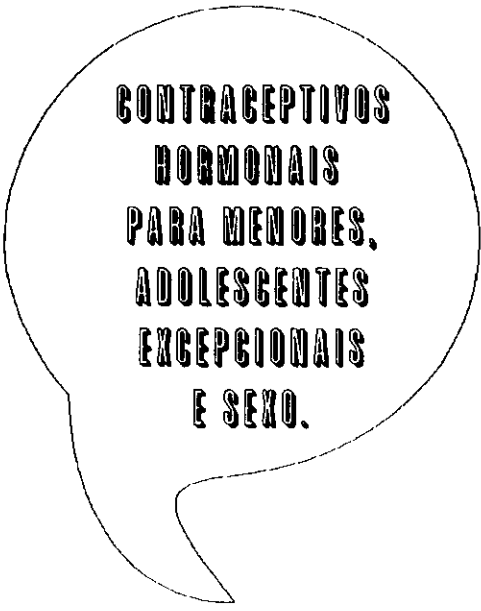
Finalmente, que sejam encaminhadas à Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília cópias dos pareceres CFM nºs 493/87 e 16/90.

Este é o parecer s.m.j.

Brasília, 16 de novembro de 1992.

TARCISIO DE ALMEIDA PIMENTEL  
Cons. Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 19/12/93



**CONTRACEPTIVOS  
HORMONAIS  
PARA MENORES,  
ADOLESCENTES  
EXCEPCIONAIS  
E SEXO.**

**1 - Qual a posição do CFM com relação à prescrição de contraceptivos hormonais para menores, objetivando evitar a gravidez?**

**2 - Posso fazer uma salpingotripsia em menor excepcional, a pedido da sua mãe?**

***Parecer CFM Nº2224/91***

Anexo à consulta o Dr. José A. Caldeira encaminha as posições oficiais do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, da Corregedoria Geral de Polícia daquele Estado e do Centro de Estudos de Drogas da Universidade Santa Úrsula do Rio de Janeiro de quem solicitou parecer sobre o assunto. Encaminha, também, uma cópia de trabalho da autoria do consulente, intitulado:

Contracepção para Adolescentes - Aspectos: Médicos, Éticos, Jurídicos.

Inicialmente, registraremos os tópicos principais dos pareceres acima citados, enfocando as posições daquelas entidades, para finalmente tecer alguns comentários sobre o tema e emitir opinião.

**CORREGEDORIA GERAL DE POLÍCIA DE MINAS GERAIS.**

\*A preocupação do consulente é plausível, reveladora de responsabilidade e consciência no exercício da medicina. Todavia, do ponto de vista legal, a meu ver, não há maiores implicações por ser um fato simplesmente atípico dentro da ética da legislação pertinente e do princípio da reserva legal.

Poderá, talvez, ocorrer transgressão aos princípios da ética profissional, o que me abstenho de tecer considerações em face de ter o consulente solicitado, implicitamente, informações ao órgão competente (CRM).

Saliente-se que relação sexual em si não é crime, e independe, para sua prática do

uso de qualquer preservativo relativo a evitar a gravidez.

O ato sexual, para ser considerado crime, requer o concurso de outros requisitos, tais como: Violência ou grave ameaça no estupro e atentado violento ao pudor; fraude na posse sexual, mediante fraude etc. Se a vítima é menor de 14 anos, alienada ou débil mental e o agente conhecia essa circunstância, mesmo com aquiescência da vítima, ou até com a iniciativa partindo dela, o legislador, por ficção jurídica, considerou a existência de violência, que nesse caso, é presumida e consequentemente caracterizadora do crime de estupro.

Ora, o fato é considerado crime, não porque a menor fez uso de anticoncepcional mediante aquisição com receita médica, mas porque a Lei considera o ato sexual praticado naquelas circunstâncias como crime, e este ocorreria independente de ter a menor usado ou não o anticoncepcional.

Entretanto, como o ato sexual, sendo a mulher menor, é crime, e sendo menor de 14 anos um crime mais grave, que a Lei atualmente considera hediondo, deverá o consulente, quando se deparar com um caso semelhante, comunicá-lo ao representante legal da menor como dever legal e profilaxia do crime e abster-se de fornecer a receita pleiteada, sendo que esta última observação ficará a seu livre arbítrio.

Após esta breve digressão, concluo pela inexistência absoluta de crime por ausência de previsão legal, o fornecimento de receita médica nas circunstâncias em análise”.

## **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MINAS GERAIS.**

“O Código de Ética Médica é omissivo quanto ao assunto, objeto da consulta formulada.

Entretanto, o consulente poderá orientar no referido Código nos seus artigos 56, 57 e 103, que estabelecem:

É vedado ao médico:

Art. 56 - Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.

Art. 57 - Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.

Art. 103 - Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não relevação possa acarretar danos ao paciente.

Quanto a possibilidade do consulente vir a ser processado criminalmente a resposta é encontrada na 2ª parte do artigo 103, acima transcrito”.

"Se a menor diz ao médico, expressamente, que deseja a pílula porque quer ter relações sexuais, é óbvio que, se este aceder ao seu pedido estará contribuindo de algum modo, para o futuro delito, porque o simples congresso sexual da menor com qualquer homem constituirá crime e este haverá de responder como sujeito ativo porque, como já vimos, a violência é presumida pela Lei. Nesse Caso, o médico que prescrever o medicamento sabendo que ele propiciaria à menor, ser vítima de um delito, responderá como partícipe da infração penal que o parceiro da menor praticar. Só na hipótese de o médico prescrever o uso da pílula anticoncepcional para outro fim, como por exemplo, regular a menstruação, etc, então, sim, não haveria de se falar em participação, se a menor tivesse relação sexual posteriormente, pois aquele não teria prescrito o remédio com a finalidade sexual solicitada por esta".

Esse parecerista conclui recomendando que o médico se abstenha de prescrever pílulas anticoncepcionais a menores de quatorze anos que os solicitem com vistas a desempenharem mais livremente a sua vida sexual.

## **CONCLUSÕES:**

A aptidão sexual, precede até muitos anos algumas vezes, a maturidade emocional. A luz dos conhecimentos atuais são diversas as razões pelas quais o adolescente não deveria ter relações sexuais antes de compreender a si mesmo e à situação. Além de se sentir usado, subjugado ou chateado de uma maneira que pode vir a interferir nas futuras relações íntimas, as possibilidades de gravidez e de doenças venéreas continuam a ser problemas reais.

Esconder de um adolescente as verdades quanto às funções sexuais, inclusive concepção, medidas anticoncepcionais, doenças venéreas, aborto, gravidez, nascimento e cuidados com um filho reduz as possibilidades de que ele possa fazer uma escolha responsável quanto às relações sexuais. É pouco provável que falar para o adolescente sobre estes fatos aumentem a vontade de ter relações sexuais. Na verdade, é possível que as pessoas façam escolhas mais razoáveis para suas vidas quando podem pesar essas escolhas tanto numa base intelectual quanto emocional.

Por outro lado, o simples fornecimento de receituário de anticoncepcionais à adolescentes não vai resolver ou diminuir os problemas de aborto, gravidez doença venérea nas jovens, pois isto dificilmente seria um procedimento extensivo a todas as adolescentes e pouco contribuiria para alterar o conhecimento das adolescentes quanto a sua própria sexualidade.

Acreditamos que com educação sanitária dirigida para a questão da sexualidade humana e com a concretização do princípio de que Saúde é direito de todos e dever do Estado é que poderemos pelo menos minimizar os problemas de aborto, gravidez e doença venérea na adolescência.

A experiência sexual é importante para consolidar a identidade sexual do adoles-

cente, porém a experiência sozinha não é suficiente. É preciso conhecer o seu corpo e saber como ele funciona. Qualquer prática só é útil quando feita de maneira tal que alguma coisa de útil se aprenda. O sexo pelo sexo não leva a uma boa aprendizagem.

Somente prescrever pílulas anticoncepcionais para ,menores, porque estas solicitam para evitar a gravidez, não contribui de forma alguma que esta adolescente adquira conhecimento sobre si mesma e possa usufruir de sua sexualidade com segurança, sem riscos de agravos à sua saúde. Além disso, vale ressaltar que grande maioria da população de menores não têm acesso a esse tipo de atendimento.

Finalmente, sou pelo entendimento de que compete ao médico analisar se a menor tem capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, e, a partir dessa análise deve o médico fornecer orientação técnica-científica a menor no que diz respeito à sua sexualidade, aos métodos contraceptivos adequados à cada situação e prescrevê-los quando indicado.

Com relação ao segundo questionamento formulado, deixo de tecer comentários, por entender que o parecer em Processo Consulta CFM nº 1042/88, já aprovado, responde integralmente a questão e, por isso, adoto-o como parte integrante deste.

Este é o parecer s.m.j.

Brasília-DF, 31 de agosto de 1992.

Tarcísio de Almeida Pimentel  
Conselheiro Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária 11/12/92

**QUANDO NECESSÁRIO  
CONSULTE OS ÍNDICES DE  
ASSUNTOS NOS Nº 30 E 36.**



# O ATESTADO MÉDICO

*Fernando Q. Monte*

O atestado médico é uma solicitação que os médicos, de uma maneira geral, têm que atender com muita freqüência. O seu interesse além de pessoal, para que, dele necessita, tem implicações sociais; por este motivo, está normatizado pelo Código de Ética Médica e as suas infrações podem ser penalizadas pela Justiça. É portanto um assunto que merece ser repensado de vez em quando.

O atestado mais comum, e que oferece as maiores controvérsias, refere-se à comprovação de uma doença que determina o afastamento do trabalhador das suas atividades. Vamos nos restringir a seu estudo, pois, os que servem para a deliberação da seguridade social são feitos em serviços próprios e sob o controle do Estado, e os exigidos pelo judiciário são mais pareceres técnicos que propriamente atestados.

A delimitação da área é para facilitar e reduzir a exposição. As motivações são, em essência, as mesmas em todos eles mas, que nos furtarmos de comentar, apresentam nuances de formas, o que ampliaria em muito o texto, sem acrescentar nenhum ponto de vista fundamental.

A falta ao trabalho é um acontecimento, do ponto de vista social, sistemático e sujeito a estudo, análises e, inclusive, especialização. Para os Empresários e o Estado e uma Patologia Social nomeada de absenteísmo. O absenteísmo é, para os proprietários dos meios de produção e para o Estado, devido à colocação pelo faltoso dos seus interesses pessoais acima da produção social ou, então, doença. A falta decorrente do interesse pessoal iria desde a execução de serviços, que lhe sejam lucrativos, ao alargamento do seu período de repouso ou como é chamado cruamente por preguiça. Ainda que Paul Lafargue (1842-1911), numa de suas obras menores tenha escrito "O Direito à preguiça", os que defendem os interesses dos trabalhadores vão mais a fundo. A sua explicação vai do ponto filosófico até o econômico e social com o conceito de alienação. Este conceito vem desde o iluminismo tanto francês, com Rousseau (1712-1778), e do germânico, com Goethe (1749-1832) e Schiller (1759-1805) - este através dos seus dramas políticos. Foi estudado por filósofos clássicos alemães como Fichte (1762-1814) e Hegel (1770-1831) que deram a sua conceituação filosófica, enquanto Marx (1818-1863) trouxe a sua demonstração para o lado econômico e social (1). A alienação compreendida por

estes autores é a transformação da atividade humana e social em algo independente de quem a produz (2). Este processo tem repercussão sobre a mente de quem trabalha na produção.

Dentro deste contexto encontra-se o médico. Existe a doença para justificar a falta ao trabalho ou não? não havendo a doença orgânica ou mental, a interpretação, segundo a visão estatal, é que houve falta culpável sujeita a penalidade. A concepção do Estado é puramente mecânica, em que, normal e patológico têm fronteiras bem delimitadas e com a submissão aos conceitos biológicos (orgânico ou comportamental). A esta visão simplista se opõem os médicos, o que leva autores conservadores a afirmarem "... o certificado médico não verdadeiro é regra, e o verdadeiro, a exceção."(3)

Devemos ver o problema de uma maneira mais ampla. A afirmação citada acima é simplista e, além de demonstrar posicionamento firme na defesa dos conceitos do Estado, é baseado em concepção científica arcaica. A questão do normal e do patológico tem suas fronteiras muito nebulosas que não permitem em grande número de casos uma peremptoriedade no diagnóstico. Em grande número de casos o médico tem que seguir os caminhos ditados pela jurisprudência. "In dubio pro reo"(4). Por outro lado é difícil a conceituação de normalidade na área psiquiátrica chegando a ser dito que o diagnóstico da doença mental é um julgamento político e social (5). A consciência, de grande quantidade de médicos, da alienação, capacitando-os a discerni-lo por trás do pedido do atestado - que o médico poderá fornecer sem examinar por diagnosticá-la somente pela forma como foi abordado - ou da simulação grosseira facilmente detectável. Achamos ser ética, esta compreensão da recusa de comparecimento ao trabalho, como uma válvula de escape da somação temporal do processo alienatório do trabalho. Um outro fator que pode levar ao médico aceitar a falta aparentemente imotivada é a modificação dos conceitos sobre certos estados ou agravos, determinados por algumas ocupações que durante muito tempo são consideradas como variações do normal e que posteriormente são tidas como patológicas, por exemplo: o pulmão negro dos mineiros de carvão e a síndrome do ar-condicionado (6).

Todas as condições que citamos acima fazem com que "o certificado médico verdadeiro seja a regra, e o não verdadeiro, a exceção". Portanto, há em relação ao atestado o choque entre duas concepções médicas diante dos que trabalham: os simplistas que acham que a falta ao trabalho é suspeita de má fé do trabalhador, respaldado pelo médico: a outra posição, é que existe uma razão forte para o trabalhador faltar ao trabalho. Esta é uma posição tão antiga quanto a de Aristóteles (384-322 A.C.) que achava que ninguém faz um mau ato pelo simples gosto de cometer uma má ação.

Tomando a posição simplista e contrária aos trabalhadores é que Veloso de França acha o atestado que ele considera falso por ser tão numeroso é que está "... levando ao desprestígio da medicina"(7). Evidente que a situação é bem diferente. Os interessados em reduzir o absenteísmo, para favorecer os proprietários dos meios de produção, entre os quais o próprio Estado, tentam pressionar os médicos para que estes sejam menos justos no fornecimento de atestados médicos, levantando a suspeita que paira sobre toda classe que os atestados médicos são elaborados com má fé. A medicina não sofre desprestígio com isso - mas fica no ar a pressão para fazer ceder os mais vulneráveis.

Concluímos que, de uma maneira geral, os atestados médicos merecem fé e credibilidade. Esta não é uma afirmação absoluta. Existe o atestado falso dado com transgressão da ética médica e do Código Penal. Estes não merecem a nossa análise, são atividades marginais que os conselhos médicos e a justiça punem com certa benignidade. Estes transgressores não trazem nenhum descrédito para a profissão, mas somente para si mesmos.

## NOTAS

- (1) ROSENTHAL, M. e YUDIM, P. - A Dictionary of Philosophy, Progress Publishers, Moscou, 1967.
- (2) Um artesão independente ao produzir uma obra pode, ao concluí-la vendê-la, guardá-la, queimá-la tendo, portanto, domínio sobre o resultado do seu trabalho. O operário ao construir um objeto não intervém no destino que lhe será dado.
- (3) VELOSO DE FRANÇA, G. - Direito Médico, Fundo Editorial BYK PROCIENTX, São Paulo, 1978, p.50.
- (4) Na dúvida favorecer o acusado.
- (5) ENRENREICH, J. - The cultural crisis od Modern Medicine, Monthly Review Press, New York, 178, p.50.
- (6) A síndrome do ar-condicionado ou que os franceses chamam de síndrome da segunda-feira, é caracterizado por coriza, obstrução nasal, indisposição, etc. que se manifesta nas pessoas que trabalham em local com ar-condicionado, quando volta do fim de semana em que esteve ao ar livre.
- (7) VELOSO DE FRANÇA, G. - op.cit. p.50.

Transcrito do Jornal do CRM CE/1988

LEIA E COLECIONE

**"ARQUIVOS DO CRMPR"**





# FICA PROIBIDA A PRÁTICA DO FUMO EM TODA E QUALQUER INSTITUIÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, PÚBLICA E PRIVADA.

GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE

PORTARIA Nº 1.050, DE 08 DE AGOSTO DE 1990.

O **Ministro de Estado da Saúde**, no uso das atribuições que lhe confere o disposto no artigo 22, inciso XXIX, no artigo 24, XII, **in fine**, da Constituição, e no artigo 1º inciso I, alíneas "b" e "l", da lei nº6.229, de 17 de julho de 1975.

**Considerando** que as manifestações públicas das autoridades da saúde são essenciais para conscientizar a população a respeito dos malefícios decorrentes do consumo de produtos de fumo;

**Considerando** que a publicidade, sem nenhuma advertência, em favor do fumo prejudica os esforços para alertar a população sobre os riscos do tabagismo à saúde e induz de forma imoderada de fumo;

**Considerando** que a Portaria 490, de 25 de agosto de 1988, que regula a comunicação publicitária de produtos derivados de fumo e a aplicação da frase de advertência estabelecida pelo Ministério da Saúde foi editada antes da promulgação da nova Constituição;

**Considerando** a necessidade de aprimoramento técnico do disposto na Portaria 731, de 31 de maio de 1990, de modo a permitir a imediata consecução dos seus objetivos;

**Considerando** que a constituição, no parágrafo 4º do seu artigo 220, estabelece que haverá restrições legais à propaganda comercial de tabaco e determina no inciso II do parágrafo 3º do mesmo artigo que a lei federal garantirá à pessoa e à família a possibilidade de se defenderem da propaganda de produtos que possam ser nocivos à saúde e ao meio ambiente.

**Considerando** que o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias no seu artigo 65, estabelece prazo para que o Poder Legislativo regulamente o mencionado parágrafo 4º do artigo 220 do texto constitucional;

**Considerando** que os projetos em estudo na Câmara dos Deputados e no Senado Federal já incorporam quase de forma consensual, várias das posições assumidas há anos pelo Código Brasileiro de Auto Regulamentação Publicitária, promulgado em 1978 pelo III Congresso Brasileiro de Propaganda, cujo Anexo trata das restrições publicitárias aos produtos de fumo;

**Considerando** que estas regras, que vinham sendo aplicadas pelo CONAR - Conselho-Nacional de Auto-Regulamentação Publicitária, foram atualizadas e expandidas

pelo Ministério da Saúde, através da já referida Portaria 490/88, que estabeleceu diretrizes para a aplicação da “frase de advertência” e deu outras providências, sem prejuízo da função auto-reguladora que continuou sendo exercida pelo Conar, no que lhe compete.

**Considerando** que as características próprias da tramitação legislativa exigem exames que, por sua natureza, retardam a promulgação de legislação complementar prevista no texto constitucional;

**Considerando** que, em sintonia com o Poder Legislativo, dentro dos estritos termos de sua competência legal e refletindo inclusive os anseios da opinião pública, pode e deve o Ministério da Saúde aprofundar e atualizar as normas previstas na Portaria 490/88, na certeza de que a futura legislação fortalecerá ainda mais a posição hoje adotada pelo Executivo; **resolve**:

**Art. 1º** - As empresas produtoras de cigarros, cigarrilhas, charutos, fumo para cachimbo, fumo para confecção manual de cigarros e fumo para mascar, ficam obrigadas a inserir nas embalagens e na publicidade, como discriminado no corpo desta Portaria, a advertência “**O MINISTÉRIO DA SAÚDE ADVERTE: FUMAR É PREJUDICIAL À SAÚDE**”, composta em tipo “Univers”, todo em letras maiúsculas.

§ 1º - O disposto neste artigo não se aplica aos produtos de fumo destinados a exportação.

§ 2º - A inserção da advertência a que se refere este artigo será igualmente exigível para os produtos de fumo importados, na conformidade do previsto nesta Portaria.

**Art. 2º** - Recomenda-se aos Estados, Distrito Federal e Municípios que adotem ou promovam medidas restritivas ao ato de fumar ou de portar acesos cigarros, charutos, cigarrilhas e cachimbos, em recintos públicos fechados, tais como veículos de transporte coletivo, elevadores, auditórios, cinemas e teatros, bibliotecas e instituições de ensino de todos os graus e refeitórios de estabelecimentos industriais e comerciais, de escassa ventilação.

**Art. 3º** - Fica proibida a prática do fumo em aeronaves nacionais, de transporte público, em etapas de voos de duração igual ou inferior a 2(duas) horas.

§ 1º - Para as etapas de vôo de duração superior a 2(duas) horas será admitido fumar cigarros, reservando-se, na parte traseira de cada classe das aeronaves, espaço destinado exclusivamente aos fumantes.

§ 2º - O Departamento de Aviação Civil, do Ministério da Aeronáutica, em conjunto com as empresas de transporte aéreo, adotará medidas necessárias para o cumprimento do disposto neste artigo.

**Art. 4º - Fica proibida a prática do fumo em toda e qualquer instituição de assistência à saúde, pública ou privada.**

**Art. 5º** - A publicidade de cigarros, cigarrilhas, charutos e outros produtos derivados do fumo só será permitida nas emissoras de rádio e televisão entre as 21(vinte e uma) horas e as 6(seis) horas da manhã, respeitados os procedimentos dos artigos 9º e 10º desta Portaria.

**Art. 6º** - Fica proibido o "merchandising" de cigarros, cigarrilhas, charutos e outros derivados do fumo em programas de televisão entre 6(seis) horas e 21(vinte e uma)horas.

**Parágrafo único**- As emissoras de televisão recomendarão a seus atores, apresentadores e jornalistas, bem como aos demais participantes e entrevistados de seus programas de jornalismo e entretenimento que não fumem nem portem acesos cigarros, charutos, cigarrilhas e cachimbos quando a referida programação ocorrer ou se destinar à exibição em horários entre 6(seis) e 21(vinte e uma)horas.

**Art. 7º** - Fica proibida a venda de cigarros, cigarrilhas, charutos e produtos de fumo à menores de 18 (dezoito)anos.

**Art. 8º** - O texto da advertência referido no art.1º desta Portaria, para maços de cigarros, cartelas de cigarrilhas, embalagens de charutos, de fumo para cachimbo, de fumo para mascar e de fumo para confecção de cigarros, obedecerá às seguintes normas:

a) o texto da advertência deverá ser impresso em duas linhas, usando cores contrastantes com a base, de forma a assegurar a perfeita visibilidade;

b) a advertência deverá ser aposta em uma das faces laterais, em área preservada de outras informações do fabricante, que possam interferir na sua visibilidade, inclusive o selo;

c) as letras serão do padrão **Univers Normal, corpo 9**, conforme catálogos de composição reconhecidos pela FENAPRO - Federação Nacional das Agências de Propaganda e/ou ABA -Associação Brasileira de Anunciantes, e Associação Brasileira de Agências de Propaganda -ABAP.

**Art.9º** - Na publicidade dos produtos a que se refere esta Portaria, veiculada por emissoras de televisão, serão obedecidas as seguintes normas:

a) o texto da advertência, referida no art.1º desta Portaria, será exibido em cartela única, onde esteja assegurado a sua perfeita visibilidade e permaneça imóvel no vídeo;

b) a cartela obedecerá ao gabarito RTV de filmagem reconhecida pela FENAPRO e/ou pela ABA e ABAP, no tamanho padrão de 36,5cm x27cm(trinta e seis e meio centímetros por vinte e sete centímetros).

c) as letras apostas na cartela serão do padrão **Univers Medium, corpo 38**, conforme catálogos de composição reconhecidos pela FENAPRO e/ou ABA e ABAP.

d) os filmes ou vídeo-tapes comerciais de publicidade dos produtos regulados por esta Portaria serão sempre encerrados com a exibição da cartela acima referida, dentro dos seguintes padrões e em solução de continuidade:

- anúncios de até 15 segundos: 3 segundos de cartela;
- anúncios de 16 a 60 segundos: 4 segundos de cartela;
- anúncios de mais de 60 segundos: 5 segundos de cartela.

§ 1º - Admitir-se-à como opção aos procedimentos previstos nos ítems "a" a "d" acima a colocação da frase de advertência, com a tipografia padrão, em uma cartela que ocupe pelo menos 10% do espaço total da imagem e que ficará exibida na parte inferior do vídeo durante toda a duração do comercial, assegurada sua perfeita legibilidade.

§ 2º - A mesma advertência e as mesmas normas acima serão observadas nas publicidades em filme ou vídeo-tape produzidos para a televisão a cabo, televisão por assinatura e outras formas de circuito fechado com acesso de público ou para anúncios destinados a exibição em cinemas.

**Art. 10** - A advertência a ser transmitida pelas emissoras de rádio, com os anúncios de produtos de fumo previstos art.1º. desta Portaria, corresponderá a um aviso, de inteira responsabilidade da emissora, com 4(quatro) segundos de duração para cada 60(sessenta) segundos de propaganda a ser divulgado na mesma faixa horária de propaganda veiculada. A locução de advertência obedecerá ao mesmo texto estabelecido no art.1º desta Portaria, observando-se cadência e ritmo, que assegurem sua perfeita compreensão.

**Art.11** - A publicidade em "posters" painéis, cartazes, "displays", placas luminosas, painéis de rua ou painéis ao ar livre, jornais e revistas obedecerá aos seguintes requisitos:

a) o texto da advertência, referido no art.1º desta Portaria será escrito com letras pretas, do padrão **Univers 65 Bold** conforme catálogo de composição reconhecido pela FENAPRO e/ou ABA e ABAP, observadas as seguintes dimensões mínimas para as letras do corpo do texto, que será impresso em 2(duas) linhas, sobre retângulo branco, com um filete preto interno, emoldurando a advertência de modo a assegurar sua visibilidade.

#### **CARTAZES E PAINÉIS**

o	a	250 cm2	corpo 16
251	a	500 cm2	corpo 20
501	a	1000 cm2	corpo 24
1001	a	1500 cm2	corpo 26
1501	a	2000 cm2	corpo 30
2001	a	3000 cm2	corpo 36
3001	a	4000 cm2	corpo 40
4001	a	5000 cm2	corpo 48

#### **REVISTAS**

-Página dupla simples

corpo 12

-1/2 página	corpo 8
-1/4 de página	corpo 4

## JORNAIS

Tamanho padrão:

-1 página	corpo 24
-1/2 página	corpo 16
-1/4 de página	corpo 8

Tamanho tablóide:

-1 página	corpo 16
-1/2 página	corpo 10
-1/4 de página	corpo 6

b) qualquer tamanho não especificado nos itens relacionados a Revistas e Jornais deverá ser proporcionalizado, tomando-se por base a definição para 1/4 de página. A proporcionalização para Cartazes e Painéis deverá ter como base a área de 1000cm<sup>2</sup>.

**Art.12** - Nas publicidades e publicações institucionais e legais, bem como nos anúncios classificados de empresas produtoras de derivados de fumo, não está obrigada a inserção da frase de advertência, assegurando-se que as referidas publicações não visem à promoção de marcas de produtos destinados ao público consumidor.

**Parágrafo único** - Nas demais manifestações destinadas ao consumidor a frase de advertência deverá ser inserida, observados os princípios gerais desta Portaria e assegurada a sua correta visibilidade.

**Art.13 - A promoção de produtos de tabaco através de distribuição de amostras grátis fica proibida em:**

- a) estabelecimentos de ensino, repartições públicas, hospitais e casas de saúde;**
- b) eventos públicos a que tenham acesso menores de 18(dezoito) anos de idade.**

**Art.14** - as chamadas e caracterizações de patrocínio dos produtos a que se refere o art.1º desta Portaria poderão ser feitas nas emissoras de rádio e televisão em qualquer horário, sem que prevaleça a obrigatoriedade da frase de advertência, quando:

- a) as chamadas e caracterizações de patrocínio se referirem a eventos alheios à programação regular das emissoras;
- b) das chamadas e identificações de patrocínio constem apenas o nome e a logomarca do produto, sem a inclusão de qualquer outro apelo promocional ou publicitário.

**Art.15** - Sem prejuízo do disposto nos demais artigos desta Portaria, a publicidade ou propaganda dos produtos, por intermédio de qualquer meio de comunicação, deverá ajustar-se aos seguintes princípios:

§ 1º- Não sugerir o consumo exagerado ou irresponsável, nem a indução ao bem estar ou saúde, ou fazer associação a celebrações cívicas ou religiosas;

§ 2º- Não induzir as pessoas ao consumo, atribuindo aos produtos propriedades calmantes ou estimulantes, que reduzam a fadiga ou a tensão, ou outro qualquer efeito;

§ 3º- Não associar idéias ou imagens de maior êxito na sexualidade das pessoas, insinuando o aumento de virilidade ou feminilidade de pessoas fumantes;

§ 4º- Não sugerir ou induzir o consumo em locais ou situações ilegais ou perigosas;

§ 5º- Não empregar imperativos que induzam diretamente ao consumo;

§ 6º- Não incluir, em imagens ou sons, a participação de crianças ou adolescentes, nem a eles dirigir-se.

**Art.16** - As determinações constantes desta Portaria entrarão em vigor nos prazos abaixo assinados, prevalecendo até lá o disciplinado na Portaria nº 490, de 25 de agosto de 1988:

1. Em jornais -em 30(trinta) dias;
2. Em revistas-em 90(noventa) dias;
3. Em "merchandising"em mídia impressa-em 120(cento e vinte) dias;
4. Em "merchandising" em mídia eletrônica-30-(trinta) dias;
5. Em rádio-em90(noventa) dias;
6. Em televisão-em 120(cento e vinte) dias;
7. Em cinema e vídeo-tape-em 120(cento e vinte) dias;
8. Nas embalagens tratadas pelo artigo 8º-em 180(cento e oitenta) dias;
9. Painéis-em 120(cento e vinte) dias;
10. Demais meios-em 60(sessenta) dias.

**Art.17** - Sem prejuízo do disposto em legislação sanitária municipal e estadual, a inobservância ou desobediência às normas aprovadas por esta Portaria configura infração de natureza sanitária capitulada nos itens V e XXIX, do artigo 10 da Lei nº6.437, de 20 de agosto de 1977, devendo as infrações e as penalidades serem, respectivamente, apuradas e aplicadas pelos órgãos de vigilância sanitária dos Municípios, dos Estados e do Ministério da Saúde.

**Art.18** - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogada a Portaria 731, de 31 de maio de 1990, ficando restabelecidas as disposições constantes da Portaria nº 490, de 25 de agosto de 1988, exceto no que conflitem com o disposto nesta Portaria.

Alceni Guerra.

# PRONTUÁRIOS: Quando podem ser incinerados?

RESOLUÇÃO CRM/PR Nº 041/92

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958; e

**CONSIDERANDO** o desinteresse dos responsáveis em manter a guarda desse material;  
**CONSIDERANDO** que as entidades de classe, Associações e Conselhos, não tem condições, atualmente, de manter esses documentos armazenados sob quaisquer das modalidades técnicas;  
**CONSIDERANDO**, que a ficha ou prontuário pertence ao paciente, sendo portanto vedada a sua mercantilização;  
**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido em Sessão Plenária, realizada aos 17 dias do mês de fevereiro de 1992.

## RESOLVE:

1ª - O responsável pelo arquivo ou fichário médico, quando desativado sob qualquer motivo, poderá destruir as fichas ou prontuários, preferencialmente por incineração, obedecidos os seguintes critérios:

a) publicar em jornal de grande circulação local, no mínimo em duas ocasiões, intervaladas por prazo não inferior a 10 (dez) dias, nota esclarecendo o motivo da desativação do arquivo, colocando à disposição dos clientes interessados as fichas ou prontuários;

b) a publicação deverá explicitar local para a entrega do material, em horário não inferior a duas sessões de duas horas;

c) esses documentos médicos somente serão entregues ao cliente ou responsável legalmente habilitado, mediante identificação e contra recibo;

d) a destruição dos documentos deverá aguardar um prazo não inferior a 30 (trinta) dias após a última publicação.

2ª - Não poderá haver ônus pela entrega dos documentos objeto desta Resolução.

Curitiba, 17 de fevereiro de 1992.

CONS. HÉLIO GERMINIANI  
Presidente em Exercício

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária 17/02/92

**UMA  
NOVA  
FIGURA**

# **INTERDIÇÃO ÉTICA HOSPITALAR**

O exercício profissional da medicina encontra-se regulado por leis que normatizam a prática médica. Como pedra basilar deste conjunto encontra-se o Código de Ética Médica (CEM) que disciplina a conduta profissional dos médicos e dos que exercem a medicina.

Na qualidade de supervisores do cumprimento do CEM, os Conselhos Regionais de Medicina dos Estados, sob a coordenação do Conselho Federal, zelam para que, tanto os profissionais quanto os estabelecimentos de saúde, cumpram e ofereçam os meios adequados para atendimento às normas do CEM.

**Dentre as ações cabíveis na espécie, encontra-se a interdição ética do estabelecimento, quando este não oferecer condições mínimas e dignas do exercício profissional e da prestação de serviços à população.**

Um dos objetivos centrais é levar-nos à reflexão de mecanismos legais, para dispormos de uma modalidade de ação dos Conselhos que vizassem a resguardar os princípios éticos e a preservação da dignidade profissional.

A tarefa essencial da interdição ética é demolir "arqueologicamente" o poder consciente e/ou inconsciente desta aliança descabida entre o saber estabelecido e o saber desqualificado.

Desta atual posição extraímos como uma ação que pode ser denominada de contrapoder, ganhando uma nova e instigante perspectiva que possa ultrapassar os poderes particulares, parcelizantes e alienantes. Estes novos elementos do saber assim definidos são ratificados no discurso filosófico da modernidade do filósofo alemão Habermas que afirma "a cada contrapoder move-se já no horizonte do poder que ele combate e transforma-se, logo que vitorioso num complexo de poder que provoca outro contrapoder". Trata-se sobretudo de um ativo controle social, capaz de bloquear o abuso do Estado em defesa dos direitos fundamentais do homem.

No decorrer dos dois últimos anos, o **Cremerj**, com os demais Conselhos de Profissionais de Saúde, percorreram um longo e penoso caminho ao tentar delinear um diagnóstico da atual situação do atendimento nos hospitais públicos e contratados. Numa investigação criteriosa, observamos o abandono e a ausência de um controle efetivo das autoridades e de uma normalização destas instituições. O exemplo marcante foi o Hospital Psiquiátrico Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi. Na fiscalização, das 20 maternidades visitadas, 14 foram interditas parcial ou totalmente. Gravitam em torno desta situação o comportamento de subserviência voluntária, a renúncia da liberdade e a necessidade de submissão a que Freud aludiu em seus trabalhos, "que a seu ver está intimamente entrelaçado com a gênese do poder e com sua formidável capacidade de extrair obediência



daqueles sobre quem se exerce”.

O sofrimento psíquico dos profissionais nessas condições de trabalho é extraordinariamente doloroso. Uma sala de atendimento insalubre e desprovida de recursos materiais, nossas emergências atendendo milhares de pacientes, a ausência de medicamentos para os pacientes com AIDS que certamente não terão nenhum recurso disponível, produzem uma sucessão de frustrações que ao longo dos anos amortecem os sentimentos mais primitivos do amor e da solidariedade.

Assim, todos aqueles desejos e perspectivas do ideal da Medicina esvaem-se numa frustrante ilusão, invertendo a mão, em que predomina fundamentalmente a cultural da sobrevivência. A resistência a esta engrenagem é a não capitulação, a alienação intelectual, econômica e psíquica, concebendo um novo espaço à liberdade e às emoções, como ideário para uma nova base ética e científica da organização do trabalho.

A interdição ética, como dispositivo legal, pretende ser um instrumento crítico da Medicina e do Sistema Único de Saúde, com firme e inquestionável propósito de buscar um patamar ético para o exercício profissional num verdadeiro reencontro do humanismo com a ciência e a Constituição Brasileira.

A Diretoria

Editorial do Jornal do Cremerj - Março/92

## RESOLUÇÃO CFM Nº 1342/92

### Diretor Clínico

“Art 6º - Em caso de afastamento ou substituição do Diretor Técnico ou do Diretor Clínico, aquele que deixa a carga tem o dever de imediatamente comunicar tal fato, por escrito, ao Conselho Regional de Medicina”.



# ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CRM Nº 18/88

**DENUNCIANTE** - "EX-OFFICIO"  
**DENUNCIADO** - DR. J. A. R. B.  
**RELATOR** - CONSª TÂNIA MARA CUNHA SCHAEFER  
**REVISOR** - CONS. FARID SABBAG  
**ACÓRDÃO** - 010/92

**EMENTA** - PRONTO SOCORRO - DENÚNCIA DE FALTA DE ATENDIMENTO PELO INAMPS - REIVINDICAÇÃO PARTICULAR - ARTIGO 35 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA - ABSOLVIÇÃO.

O médico, como tipificado, era plantonista da Maternidade, tendo o paciente chegado ao Pronto Socorro anteriormente ao início de seu serviço e para atendimento de ferimento em extremidade de membro inferior.

Não ficou comprovada a recusa de atendimento e tampouco a solicitação de o fazê-lo particularmente, impondo-se a improcedência da denúncia com o seu conseqüente arquivamento sem qualquer gravame ético ao denunciado.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional sob nº 018/88, em que é denunciante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e denunciado o Dr. J.A.R.B.

## ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, por unanimidade, na forma dos votos dos senhores Relator e Revisor, em NÃO ACOLHER a imputação feita ao denunciado, de infração ao artigo 35 do Código de Ética Médica, conforme Ata nº 648, de 16 de novembro de 1992.

Curitiba, 17 de novembro de 1992.

CONSª TÂNIA MARA CUNHA SCHAEFER  
Relatora

CONS. WADIR RÚPOLLO  
Presidente

Arq. Cons. Region. Med. do PR.

10 (39): 164, 1993

# O QUE FAZER QUANDO A FAMÍLIA NÃO AUTORIZA UMA AMPUTAÇÃO

*O que fazer quando um médico se vê diante de um paciente com um baixo nível de consciência, com um membro gangrenado, tendo que amputar, sob pena de risco de vida, mas que não recebe o consentimento da família para fazê-lo?*

---

"Senhor Presidente:

Tenho a honra de dirigir-me a Vossa Senhoria para, em atendimento ao r. despacho de fls., emitir o seguinte parecer:

## PARECER

O Conselheiro JOÃO ALBERTO MORAES PESSOA relata que determinado paciente foi admitido em hospital, "com nível baixo de consciência, apresentando quadro de gangrena de membro inferior que após avaliação, por mais de um médico, foi indicada a amputação do referido membro". "A família após ser convocada, foi unânime em recusar o procedimento indicado".

Consulta-nos: "Gostaríamos, portanto, de saber como proceder para que legalmente pudéssemos estar acobertados, pois deixando de amputar poderíamos incorrer na omissão e amputando incorrer no crime de lesão definitiva ou promover ato médico sem a permissão do responsável."

Ao que me parece, o cerne da questão reside justamente no arbítrio do profissional em fazer ou deixar de fazer o ato médico, frente ao iminente perigo de vida, sem autorização dos familiares.

É **comum** opinião que a liberdade individual de cada cidadão está plenamente assegurada pela nossa legislação. Inobstante, estando a liberdade individual juridicamente garantida, não pode ela ser tolerada da maneira irresponsável, pois na medida em que ela começa a conflitar-se com a liberdade de outro ou com a seguridade de um bem maior protegido - aqui, a vida -, aí começam algumas de suas restrições. **Est modus in rebus** - há um limite entre todas as coisas.

Nesse diapasão, a nossa Lei Penal (artigo 146, I, do CPB) exclui a antijuridicidade do constrangimento no tratamento médico arbitrário diante ao iminente perigo de vida. Eis o texto legal:

**Art. 146 - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda:**

**§3º - Não se compreendem na disposição deste artigo:**

**É - a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida.**

A contrário sensu qualquer enfermidade sem perigo imediato ou um risco de vida remoto não justifica intervenção sem o consentimento do paciente e/ou dos seus familiares.

Em casos antagônicos, o tratamento arbitrário é a maneira encontrada para salvar uma vida ameaçada de forma certa e imediata. Sacrifica-se um bem - **a liberdade**, para salvar um outro, de maior interesse e significação, que é a **vida**, da qual não pode o homem dispor incondicionalmente.

**Portanto, é justo o meio para um justo fim.**

Cumpra aduzir que nos casos de não emergência, deve o médico ter sempre o **consentimento expresso ou tácito** do seu paciente ou dos familiares, pois aí está prevalecendo apenas interesse de ordem pessoal.

Não basta, apenas, um simples perigo à saúde, nem um remoto ou incerto perigo de vida. Mister se faz que a intervenção médica ou cirúrgica se apresente **necessária, urgente e inadiável**, para conjurar a iminência de morte do paciente.

Nestes termos, não se trata de discutir porque é legítima a ação curativa a que se faz contra a vontade do paciente. No caso, o que se tem a justificar é a intervenção que se pratica sem a anuência daquele que a sofre e, portanto, com violação real ou presumida da sua vontade, mas se pratica sob a permanência de risco de vida.

De sorte que, no caso em tela, estaria plenamente acobertado pela excludente de antijuridicidade o Sr. JOÃO ALBERTO MORAES PESSOA se porventura procedesse a necessária amputação do membro gangrenado, vez que - conforme o alegado - o quadro clínico apresentava risco de vida, permitindo-lhe a **facultar agendi** (faculdade de agir) de acordo com sua consciência profissional, independentemente do estado de consciência ou não do paciente.

**Mutatis mutandis**, outro aspecto deve ser considerado, a omissão de socorro, delito tão antigo que se perde nas noites do tempo.

Diz o artigo 135 do Código Penal Brasileiro:

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

**Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.**

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

Em caso análogo ao estudado, incorreria no tipo legal acima mencionado o médico que deixasse de proceder a devida intervenção cirúrgica, mesmo sem a aquiescência, em paciente que apresentasse iminente perigo de vida e disso resultasse dano à saúde ou à

vida do mesmo. É o que chamamos de culpa *in omittendo* (culpa em omitir) em detrimento a *obligatio faciende* (obrigação de fazer).

Impõe-se salientar que a omissão só é punível quando for possível prestar a assistência ou pedir socorro sem risco pessoal.

A propósito leciona o Professor GENIVAL VELOSO DE FRANÇA, in DIREITO MÉDICO, 5ª edição, Editora Fundo Editorial BYK, pág. 196, inverbis:

"Se alguém sente-se incapaz de prestar socorro com eficiência, deverá recorrer a outrem, principalmente se aquele é o indicado para tal fim. No entanto, há circunstância em que, mesmo procurando-se socorro da autoridade, pela configuração do caso, pode-se considerar omissão de socorro quando a própria pessoa poderia prestar o atendimento. O dispositivo penal, ao referir-se à autoridade pública, o faz àquele que, pela própria natureza de seu ofício, está capacitado a intervir".

E mais:(Ibidem)

"Essa assistência imposta pelo nosso diploma legal deve ser prestada não apenas quando as circunstâncias exigirem, mas também quando for possível realizá-la sem risco pessoal e sem violar interesses maiores. Por outro lado, é necessário que a alegação da não prestação de socorro não se prenda a pretextos fúteis ou pequenos danos. É claro que a lei não poderia exigir que sempre diante de um periclitante um homem se transformasse em herói ou bom samaritano, a ponto de sacrificar-se pelo seu próximo.

Entretanto, achamos que existem profissões que pelo seu próprio caráter acarretam a exigência de determinados riscos. Assim é o salva-vidas, o policial e o soldado de fogo. **O médico, pelo seu sentimento ético e pela sua consciência profissional, deve, até certo ponto, correr o risco pessoal que certas circunstâncias impõem, pois o fundamento de sua profissão é socorrer seus semelhantes.**"(grifou-se)

Desta feita, o médico diante de um quadro clínico tal qual o aqui descrito, não deve condicionar-se ao consentimento do paciente ou dos seus familiares e deixar de prestar a assistência que se impõe, mas submeter-se aos ditames da ciência e ao real interesse que as circunstâncias exijam, sob pena de se manietar nos grilhões da lei por omissão de socorro.

Reforço: mesmo havendo resistência demasiada que o impeça de praticar o ato médico necessário e salvador, deverá recorrer às autoridades policiais e judiciárias, salvaguardando sua responsabilidade e tentando outros recursos para prolongar a vida do paciente, enquanto se concretize a intervenção da autoridade competente. Há até quem pense que o médico não deve pedir autorização a qualquer que seja a autoridade, pois condicionar a salvação de uma vida às marchas e contramarchas do mecanismo policial ou judicial é simplesmente negar a autoridade e a competência médica.

É este o meu parecer, s.m.j.

Genival Veloso de França Filho

Adv. Assessor Jurídico"

Transcrito do Jornal do CRM-PB.



# ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CFM Nº 13/89

**DENUNCIANTE** - SRA. MARILDA DE SOUZA e SR. MAURÍCIO SANTOS DE SOUZA  
**DENUNCIADO** - DR. E. M. F.  
**RELATOR** - CONS. CARLOS AUGUSTO RIBEIRO  
**REVISOR** - CONS. MIGUEL IBRAIM ABOUD HANNA SOBRINHO  
**ACÓRDÃO** - 001/92

**EMENTA** - PACIENTE INTERNADA - ÓBITO SUPERVENIENTE AO EXAME - ALEGAÇÃO DE ABANDONO NÃO TIPIFICADA - ABSOLVIÇÃO POR FALTA DE CONDUTA ANTI-ÉTICA.

Pela prova colacionada, constatou-se que o denunciado tomou todas as medidas e precauções para o atendimento da paciente quando esta foi internada e, se não lhe foi possível examiná-la pessoalmente, isto se deu em razão da anterior morte súbita da mesma.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional nº013/89, em que figuram como denunciante MARILDA DE SOUZA e MAURÍCIO DE SOUZA e denunciado o médico E. M. F.

## ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, por maioria, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em NÃO ACOELHER a imputação feita ao denunciado de infração ao artigo 61 do Código de Ética Médica, conforme Ata nº 002, de 24 de fevereiro de 1992.

Curitiba, 25 de fevereiro de 1992.

CONS. CARLOS AUGUSTO RIBEIRO  
Relator

CONS. HÉLIO GERMINIANI  
Presidente em Exercício

Arq. Cons. Region. Med. do PR.  
10 (39): 168, 1993

# USO DE FICHAS MÉDICAS E A ÉTICA

---

Diretor de Santa Casa no interior indaga ao CREMESP se o médico pode retirar da instituição as fichas de paciente nela atendidos, a fim de serem utilizadas em consultório particular.

Primeiramente é importante tecer um conceito geral de fichas médicas qual seja, são as anotações feitas pelo próprio médico sobre o diagnóstico e as prescrições feitas aos seus pacientes.

Desta forma, as referidas fichas auxiliam o profissional no decorrer de um tratamento, já que trazem informações precisas sobre o paciente. É fácil concluir que as fichas médicas pertencem exclusivamente ao profissional que organizou os dados.

É oportuno esclarecer, que o caso em tela é um pouco diverso, já que as fichas solicitadas são aquelas que contem os dados pertencentes aos pacientes atendidos na própria Santa Casa. Assim sendo, os arquivos ou fichários médicos de hospitais e instituições clínicas em geral, quer públicas ou privadas, pertencem à instituição e não aos profissionais que nela desenvolvem a medicina, independentemente do vínculo empregatício existente.

Logo, as fichas clínicas de uma instituição não devem ser retiradas, a fim de não obstar o acesso que todos os profissionais do local devem ter às mesmas. Entretanto, caso algum médico queira utilizar as fichas fora do perímetro ao qual estão vinculadas, entendemos que poderão ser feitas cópias xerográficas, a menos que exista entendimento contrário pela instituição.

No tocante ao sigilo profissional, cabe salientar que não só os médicos, mas também os funcionários e dirigentes das instituições devem respeitá-lo, por força do que dispõe o artigo 154 do Código Penal Brasileiro.

Artigo - 154 - "Revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem: Pena - detenção de três meses a um ano ou multa."

Em conclusão, o médico que ao examinar uma ficha clínica, ou ainda, conforme nossa sugestão, uma cópia, fora da instituição não estará isento de manter o habitual sigilo, sob pena de sofrer sanções éticas e penais.

Transcrito do Jornal do CREMESP

# CRMPR

## Uma sede ao nível de sua importância

RESOLUÇÃO CRMPR Nº 043/92

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1992, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de junho de 1958 e,

**CONSIDERANDO** que as atuais instalações do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná atendem às necessidades para o desenvolvimento das atividades políticas e administrativas do órgão;

**CONSIDERANDO** que através de um programa de economia e poupança o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná poderá, em prazo razoável, reunir recursos necessários e suficientes para custeio das obras e instalações da construção da nova Sede;

**CONSIDERANDO**, finalmente, os precedentes do Conselho Federal de Contabilidade e do Conselho Federal de Medicina;

### RESOLVE:

**Art. 1º - Fica criado um Fundo de Investimento destinado ao custeio das obras e instalações da construção da nova sede do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, à Rua XV de Novembro nº 2913.**

Art. 2º - Fica determinado que o valor do fundo será de 100% (cem por cento) do saldo disponível apurado no final do exercício de 1992.

Art. 3º - O valor estabelecido no Art. 2º será integralmente destinado a obra e instalações da nova Sede.

Art. 4º - O valor do fundo ficará depositado em Carteira de Poupança.

Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura.

Curitiba, 14 de dezembro de 1992.

CONS. WADIR RÚPOLLO  
Presidente

CONS. JOÃO ZENI JUNIOR  
1º Secretário



# **É da competência do Regional ao qual o médico encontra-se inscrito decidir sobre a abertura de Processo Ético-Profissional. Quando se verificar arquivamento da denúncia pelo Regional, em tese, é possível recorrer ao CFM.**

**Parecer CFM 1982/90**

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) encaminhou ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco (CREMEPE), denúncia contra médico inscrito neste regional, acusando-o da prática de charlatanismo.

No despacho exarado em 06/07/90, o CREMEPE, através do seu presidente, concluiu que o indigitado médico exercera o seu mister em caráter eventual após solicitação de familiares da paciente, frequentara ambiente hospitalar e usara instrumento médico, enfim, que fora ali acolhido pelos seus pares. Prossegue em seu despacho: "O modo de sua atuação poderia ser considerado, conforme o que seja apurado pela autoridade competente, como "excedente os limites" da prática profissional médica, o que está prescrito como caracterizador de exercício ilegal da Medicina no Código Penal (Artigo 282). Sendo prática de crime, cabem às autoridades policial e judicial a apuração e o julgamento da matéria, desde que haja representação contra o responsável por tal prática criminosa. É na jurisdição do RJ, onde cometido o crime, que se poderá realizar a ação penal. Ao CREMERJ e aos médicos denunciante cabe a providência de realizar a denúncia a tais autoridades públicas, se assim entenderem.

Na ausência de elementos mais precisos que configuram a infração ética e no vazio de dispositivos legais capazes de impedir abusos dessa natureza, o parecer é pelo arquivamento da representação comunicando-se tal decisão e os termos deste parecer aos denunciante".

Inconformado com os termos da decisão acima, o CREMERJ solicitou daquele Regional a reconsideração do parecer emanado sobre a matéria, por entender que "in casu" houve flagrante desrespeito a vários dispositivos do Código de Ética Médica.

Tendo em vista as posições divergentes, o CREMEPE solicita do Egrégio Conselho Federal de Medicina o deslindamento da questão mediante a emissão de parecer.

Atento aos fatos, achamos oportuno transcrever o parecer da Assessoria Jurídica do Conselho Federal de Medicina, que aprecia a questão:

"Após entendimento esposado, à unanimidade, pela EGRÉGIA 1ª CÂMARA DO TRIBUNAL SUPERIOR DE ÉTICA MÉDICA, NO PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CFM Nº 03/88, com adinúculo na Lei nº 3268, de 30 de setembro de 1957, Artigo 5º, letra E, compete ao EGRÉGIO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA promover, no caput da ementa do aludido julgamento, os atos e diligências necessários para o cumprimento das normas, inclusive recebendo denúncias quando arquivadas pelo CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA.

**Assim, em tese, é possível a abertura de processo ético-disciplinar pelo CONSELHO**

FEDERAL, quando se verifique o arquivamento pelo Regional, na forma de posição adotada pelo eminente Conselheiro WALDIR PAIVA MESQUITA no exame da matéria, em questão.

Na espécie, o EGRÉGIO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE PERNAMBUCO não vislumbrou ilícito médico, ante o vázio de dispositivos da Legislação própria, que caracterizasse infração ética, mas se houve prática de crime a matéria deve ser da órbita da autoridade policial, em primeiro plano, e do PODER JURÍDICO, em segundo plano, mas foge por completo à competência do CONSELHO REGIONAL, onde o pretense infrator é jurisdicionado, pois o fato ocorreu no Rio de Janeiro, em outra comarca, mediante representação a quem de direito, para apuração de responsabilidade criminal.

O alcance da exegese do Artigo 18 da Lei nº 3268/57, para o exercício profissional do médico, habilita o esculápio para todo o território nacional, mas com algumas ressalvas para o trabalho profissional, em outra jurisdição, além da que se encontra inscrito, por mais de noventa dias, obriga-o nessas circunstâncias a ter inscrição secundária.

Na hipótese de ter inscrição secundária, os atos praticados pelo médico naquela jurisdição, submete-o às disposições daquele Conselho Regional, como jurisdicionado, mesmo que seja em caráter provisório.

O exercício, porém, eventual, isto é, o entendimento de um ou outro cliente fora da jurisdição, a que está subordinado, não o vincula ao Conselho Regional da prestação do serviço médico esporádico, porquanto está sujeito às normas do órgão de origem, no qual está inscrito.

No caso específico da consulta, a competência é do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PERNAMBUCO, onde o médico, em epígrafe, está inscrito, já que o serviço prestado no Rio de Janeiro fora de natureza eventual, sem continuidade, não estando preceito expresso do parágrafo segundo do Artigo 18 da Lei em comento.

Salvo melhor alvitre, o douto presidente do EGRÉGIO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO não pode insurgir-se contra decisão do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE PERNAMBUCO por faltar-lhe competência jurisdicional.

Opinamos pelo não acolhimento do expediente de fls. 15, subscrito pelo Ilustre Conselheiro LAERTE ANDRADE VAZ DE MELO, porque o fez da cadeira de presidente contra ato de outro Conselho Regional.\*

Este é o nosso parecer.

Brasília, 01 de novembro de 1991.

SÉRGIO IBIAPINA FERREIRA COSTA  
Cons. Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 13/02/92

# **ESPECIALIDADE:**

## **Clinica Médica = Medicina Interna**

RESOLUÇÃO CFM Nº 1369/93

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere o art. 5º, da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

**CONSIDERANDO** que a Resolução CFM nº 1.295, de 09 de junho de 1989, enumera entre as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina a especialidade **MEDICINA INTERNA**;

**CONSIDERANDO** que a Comissão Nacional de Residência Médica utiliza para fins de credenciamento o nome **CLÍNICA MÉDICA**;

**CONSIDERANDO** que a Associação Médica Brasileira reconhece esta especialidade com o nome de **CLÍNICA MÉDICA**;

**CONSIDERANDO** os inúmeros problemas causados por esta divergência em denominação nos registros de títulos de especialidades nos Conselhos Regionais de Medicina;

**CONSIDERANDO**, ainda, que as denominações **MEDICINA INTERNA** e **CLÍNICA MÉDICA** se referem à mesma especialidade médica;

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 24 de junho de 1.993.

RESOLVE:

**1) Considerar como equivalentes, para fins de registro nos Conselhos Regionais de Medicina, os títulos de especialista em CLÍNICA MÉDICA e MEDICINA INTERNA, obedecidos os termos da Resolução CFM nº 1.288, de 08 de junho de 1.989.**

**2) Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.**

Porto Alegre-RS, 24 de junho de 1993.

IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ  
Presidente

HERCULES SIDNEI PIRES LIBERAL  
Secretário-Geral

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 24/06/93

# CRM e Autoridade Sanitária devem se completar na fiscalização de estabelecimentos hospitalares

---

Parecer CFM 307/91

---

O Dr. Roberto Godoy, Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, considerando que a Resolução CFM nº 1214/85, que trata do Registro e Cadastro de Pessoas Jurídicas nos Conselhos de Medicina, estabelece, em seu capítulo IV, o cancelamento do registro como penalidade aplicável após decisão definitiva, solicita esclarecimentos visando dar cumprimento à referida resolução, de forma correta e eficaz, vez que não identificou normas processuais nem definição dos delitos que poderiam ensejar tal punição.

Com efeito, as normas que estabelecem atribuições de fiscalizações das empresas prestadoras de serviços médico-hospitalares pelos Conselhos de Medicina, Lei nº 6839/80, Lei nº 6994/82 e Resolução CFM nº 997/80, não especificam normas processuais nem definição dos delitos que permitiriam o cancelamento do registro.

Entretanto, "o cancelamento do registro, como penalidade, após decisão definitiva" é atribuição do poder de polícia do Estado, por meio da autoridade sanitária competente.

O Art. 57 do Decreto nº 49974-A, de 21.01.61, estabelece que:

"A AUTORIDADE SANITÁRIA COMPETENTE FISCALIZARÁ... b) OS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES DE QUALQUER NATUREZA;..."

Já o parágrafo único deste artigo determina que, **verbis**:

"NA FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO MÉDICA, A AUTORIDADE SANITÁRIA SUPLEMENTARÁ A AÇÃO DOS CONSELHOS DE MEDICINA E COM ELES COLABORARÁ PARA OBSERVÂNCIA DO CUMPRIMENTO DAS LEIS".

Desse modo, na fiscalização do exercício da Medicina, os Conselhos de Medicina poderão dispor, de acordo com a legislação citada, das ações **suplementares** (que ampliam; adicionais) dos órgãos próprios de fiscalização sanitária. Estes são detentores dos instrumentos legais de sanção contra os estabelecimentos hospitalares e outros.

Do exposto, acredito que cabe aos Conselhos Regionais a busca desta ampliação do seu poder fiscalizador, visando estabelecer, por negociação com os referidos órgãos, normas de ação conjunta. A pena capital apontada no capítulo IV da resolução CFM nº 1214/85, desse modo será possível, por ação da autoridade sanitária competente, esgotadas as ações prévias de fiscalização e as graduações preliminares de sanções menores, face ao não cumprimento de determinações legais.

É o parecer.

Brasília, 24 de junho de 1991.

HERCULES SIDNEI PIRES LIBERAL  
Cons. Relator

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 11/10/91

# PSICOTRÓPICOS

---

## NOVO TALONÁRIO AZUL

---

### RESOLUÇÃO Nº 4693

O Senhor Secretário de Estado da Saúde do Paraná, no uso de suas atribuições que lhe confere o Art. inciso XVI da Lei Estadual nº 8485 de 03 de junho de 1987 e o art. 9º, Inciso XV e XVI do Decreto Estadual nº 2.270 de 11 de janeiro de 1988.

CONSIDERANDO, o Art. 6º, § Único da Lei nº 6.368 de 21 de outubro de 1976;

CONSIDERANDO o disposto no Art. 32º, Art. 33º e Art. 72º da Portaria nº 28 de 13 de novembro de 1986;

CONSIDERANDO a necessidade de constante aperfeiçoamento das ações de Vigilância Sanitária e de prevenção à saúde, no que se refere a prescrição de medicamentos psicotrópicos e entorpecentes e ao seu comércio,

#### RESOLVE:

Art. 1º - Os talonários de Notificações de Receita para substâncias e produtos constantes da Lista II de substâncias psicotrópicas e relação B de produtos psicotrópicos, da Portaria 28/86-DIMED/MS, para efeitos de controle e confecção devem ser impressos conforme modelo tipificado na Portaria 28/86, contendo numeração fornecida pelos serviços municipais ou estaduais de vigilância sanitária.

Art. 2º - A numeração dos talonários deve ser impressa no quadrante superior esquerdo, contendo ainda, no mesmo, a cidade e a Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde.

Art. 3º - A identificação do emitente, deverá ser impressa no quadrante médio superior, constando o nome do profissional ou da instituição, com endereço completo.

Art. 4º - A solicitação de confecção dos talonários de notificação de Receita "B", pelos profissionais ou instituição, junto às gráficas, deve ser acompanhado de autorização de impressão das "NR B" fornecida pelos serviços de vigilância sanitária, onde constará a numeração a ser impressa.

Art. 5º - Os Serviços de Vigilância Sanitária dos municípios e do Estado, devem adequar-se em seus serviços a fim de organizarem com ficha cadastral dos profissionais

médicos e instituições, livro de registro da numeração, conteúdo data, nome do profissional ou instituição, numeração fornecida, assinatura do profissional e do técnico do serviço.

Art. 6º - Os talonários existentes de posse dos profissionais ou das instituições terão validade de 90 (noventa) dias, a partir da data de publicação desta Resolução.

Curitiba, 30 de junho de 1993.

Nizan Pereira,  
Secretário de Estado da Saúde.

*Nota : a respeito do assunto veja "Arquivos" nº 37.*

## RECEITUÁRIO COM CANHOTO

PR (Unidade) UF	RS	NOTIFICAÇÃO DA RECITA	IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO	MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA
	PR			
Nome do Paciente		DE _____ DE _____	FORMA FARMACÉUTICA, FARMAC. POPULAR	9,0 cm
Medicamento		Paciente nome _____		
Quant/apresentação		Endereço _____	IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO	VALIDA POR 90 DIAS NO ESTADO DO PARANÁ
Data		Assinatura e carimbo do profissional		
5,0 cm		IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	Nome _____ Data _____	
		Nome _____		
		Ident. Nº _____ Órgão emissor _____ Tel. _____		
		Endereço _____		
		12,8 cm		

# Delegacias Regionais e Seccionais

---

## RESOLUÇÃO CRMPR Nº 045/93

O Conselho Federal de Medicina do Estado do Paraná, no uso das suas atribuições que lhe confere a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 18 de julho de 1958 e,

**CONSIDERANDO** a necessária descentralização das atividades de supervisão e atuação do CRM;

**CONSIDERANDO** a extensão territorial e a densidade médica abrangida pela jurisdição deste Conselho;

**CONSIDERANDO** a necessidade de uma maior e melhor atuação e supervisão junto às cidades sedes de Escolas de Medicina;

**CONSIDERANDO** finalmente a Resolução nº 1367/93, do Conselho Federal de Medicina.

### **RESOLVE:**

Art. 1º - Transformar as "Delegacias Seccionais" do CRMPR com atuação regional nas cidades sedes de Escolas de Medicina, em "Delegacias Regionais".

**Parágrafo 1º** - As "Delegacias Regionais" serão instaladas nas cidades de Curitiba, Londrina e Maringá.

**Parágrafo 2º** - A Delegacia Regional de Curitiba será representada pelo próprio CRMPR.

**Art. 3º** - As competências das Delegacias Regionais serão as mesmas das Delegacias Seccionais, determinada pela Resolução CRMPR nº 024/88, acrescidas das funções:

- a) promover e divulgar a Ética Médica;
- b) instruir Câmaras de Ética e Disciplina nos mesmos moldes conforme previsto na Resolução CRMPR nº 03/84.

**Art. 4º** - As Delegacias Regionais serão constituídas por 12 (doze) Delegados Integrantes.

**Parágrafo 1º** - A Diretoria será composta por Presidente, Vice-Presidente e Secretário, escolhidos por votação entre os Delegados Integrantes.

**Parágrafo 2º** - Dentre os Delegados Integrantes poderão ser designados os membros da Câmara de Ética e Disciplina, da Comissão de Fiscalização do Exercício Profissional, Divulgação, Promoção da Ética Médica e outras.

**Art. 5º** - Limitar no Estado do Paraná 09 (nove) Regiões Geográficas que abrangem todos os Municípios designados nas Regionais de Saúde.

**Art. 6º** - Designar Regiões Geográficas de:

- 1 - CASCAVEL
- 2 - CORNÉLIO PROCÓPIO
- 3 - CURITIBA
- 4 - GUARAPUAVA
- 5 - LONDRINA
- 6 - MARINGÁ
- 7 - PATO BRANCO
- 8 - PONTA GROSSA
- 9 - UMUARAMA

**Art. 7º** - Desativar-se a Delegacia Seccional de Paranaguá, que passa a integrar a Delegacia Regional de Curitiba.

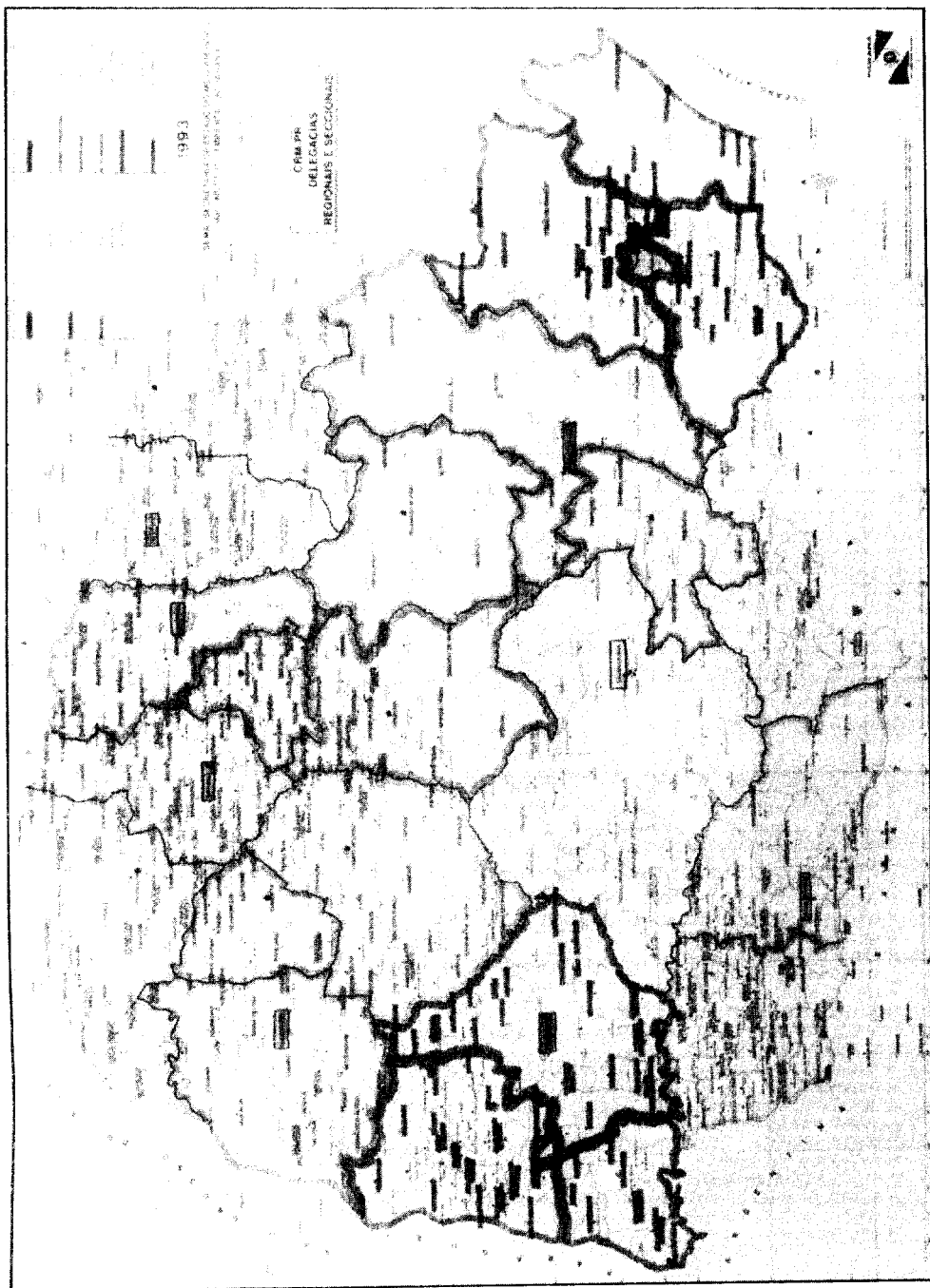
**Art. 8º** - Revogar as Resoluções CRMPR nºs 023/88 e 044/93.

Sala de Sessão, 13 de setembro de 1993.

cons. WADIR RÚPOLLO  
Presidente

cons. CARLOS EHLKE BRAGA FILHO  
1º Secretário





Divisão das Seccionais e Regionais do CRM no Estado do Paraná

# Saúde age com rigor contra os hospitais

A interdição e descredenciamento do Hospital e Maternidade do Carmo, no Bairro Boqueirão em Curitiba, na semana passada, por falta de higiene, falta de estrutura, aconteceu depois de inúmeras advertências e culminou em situação grave, com erro médico e morte de uma paciente.

No Paraná, cada vez mais, a Secretaria de Saúde, dirigida pelo médico Nizan Pereira, tem sido exigente com os hospitais. A interdição do Hospital do Carmo não foi um ato isolado.

No último mês de julho, mais quatro hospitais da Região de Maringá foram interditados por técnicos da 15ª Regional de Saúde, da Secretaria de Saúde do Paraná. A fiscalização do Centro de Saneamento e Vigilância Sanitária flagrou os hospitais de Lobato, Itaguajé, Doutor Camargo e Iguaraçu, que há mais de um ano foram notificados mas não realizaram as adaptações exigidas.

As irregularidades constatadas há mais de um ano, são desde estrutura física, falta de higiene até reutilização de materiais descartáveis. Os fiscais perderam a paciência com estes estabelecimentos, e decidiram por isto interditar os estabelecimentos, inclusive impedindo novas internações dos doentes, já que, se internados seriam também colocados em perigo. Contudo, os hospitais poderão reabrir as portas depois que se adequarem às condições técnicas, explica Sezifredo Paz, diretor do Centro de Saneamento e Vigilância Sanitária. A exceção é o hospital de Iguaraçu, que teve seu fechamento definitivo, por ter condições de atendimento irrecuperáveis.

## MAIS INTERDIÇÕES

No relatório publicado pela Secretaria de Saúde, em maio último, já eram 28 os hospitais interditados no Paraná. Depois, durante maio, junho, julho e agora em agosto, a fiscalização continuou agindo. Eis a lista da Secretaria de Saúde, até maio:

### HOSPITAIS INTERDITADOS

#### Interdição Total

Names	Municípios
01 - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	Campo Mourão
02 - HOSPITAL SANTO ANTÔNIO (fechado por tempo indeterminado)	Floral
03 - HOSPITAL SANTA MARIA (fechado por tempo indeterminado)	Floresta
04 - CASA DE SAÚDE NOSSA SENHORA APARECIDA (desinterditado, com exceção do centro cirúrgico)	Iguaraçu
05 - HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO FRANCISCO (desinterditado)	Jussara
06 - HOSPITAL DE CLÍNICAS NOSSA SENHORA APARECIDA	Medianeira
07 - HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO SEBASTIÃO (desinterditado)	Munhoz de Mello
08 - HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JUDAS TADEU	Nova Esperança
09 - CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE SÃO JOSÉ	Nova Esperança
10 - HOSPITAL SANTO ANTÔNIO DO IGUAÇU (desinterditado)	São Miguel do Iguaçu
11 - HOSPITAL SANTA RITA	Vera Cruz do Oeste
12 - POLICLÍNICA SANTO ANTÔNIO	Dois Vizinhos

#### Interdição Parcial

13 - HOSPITAL E MATERNIDADE ALMIRANTE TAMANDARÉ (desinterditado) centro cirúrgico	Almirante Tamandaré
14 - HOSPITAL SANTA RITA (desinterditado apenas a lavanderia) centro cirúrgico, berçário, raio X e lavanderia	Alto Piquiri
15 - CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE VERA CRUZ ala de madeira	Barracão
16 - HOSPITAL SUDOESTE ala de madeira	Capanema
17 - HOSPITAL E MATERNIDADE DE CIANORTE (desinterditado) centro cirúrgico	Cianorte
18 - HOSPITAL OSWALDO CRUZ (desinterditado) centro cirúrgico e sala de parto	Cidade Gaúcha
19 - HOSPITAL E MATERNIDADE TARUMÁ centro cirúrgico, berçário e centro de material	Curitiba
20 - HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO LUCAS (desinterditado posto de enfermagem) raio X e posto de enfermagem	Dois Vizinhos
21 - FUNDAÇÃO MÉDICA ASSISTENCIAL DE INDIANÓPOLIS (desinterditado) centro cirúrgico	Indianópolis
22 - HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA TEREZINHA (desinterditado) centro cirúrgico e sala de parto	Japurá
23 - FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE MUNICIPAL DE MANDIRITUBA (desinterditado) centro cirúrgico, raio X e pediatria	Mandirituba
24 - HOSPITAL CARITAS (desinterditado) centro cirúrgico, berçário, pediatria, centro obstétrico e centro de material	Quatro Barras
25 - HOSPITAL E MATERNIDADE RIO BRANCO (desinterditado berçário e raio X) berçário, raio X e isolamento	Rio Branco do Sul
26 - HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA (desinterditado) centro cirúrgico	São Tomé
27 - HOSPITAL DE CARIDADE DONA DARCY VARGAS centro cirúrgico e sala de parto	Rebouças
28 - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SANTA FÉ centro cirúrgico	Santa Fé

Transcrito da Gazeta do Povo - 23/08/93

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Gestão 1991 / 1993

## COMISSÕES DE TRABALHO DO CRM-PR

### 1. COMISSÃO DA FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Cons. Sérgio Augusto de Munhoz Pitaki (Presidente)  
Cons. Gabriel Paulo Skroch  
Cons. Daebes Galati Vieira  
Cons. Gerson Zafalon Martins  
Cons. Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho  
Cons<sup>a</sup>. Tânia Mara Cunha Schaefer

### 2. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Cons. Farid Sabbag (Presidente)  
Cons. Carlos Augusto Ribeiro  
Cons. Luiz Carlos Sobania  
Cons. Marco Aurélio de Quadros Cravo  
Editor da Revista - Dr. Ehrentried Othmar Wittig

### 3. COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Cons<sup>a</sup> Solange Borba Gildemeister (Presidente)  
Cons. Carlos Ehke Braga Filho

### 4. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS (CODAME)

Cons. Gerson Zafalon Martins (Presidente)  
Cons. Luiz Carlos Misurelli Palmquist  
Cons. Luiz Antonio Munhoz da Cunha  
Cons. Octaviano Baptistini Junior  
Cons. Antonio Motizuki

### 5. COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Cons. Jaime Ricardo Paciornik (Presidente)  
Cons. Elias Abrão  
Cons. Osmar Ratzke

### 6. COMISSÃO DE LICITAÇÃO E LEILÃO

Cons. Nelson Egidio de Carvalho (Presidente)  
Cons. Carlos Henrique Gonçalves  
Cons. Valdir Sabedotti

### 7. COMISSÃO DA TABELA DE HONORÁRIOS MÉDICOS

Cons. José Leon Zindeluk (Presidente)  
Cons. Luiz Sallim Emed

### 8. COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS SECCIONAIS

Cons. Hélio Germiniani (Presidente)  
Cons. Henrique de Lacerda Suplicy  
Cons. Gilberto Saciloto  
Cons. Marco Antonio Rocha Loures

### 9. COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO

Cons. João Zeni Junior (Presidente)  
Cons. Antonio Carlos Corrêa Küster Filho  
Cons. Agostinho Bertoldi  
Cons. Nelson Emilio Marques

## DELEGACIAS REGIONAIS

### DELEGACIA SECCIONAL DE MARINGÁ

Dr. Kemel Jorge Chammas (Presidente)  
Dr. Dacymar Caputo de Carvalho (Colaborador)  
Dr. Minao Ikawa (Suplente)  
Dr. Carlos Alberto Ferri (Suplente)  
Dr. José Carlos Amador (Suplente)  
Dr. Nelson Couto de Rezende (Colaborador)

### DELEGACIA SECCIONAL DE LONDRINA

Dr. Ivan Pozzi (Presidente)  
Dr. José Luiz de Oliveira Camargo (Secretário)  
Dr. João Fernando Cáffaro Góis (Suplente)  
Dr. Luiz Carlos Polonio de Oliveira (Suplente)  
Dr. Junot Cordeiro (Suplente)  
Dr. Carlos Alberto de Almeida Boer (Colaborador)

### DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

Dr. Gilberto Saciloto (Presidente)  
Dr. Reinaldo Rocha Martins (Secretário)  
Dra. Sônia Margaret C. da Costa (Colaboradora)  
Dr. Belarmino Antônio Baccin (Suplente)  
Dr. João Guerino Cato (Suplente)  
Dr. Floriano Kaiss (Suplente)

### DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

Dr. Luiz Antônio de Meio Costa (Presidente)  
Dr. Paulo Alfonso de Barcelos (Secretário)  
Dr. Ivan José Cardoso Frey (Colaborador)  
Dr. Roberto José Linarth (Suplente)  
Dr. Francisco Martinez Cebrian (Suplente)  
Dr. Edison Morel (Suplente)

### DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

Dr. Viimar Rizzo (Secretário)  
Dr. Univaldo Sagae (Colaborador)  
Dr. Raul Miranda (Suplente)  
Dr. Faustino Alferez Garcia (Suplente)  
Dr. Milton de Oliveira (Suplente)  
Dra. Yadira Raquel Tapia G. Pereira (Colaboradora)

### DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

Dr. Danilo Saad (Presidente)  
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Secretário)  
Dr. Achilles Buss Junior (Colaborador)  
Dr. Geraldo Nadai (Suplente)  
Dr. Geraldo Trentini (Suplente)  
Dr. Isac S. Melnick (Suplente)

### DELEGACIA SECCIONAL DE PARANAGUÁ

Dr. Mario Budant de Araújo (Presidente)  
Dr. Eduardo Marecki (Secretário)  
Dr. José Michel Gantus (Colaborador)  
Dr. Ivo Petry Maciel Junior (Suplente)  
Dr. Mario Percegonia (Suplente)  
Dr. Lauber Macedo de Mattos (Suplente)