

# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

PORTE PAGO

DR/PR

ISR - 48-189/84

**IMPRESSO**

v. 11, n. 44 - outubro / dezembro - 1994

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ**  
**GESTÃO 1993/1998**  
**DIRETORIA**

Presidente:	Cons. Wadir Rúpollo
Vice-Presidente:	Cons. Odair de Floro Martins
1º Secretário:	Cons. Daebes Galati Vieira
2º Secretário:	Cons. Marcos Flávio Gomes Montenegro
Tesoureiro:	Cons. <sup>a</sup> . Mara Albonei Dudeque Pianovski
Tesoureiro-Adjunto:	Cons. Gerson Zafalon Martins

**MEMBROS EFETIVOS**

Dr. Agostinho Bertoldi  
Dr. Daebes Galati Vieira  
Dr.<sup>a</sup> Eleusis Ronconi de Nazareno  
Dr. Gerson Zafalon Martins  
Dr. Hélcio Bertolozzi Soares  
Dr. Ivan Pozzi (Londrina)  
Dr. João Batista Marchesini  
Dr. Kemel Jorge Chammas (Maringá)  
Dr. Luiz Carlos Sobania  
Dr. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão  
Dr. Luiz Sallim Emed  
Dr.<sup>a</sup> Mara Albonei Dudeque Pianovski  
Dr. Marcos Flávio Gomes Montenegro  
Dr. Mário Lobato da Costa  
Dr.<sup>a</sup> Mônica De Biase Wright Kastrup  
Dr. Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho  
Dr. Odair de Floro Martins  
Dr. Roberto Bastos da Serra Freire  
Dr. Wadir Rúpollo  
Dr. Zacarias Alves de Souza Filho

**MEMBROS SUPLENTES**

Dr. Adolar Nicoluzzi  
Dr. Álvaro Réa Neto  
Dr. Alberto Accioly Veiga (\*)  
Dr.<sup>a</sup> Ana Zulmira Escholz Diniz  
Dr. Antonio Carlos Bagatin  
Dr. Antonio Katsumi Kay  
Dr. Carlos Castello Branco Neto  
Dr. Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Dr. Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
Dr. Gilberto Saciloto (Guarapuava)  
Dr. Iracy Maciel Meyer (\*\*)  
Dr. José Carlos de Miranda  
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Ponta Grossa)  
Dr.<sup>a</sup> Marília Cristina Milano Campos  
Dr. Mário Luiz Luvizotto  
Dr. Moacir Pires Ramos  
Dr. Nelson Antonio Barufatti Filho (Foz do Iguaçu)  
Dr. Ricardo Rydygier de Ruediger (\*)  
Dr.<sup>a</sup> Wilma Brunetti (\*)  
Dr.<sup>a</sup> Zaira Lúcia Letchacovski de Mello

Consultor Jurídico: Adv. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque

Assessor Jurídico: Adv. Afonso Proença Branco Filho

(\*) Licenciado

(\*\*) Falecido

**SECRETARIA**

R. Mal. 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. 11

Nº 44

p.173-228

Out. - Dez

1994

## EDITOR

Ehrenfried O. Wittig

## CONSELHO EDITORIAL

Carlos Etnke Braga Filho

Duilton de Paola

Ehrenfried O. Wittig

Farid Sabbag

## IMPRESSÃO

Comunicare Criação Gráfica

Rua Francisco Scremin, 1855-b

CEP 80450-320 - Curitiba - Paraná

## DISTRIBUIÇÃO

Gratuita aos médicos do Paraná

## CAPA

Criação: José Oliva, Eduardo

Martins e Cesar Marchesini

Fotografia: Bia

## TIRAGEM

11.600 exemplares

## EDIÇÃO

Trimestral

## Sumário

Aprovação das Contas Pelo TCU e CFM . . . . .	173
Encaminhamento de Prontuário Médico Para Auditoria do SUS . . . . .	174
Validade de Atestado de Saúde Física e Mental em Detentos . . . . .	175
Processo Ético-Profissional nº 021/ 91 . . . . .	176
Podem Técnicos Realizar Exames Ultra-Sonográficos . . . . .	177
Diploma do Mérito Ético-Profissional - Homenageados - 1994 . . . . .	178
Último Prazo Para Registro de Título de Especialista no CRM . . . . .	180
Resoluções CFM Revogadas . . . . .	181
À Quem Pertence o Paciente Encaminhado Para o Atendimento em Hospital? Ao Encaminhante ou ao Plantonista? . . . . .	182
Processo Ético-Profissional nº 004/ 92 . . . . .	184
A Terminalidade da Vida no Enfoque Pastoral . . . . .	185
Advogado de Médica Recorre de Condenação . . . . .	190
Processo Ético-Profissional nº 028/ 92 . . . . .	191
Anestesia Por Não Especialistas . . . . .	192
Honorários Médicos (obstetras) . . . . .	194
Processo Ético-Profissional nº 026/ 92 . . . . .	196
Informatização de Consultórios e Clínicas . . . . .	197
Cobrança Pelo Atestado de Óbito . . . . .	198
Carteira de Identidade Médica . . . . .	200
Cadáver Não Reclamado - Resolução nº 115 MS . . . . .	200
Cirurgia do Aparelho Digestivo - Reconhecimento da Especialidade . . . . .	201
A Responsabilidade do Diretor Técnico/ Diretor Clínico nos Institutos de Saúde - Resolução CFM nº 1342/ 91 . . . . .	203
Processo Ético-Profissional nº 013/ 91 . . . . .	206
Exercício da Medicina por Estudante de Medicina . . . . .	207
Como Proceder Para o Envio de Prontuário Médico à Justiça Trabalhista . . . . .	210
Valores das Anuidades . . . . .	214
Sangue Contaminado Com AIDS Complica Ex-Ministra Francesa . . . . .	217
Processo Ético-Profissional nº 017/ 87 . . . . .	218
Reconhecimento da Medicina Antroposófica Como Prática Médica . . . . .	219
Quem Deve Pagar Anuidade ao CRM . . . . .	228

# INSTRUÇÕES AOS AUTORES

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina 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 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 o título do artigo, nome do autor e da ilustração onde foi realizado. Os títulos do autor devem ser reduzidos no 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 a vírgula, dos prenomes, citados pelas letras iniciais em letras maiúsculas; 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: WERNECK, LC & MAURO, S. Deficiência muscular da cartilina: relato de 8 casos com estudo clínico, eletromiográfico, histoquímico e bioquímico muscular. Arq. Neuro-Psiquiat. (São Paulo) 43 (Nº 02): 281-295, 1985.

Nas referências bibliográficas de livros devem ser indicados: 1 - Sobrenome em letras maiúsculas, seguido de vírgula; 2 - Letras iniciais maiúsculas 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

## COMISSÕES DE ÉTICA MÉDICA

Com o intuito de fazer-se representar e ao mesmo tempo manter-se informado das atividades éticas nos Hospitais, Casas de Saúde e Entidades de prestação de serviços médicos, o Conselho Regional de Medicina criou as Comissões de Ética Médica.

Deverão estar presentes em todas aquelas entidades onde existam dez ou mais médicos militantes.

Com responsabilidade múltipla seja na fiscalização do exercício profissional, ou das condições oferecidas para a assistência ao doente, ou na apreciação de trabalhos de pesquisas ou na vigilância do cumprimento dos princípios do Código de Ética Médica, devem marcar sua presença em todos os acontecimentos médicos colaborando com a Direção Clínica da entidade nas oportunidades em que forem solicitadas.

Serão constituídas por profissionais pertencentes ao corpo médico e por ele eleitos e que serão reconhecidas pelo CRM.

Tais Comissões realizam um trabalho extremamente importante, diretamente no ambiente onde o fato acontece e, portanto, conseguem uma avaliação inicial sempre mais detalhada, não deixando de levar em conta, inclusive, as condições de trabalho em que o mesmo se dá.

Quando for caracterizado indício de infração ao Código de Ética Médica, todo o Inquérito inicial deverá ser encaminhado ao CRM para que seja dada continuidade à investigação, que visa esclarecer a denúncia efetuada, podendo o mesmo chegar a um Processo Ético-Profissional.

Como se pode concluir, a presença da Comissão de Ética Médica disciplinará a conduta dos profissionais no ambiente de trabalho o que, sem dúvida, condicionará um melhor atendimento ao paciente, além de selecionar as queixas e as consultas que normalmente seriam encaminhadas ao CRM.

Entende-se que os componentes eleitos para as Comissões são médicos que tem interesse no aprimoramento dos conhecimentos de princípios éticos e pretendem zelar pela prática médica na sua instituição.

A experiência tem mostrado a importância do trabalho por elas desempenhado e hoje todos os estabelecimentos registrados no CRM devem contar com suas Comissões, que mantem um relacionamento contínuo e direto com o Conselho, prestando uma colaboração de grande valor na avaliação do exercício profissional e na preservação do bom relacionamento ético.

Além do mais as Comissões de Ética Médica são os embriões em que germinam elementos familiarizados e afeitos às lides éticas e que poderão ser os futuros conselheiros a militarem no Tribunal de Ética por excelência que é o Conselho Regional de Medicina.

Cons. Wadir Rúpollo  
Presidente



*Álvaro Borges Junior*

O mundo  
é um bom lugar  
Vale a pena lutar por ele

Boas Festas  
Feliz Ano Novo

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA

## APROVAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CRM/ PR

Brasília, 10 de outubro de 1994.

Senhor Presidente,

Comunicamos a V. S<sup>a</sup>. que o Tribunal, an Sessão Ordinária de 05/ 10/ 94, da Primeira Câmara, ao apreciar a Prestação de Contas consolidadas dos Conselhos Regionais de Medicina, exercício de 1993, acolhendo Voto do Relator, Exm<sup>o</sup> Sr. Ministro JOSÉ ANTONIO BARRETO DE MACEDO, decidiu:

1 - Julgar regulares as contas dos Conselhos Regionais do DF, AC, AL, AP, BA, ES, GO, MT, MG, PB, PA, PR, PI, RN, RS, RR, SC, SE, SP, e TO, com quitação plena aos respectivos responsáveis.

.....

.....

Atenciosamente

José Moacir Cardoso da Costa  
Secretário de Controle Externo

## Estamos com as Contas em dia no CFM

Brasília-DF, 24 de outubro de 1994.

Colega Tesoureiro(a),

Cumprimentando-o cordialmente, comunico-lhe que a partir do dia 12/10 assumi a Tesouraria do Conselho Federal de Medicina. Para o adequado desempenho dessa função, sem dúvidas necessitarei do seu apoio, estabelecendo uma relação franca e honesta, que atenda os interesses dos nossos Conselhos.

Assim sendo, promovemos um levantamento da nossa situação financeira e da posição de cada Conselho Regional perante o CFM, verificando que esse Conselho encontra-se em dias com o envio dos balancetes e cotas-partes deste Conselho Federal, pelo que apresentamos-lhe nosso reconhecimento.

Certos de sua compreensão, colocamo-nos à sua disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Nei Moreira da Silva  
Tesoureiro

# Encaminhamento de Prontuários Médicos para auditoria do SUS

*Parecer CFM*

Trata o presente de manifestação do Dr. Wilson Soares Barroso Filho, Chefe da Divisão de Contrôlo e Avaliação do INAMPS/PA, encaminhando a este Conselho Federal seu inconformismo com o posicionamento desta Casa e do Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará referente a **"Impedimento legal no encaminhamento de Prontuários Médicos por parte dos hospitais públicos e privados para a Divisão de Contrôlo e Avaliação dos Serviço Assistenciais"**.

Realça o remetente o compromisso dos auditores com o segredo médico, critica a forma clientelista com a qual são tratadas as questões da saúde em nosso País, proclama os benefícios da auditoria (ainda que a veja meramente como análise de prontuários) e protesta contra as fraudes que encontra freqüentemente, citando exemplos de vários procedimentos irregulares constatados em sua atividade, atribuindo-os a "alguns poucos desonestos". Finaliza considerando ser o Sistema Nacional de Auditoria "um mal necessário".

Até aí concordamos com tudo ou quase tudo o afirmado pelo consulente. Pensamos, porém, que o ponto crucial do seu questionamento reside na interrogação expressa no pé da primeira página da sua "exposição de motivos":

**"Como podemos manter auditores nas mais distantes e diferentes municípios deste País Continental?"**

Sobre esse ponto, acreditamos que a descentralização das atividades de auditoria, submetendo-as aos Conselhos Municipais de Saúde, garantindo-se, assim, a participação da Sociedade no controle da coisa pública, é a fórmula mais adequada para que sejam alcançados os objetivos de permanente combate à fraude e à malversação de recursos, objetivos esses almejados pelo próprio remetente. Sobre isso, diz o parecer CFM 02/94 "Assim, não consideramos como justificativas válidas as mencionadas no documento originado da SISAC, posto que se trata de defeitos conjunturais, cabendo sua resolução aos gestores do SUS, a quem compete prover seus auditores de condições adequadas ao bom desempenho de suas funções, que reputamos de grandes importância. O que não se pode é, para suprir tais deficiências, incorrer-se em outro erro. Que o SUS, implementando sua política de descentralização, descentralize-se de fato, inclusive na auditoria, implantando níveis Regionais e Locais de auditoragem." Compete, pois, a todos nós lutarmos pela efetiva implantação do SUS, conforme estabelecido na Constituição e regulamentado em Leis, expurgando-o dos interesses mesquinhos que até agora têm obstaculizado o seu pleno funcionamento.

É o parecer,

Brasília -DF, 13 de julho de 1994.

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 12/ 8/ 94

Nei Moreira da Silva  
Cons. Relator

# VALIDADE DE ATESTADO DE SAÚDE, FÍSICA E MENTAL EM DETENTOS.

*Parecer CFM*

“Estamos solicitando a esse Egrégio Conselho, orientação quanto à consulta formulada pela Secretaria de Estado da Justiça de Minas Gerais, nos seguintes termos:

**Necessitando normatizar a admissão de presos em seus estabelecimentos, a Secretaria solicita Atestado de Saúde Física e Mental dos detentos. Qual seria o prazo de validade deste atestado?”**

## **PARECER**

O prazo de validade dos exames de admissão e periódicos é variável de acordo com o tipo de atividade a ser desenvolvida.

Assim, no capítulo de saúde ocupacional, os exames periódicos são realizados a cada 6 meses nos trabalhadores expostos a ambientes insalubre ou anualmente nas demais situações.

Não há, ou pelo menos não encontrei, normas de caráter nacional que estabeleçam o prazo de validade dos atestados de saúde física e mental nos detentos. Consultado, também, o Ministério da Justiça, este informou que não conhecia tais normas. É necessário então, que cada Secretaria do Estado de Justiça estabeleça uma rotina de acompanhamento de saúde dos detentos sob sua supervisão.

Considerando a realidade do nosso ambiente prisional, sugerimos um prazo máximo de 6 meses para a realização dos exames, por analogia com atividades insalubres.

Concluindo, apenas enfatizaria a necessidade de garantir aos mesmos o direito à assistência médica, conforme prevê a Lei 7211, de 11 de julho de 1984 (Lei da Execução Penal).

Brasília, 09 de junho de 1994.

Nilio Fernando Rezende Vieira  
Cons. Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 15/ 7/ 94



# ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 021/91

**DENUNCIANTE** - José Renato Kachoroski

**DENUNCIADO** - Dr. J.L.C.A.

**RELATOR** - Cons. Daebes Galati Vieira

**REVISOR** - Consª Mônica De Biase Wright Kastrup

**ACÓRDÃO** - 002/ 94

**ATENDIMENTO MÉDICO - INFRAÇÃO AOS ARTIGOS 2º E 57 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA - FALTA DE DIAGNÓSTICO DA DOENÇA ACOMETIDA AO PACIENTE - TRANSFERÊNCIA À NOSOCÔMIO DE CIDADE VIZINHA - ABSOLVIÇÃO.**

**EMENTA:** Pelas provas colhidas nos autos, constatou-se que o denunciado não cometeu nenhum ato danoso ao paciente ou omitiu-se em usar todos os meios disponíveis ao seu alcance em favor do mesmo, somente o transferindo para outro hospital, quando impossibilitado, por falta de condições materiais, de continuar o atendimento, não se caracterizando assim, infração aos artigos 29 e 57 do Código de Ética Médica.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional nº 021/91, em que figura como denunciante o Sr. José Renato Kachoroski e denunciado o Dr. J.L.C.A..

## ACORDAM

Os membros do Conselho Regional de Medicina do Paraná por unanimidade, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em não acolher a imputação feita ao denunciado, Dr. J.L.C.A., de infração aos artigos 29 e 57 do Código de Ética Médica, conforme Ata nº 728, de 21 de março de 1994.

Curitiba, 22 de março de 1994.

DAEBES GALATI VIEIRA

Cons. Relator

WADIR RÚPOLLO

Cons. Presidente

MÔNICA DE BIASE W. KASTRUP

Consª Revisora

# PODEM TÉCNICOS REALIZAR EXAMES ULTRA-SONOGRÁFICOS?

*Parecer CFM*

O Departamento de Ecocardiografia da Sociedade Brasileira de Cardiologia, por meio do seu presidente, Dr. Fernando Santana Machado, solicita deste egrégio CFM a revogação parcial da Resolução CFM nº 1.361/92 que dispõe sobre a **obrigatoriedade do médico (e não do técnico) de realizar exames de ultra-som nas diversas especialidades, inclusive em cardiologia.**

Argumenta o Dr. Fernando Santana que o papel do técnico na obtenção das imagens ecocardiográficas não exclui a **responsabilidade do médico** na concepção do diagnóstico, vez que, geralmente, o procedimento é gravado em fita de vídeo-cassete, possibilitando a discussão do caso.

Argumenta, ainda, o Presidente do Departamento supracitado que "nunca teve problemas ou queixas suscitadas pelo fato de técnicos, sob a orientação médica executarem a coleta de imagens para posterior interpretação pelo médico que assume a responsabilidade do exame."

Não obstante a argumentação exibida, expomos a este Egrégio Conselho as razões pelos quais **somos de opinião contrária** ao apelo ora formulado, pelo seguintes motivos:

a) Considerando o sucesso do diagnóstico ultra-sonográfico em cardiologia dependente exclusivamente da qualidade das imagens obtidas;

b) Considerando que a técnica utilizada por este exame não é padronizada em todos os serviços e que, por este motivo, exige-se sempre do examinador, médico, a devida competência na interpretação instantânea, das imagens mais elucidativas, por vezes fugazes;

c) Considerando não existir uniformidade na fotodocumentação dos vários serviços;

d) Considerando a visível falta de qualificação do técnico, destituído dos conhecimentos indispensáveis de fisiopatologia clínica;

e) Considerando, ainda, que, em razão da proliferação de serviços ecocardiográficos, inclusive, os referidos exames sendo executados ora por radiologistas ora por cardiologistas, faz-se necessário rigor na realização e na interpretação dos referidos exames, sob pena de assistirmos à banalização e o descrédito de método diagnóstico não invasivo de indiscutível valor na medicina.

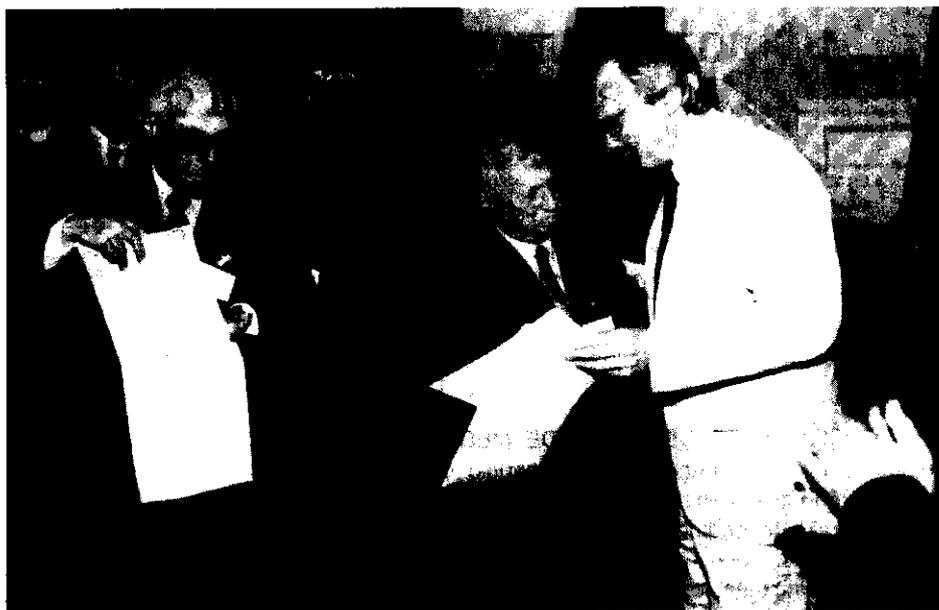
Infere-se, pelos expostos, que a Resolução CFM nº 1361/92 não deve sofrer qualquer modificação, até que se apresentem fatos e argumentações que justifiquem alterações no seu conteúdo.

Este é o meu parecer S.m.j.

Brasília, 18 de agosto de 1993.

Parece Aprovado  
Sessão Plenária de 11/ 3/ 94

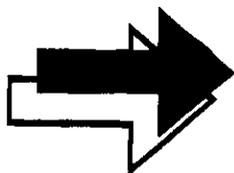
Sérgio Ibiapina Ferreira Costa  
Cons. Relator



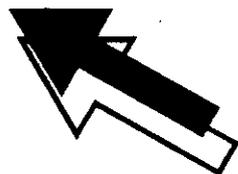
*Foto 2: Entrega do "Diploma do Mérito Ético-Profissional" ao Dr. Elias Avais Neto, pelo Cons. Salim Emed.*



*Foto 3: Componentes da Mesa Diretora na comemoração do "Dia do Médico": Dr. Rosa Maria Chiamulera, representante do Sr. Prefeito Municipal; Dr. Wadir Rupollo, Presidente do CRM; Dr. Luiz Fernando Macedo, Presidente da AMP; Dr. Mário Ferraz, Presidente do SIMEPAR; Dr. Lauro Grein Filho, Representante dos Homenageados.*



# ÚLTIMO PRAZO PARA O REGISTRO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA NO CRM-PR



## AVISO

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ está alertando aos médicos para não anunciarem o exercício de Especialidades sem dispor do título comprobatório de especialista devidamente registrado neste Conselho.

O prazo concedido para o registro de Especialidades terminará impreterivelmente em **31/ 01/ 1995**. <---

Após esta data, todos os médicos que deixaram de atender esta obrigação, poderão responder a Processo Ético-Profissional em cumprimento às determinações do Código de Ética Médica:

Artigo 135 - É vedado ao Médico:

"Anunciar títulos científicos que não possa comprovar ou especialidade para a qual não esteja qualificado".

Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957.

Artigo 17:

"Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas do Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade".

*Nota: A respeito do assunto vide "Arquivos" nº 42.*

# CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## RESOLUÇÕES REVOGADAS

RESOLUÇÃO	REVOGADA PELA RESOLUÇÃO	RESOLUÇÃO	REVOGADA PELA RESOLUÇÃO
0015	0261	0981	1.086
0140	1.294	0990	1.086
0158	1.299	0996	1.086
0162 (parte 1)	0261	0996	1.086
0261	0455	1.000	1.296
0420	1.296	1.001	1.086
0422	1.296	1.002	1.086
0459	1.233	1.017	1.086
0662	1.235	1.019	1.296
0727	1.291	1.040	1.241
0734	1.086	1.042	1.086
0743	1.290	1.054	1.296
0765	1.287	1.057	1.214
0784	1.086	1.059	1.235
0785	1.086	1.076	1.295
0786	1.086	1.082	1.213
0787	1.086	1.083	1.250
0789	1.086	1.086	1.286
0791	1.086	1.088	1.214
0792	1.086	1.092	1.295
0795	1.086	1.095	1.295
0804	1.086	1.101	1.197
0805	1.086	1.126	1.295
0807	1.294	1.127	1.295
0811	1.086	1.128	1.295
0812	1.086	1.132	1.295
0825	1.086	1.138	1.223
0826	1.086	1.139	1.295
0827	1.086	1.140	1.295
0828	1.086	1.141	1.295
0833	1.086	1.142	1.286
0834	1.086	1.143	1.286
0835	1.086	1.144	1.286
0836	1.086	1.151	1.294
0847	1.287	1.154	1.246
0879	1.295	1.155	1.280
0888	1.086	1.156	1.206
0889	1.086	1.160	1.202
0900	1.086	1.165	1.213
0901	1.086	1.182	1.196
0902	1.086	1.186	1.295
0903	1.086	1.188	1.295
0917	1.086	1.190	1.219
0918	1.086	1.194	1.198
0931	1.086	1.204	1.286
0933	1.086	1.213	1.286
0934	1.086	1.217	1.220
0935	1.086	1.230	1.239
0966	1.086	1.239	1.292
0969	1.294	1.242	1.297
0980	1.086	1.249	1.286
		1.281	1.292

# À QUEM PERTENCE O PACIENTE ENCAMINHADO PARA ATENDIMENTO EM HOSPITAL? AO ENCAMINHANTE OU PLANTONISTA?

*Parecer CFM*

## **Da consulta**

O Dr. Francisco Suassuna Virgolino, inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo nº 19.528, solicita o posicionamento do Conselho Federal de Medicina sobre fatos ocorridos na Santa Casa de Mogi-Mirim, os quais, pelo que se pode retirar da consulta, podem ser resumidos da seguinte forma:

- 1) Quando um médico encaminha um paciente para um hospital a fim de que receba algum tipo de tratamento, quem é o responsável pelo paciente? O médico solicitante ou o plantonista que recebeu o paciente atendido?
- 2) O paciente encaminhado para internação em hospital da rede do SUS pode escolher o seu médico a ser atendido por ele, caso este concorde?

Estas indagações é o que se pode batear entre os cascalhos de textos confusos e divagantes.

Em vista das pendências acima colocadas o Dr. Jarbas Cavalcante, Diretor Clínico da Santa Casa de Mogi-Mirim, publicou a Portaria 02/90, que encontra-se abaixo transcrita:

"Após recebimento do Expediente nº 20.205/89, aprovado na 1ª Reunião da II Câmara do CREMESP em 15.03.90 e homologado na 1394ª Reunião Plenária em 28.05.90, e que considera dentro dos critérios éticos a decisão unânime do corpo Clínico tomada em julho de 1989, tomados as seguintes decisões: 1. A partir de 01.07.90 as internações de pacientes do SUDS deverão ser realizadas unicamente através do Pronto Socorro, para o plantonista do dia, determinado pelas escalas de Clínica, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia-Obstetrícia e demais escalas.

2. Ficam proibidas as internações via consultório com pedido do médico, em especial as de pacientes da maternidade, que deverão obrigatoriamente ser atendidas pelo plantonista do dia, após constatada a necessidade de internação pelo plantonista do Pronto Socorro (paciente do convênio SUDS).

3. Fica invalidada automaticamente a Portaria nº 01/90, que tratava do mesmo assunto.

Tais medidas visam uma maior organização dos Departamentos e fortalecer nossa luta contra o clientelismo e a cobrança indevida de honorários de pacientes do SUDS.

Agradeço a todos os colegas que durante o período em que a portaria esteve revogada injustamente, procuraram ajudar a Diretoria Clínica e Mesa Administrativa, no sentido de evitar internações fora das normas decididas pelo Corpo Clínico."

## **Do parecer**

A presente consulta nada mais retrata, mesmo em sua forma não muito clara de se explicitar, do que o cotidiano de dúvidas em que vive a prática médica brasileira.

Na primeira questão é preciso determinar claramente o tipo e as circunstâncias do procedimento solicitado, senão vejamos:

- Caso a situação seja a de encaminhamento para um serviço de emergência, a responsabilidade pela internação passa a ser da equipe de plantão.

- Quando o pedido de atendimento está fora da situação referida anteriormente, temos configurado o início de uma relação médico-paciente com todos os encargos e responsabilidades dela decorrente. No caso específico trazido pelo consulente, entendemos que este deveria ter acompanhado o seu paciente, de forma a poder avaliar o resultado da terapêutica empregada, pois é isso que exige o Artigo 62, do Código de Ética Médica e, não deixá-lo sem um acompanhamento, o que supomos gerou a decisão do plantonista de internar o paciente, para melhor avaliá-lo. O mínimo que se exigia, no presente caso, era que o médico que havia solicitado o procedimento (transusão sanguínea), procurasse logo se inteirar da evolução do quadro clínico do paciente, passando daí a assumir a direção do tratamento por ele iniciado.

A segunda questão traz à discussão um pseudo-confronto entre o direito individual e o direito coletivo. De um lado encontramos o desejo do doente em escolher o seu médico, baseado na confiança e do outro as imposições de um sistema de saúde deficiente e deturpado, que confunde UNIVERSALIZAÇÃO com MASSIFICAÇÃO.

Um dos princípios do SUS é a UNIVERSALIDADE do atendimento à saúde, o qual está inscrito no Artigo 2º, § 1º, da Lei 8.080, de 19 setembro de 1990, (LOS) justamente com o princípio da IGUALDADE. O conceito da UNIVERSALIDADE contempla o sentido de justiça social, a partir do qual o cidadão não pode ser obstaculizado em seu acesso à saúde. Embora traga em seu seio a dimensão do todo não perde de vista a magnitude do indivíduo, ponto a partir da qual todas as mudanças deverão começar.

A MASSIFICAÇÃO traz a falsa ilusão da quantidade em detrimento da qualidade. O indivíduo sob domínio desta concepção, transforma-se em mais um número de prontuário, ou, como é mais freqüente, em um órgão ou um sistema afetado.

Embora entendamos que sejam necessárias normas e diretrizes com vistas à organização dos serviços, estas normas não podem perder de vista o sentido humano que constitui o espírito da medicina e que vem proporcionando a respeito e o sucesso desta na sociedade.

Dentro do possível, devemos estimular o crescimento adequado do relacionamento médico-paciente construído em bases sólidas de confiança e respeito. Se um paciente tem a concordância de um médico para a condução de seu tratamento, isto deve ser incentivado, e jamais obstaculizado, posto que seria ir contra o Artigo 76 do Código de Ética Médica.

Num mundo de grandes avanços tecnológicos, principalmente no campo das comunicações, mas em que, paradoxalmente, os indivíduos estão cada vez mais afastados, todos os esforços devem ser dispendidos na busca da aproximação e jamais do afastamento entre as pessoas. Isto vale para todas as atividades, inclusive para a confecção de normas.

O combate à mercantilização dentro do SUS deve ser realizado de outra forma, porém sem atingir o desempenho profissional e sem cercear direitos conquistados com o esforço conjunto da sociedade.

### CONCLUSÕES:

1 - A relação médico-paciente é o eixo central de uma prática médica ética e não deve ser negada por regimentos e normas Internas de instituições hospitalares.

2 - Portanto, entendo que a Portaria 02/90 da Santa Casa de Mogi-Mirim, carece de respaldo ético em sua aplicação, devendo ser revogada, a despeito da respeitada decisão da II Câmara do CREMESP em 15.03.90

Este é o parecer s.m.j.

Brasília, 09 de junho de 1994.

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 15/ 7/ 94

Wilson Sefair Bulbol

Cons. relator



# ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 004/92

**DENUNCIANTE** - "Ex-Officio"

**DENUNCIADO** - Dr. A.E.

**RELATOR** - Cons. Zacarias Alves de Souza Filho

**REVISOR** - Cons. Luiz Carlos Sobania

**ACÓRDÃO** - 001/94

**DIRETOR CLÍNICO - ACIDENTE DE TRABALHO - ALEGAÇÃO DE ATO MÉDICO NÃO PRESTADO - COBRANÇA ENCAMINHADA À PREVIDÊNCIA - INFRAÇÃO AO ARTIGO 87 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA NÃO COMPROVADA - DENÚNCIA IMPROCEDENTE - ABSOLVIÇÃO.**

**EMENTA:** O processo versa sobre cobrança ao Sistema Único de Saúde por serviços presumivelmente não prestados. A instrução colacionou os atos médicos realizados, não podendo, contudo, tipificar, de forma satisfatória, eventual infração ao artigo 87 do Código de Ética Médica. Absolvição do gravame imputado.

Vistos, discutidos e relatados estas autos de Processo Ético-Profissional nº 004/92, em que figura como denunciante o Conselho Regional de Medicina do Paraná e denunciado o Dr. A.E..

## ACORDAM

Os membros do Conselho Regional de Medicina do Paraná, por unanimidade, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em não acolher a imputação feita ao denunciado, Dr. A.E., de infração ao artigo 87 do Código de Ética Médica, conforme Ata nº 726 de 14 de março de 1994.

Curitiba, 15 de março de 1994.

ZACARIAS ALVES DE SOUZA FILHO

Cons. Relator

WADIR RÚPOLLO

Cons. Presidente

LUIZ CARLOS SABANIA

Cons. Revisor

Arq. Cons. Regional. Med. do PR.

11 (44): 185-189, 1994

# A TERMINALIDADE DA VIDA NO ENFOQUE PASTORAL

Ramiro C. Pastore\*

## 1- A TERMINALIDADE DA VIDA

Embora todos nós sejamos, em sentido lato, pacientes terminais, pois estamos destinados a morrer, por terminalidade de vida entende-se, no conceito médico-hospitalar, o processo de se desligar da vida devido à uma doença para a qual não há cura. É o caminhar para a morte impellido pelo avanço inexorável da doença ou pela falência progressiva dos centros orgânicos responsáveis pela manutenção da vida.

O escritor e pensador indiano R. Tagore, em seu livro "Pássaros Errantes", afirma que a morte pertence à vida, assim como o nascer, e que o caminhar está tanto no levantar o pé como no pousá-lo. A morte é, na verdade, o único acontecimento previsível com certeza.

A situação de terminalidade da vida, às vezes, é de fácil identificação, não só por parte dos profissionais da saúde mas também por parte dos parentes e até do próprio paciente. Frequentes vezes, porém, isto, não é fácil e simples, apesar dos sofisticados recursos da medicina<sup>3</sup>.

Se por terminalidade de vida entende-se não só os instantes que precedem o desenlace mas o início do processo irreversível, o seu reconhecimento não pode ser reservado aos profissionais da saúde e aos parentes. O próprio paciente tem o direito de sabê-lo. A conclusão de que a doença será fatal deve ser comunicada à pessoa para quem isto tem um significado existencial decisivo, e deve ser feito em tempo hábil para que possa chegar à essa mesma conclusão e para que possa preparar-se para esse acontecimento.

O viver a terminalidade da própria vida torna-se um desafio mais ou menos difícil de acordo com os valores existenciais da pessoa, sua cultura, sua fé, seu sentido de viver.

Neste final de século XX, os recursos das ciências da saúde têm possibilitando não só prevenir mortes prematuras, mas também prolongar a vida e, neste prolongar a vida, dilatar sua terminalidade. E os que vivem a fase terminal da existência constituem um "problema" para a sociedade, para a família e para as instituições da saúde. Christiane Jomain, em seu livro "Viver o instante final," levanta o problema dos pacientes terminais com a provocante interrogação: "o que fazer com os pacientes terminais"? E na tentativa de encontrar uma resposta à esta interrogação, elenca as possíveis soluções presentes ao nível do desejo e da atuação prática no contexto cultural em que vivemos. A primeira solução é tentar "suprimir a morte".

Toda uma cultura anti-morte foi criada nesse sentido. A morte tornou-se um "tabu", algo proibido nas conversas sociais.

Uma segunda solução proposta, dado que a primeira se torna irrealista, é a de "suprimir os que estão para morrer". É a proposta da eutanásia. Uma terceira alternativa é a de "acompanhar os pacientes terminais". É a solução contida na mensagem de amor que Cristo deixou aos homens e que cada cristão é chamado a traduzir através de uma aproximação que se torne para o paciente terminal fonte de sentido e sinal de esperança<sup>1</sup>.

A Dra. Elisabeth Kübler-Ross em seu livro: "A respeito da morte e do morrer", tem ajudado muito os partidários desta terceira proposta de solução: o acompanhamento dos

\* Padre Católico Camilano, do Serviço de Capelania do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná; da Pastoral da Saúde.

pacientes terminais, identificando as fases pelas quais passam as pessoas no processo de assumir seu morrer: a negação, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação. Esse entendimento é fundamental para a comunicação autêntica que está na base da verdadeira relação de ajuda<sup>2</sup>.

## 2 - OS DIREITOS (E DEVERES) DO PACIENTE TERMINAL

A Bioética reconhece que a pessoa humana, na fase terminal de sua existência, tem alguns direitos ( e deveres) inalienáveis. Entre eles salientam-se:

- 1) morrer com dignidade, isto é, com qualidade de vida e com o respeito à sua liberdade;
- 2) saber a verdade de seu estado, isto é, a iminência da morte;
- 3) ter um sentido de viver que dê significado ao fim e o prepare.

## 3 - DIFICULDADES

O atendimento à essas necessidades, a garantia desses direitos esbarra, a meu ver, em três dificuldades importantes:

- 1) a artificialidade do morrer hoje;
- 2) a cultura da não-morte;
- 3) o despreparo e a incapacidade dos acompanhantes dos pacientes terminais (dos agentes da pastoral).

- "Não se morre mais como antes". Até meados do século passado, e, ainda hoje, em ambientes não tão urbanizados, a morte era um acontecimento familiar e, num mundo sacralizado, um acontecimento religioso. A morte era esperada no leito, em casa, com a presença dos parentes e amigos e do ministro religioso.

O moribundo sabia de seu fim próximo. A morte era cerimônia social organizada pelo próprio moribundo que fazia questão da presença dos amigos e vizinhos. A criança não era excluída.

Os ritos da morte eram aceitos com simplicidade e naturalidade. Era incumbência do ministro religioso anunciar a morte e assistir os moribundos.

Hoje, aproximadamente 70% dos óbitos não ocorre mais em ambiente familiar, onde o ser humano era o soberano da morte, onde a morte acontecia com naturalidade, de maneira socializada. A maioria das mortes ocorre em ambiente hospitalar, geralmente em UTIs, distante dos familiares, em situação de incapacidade de conhecimento do prognóstico do tratamento e da iminência da morte. Se por um lado a intensa instrumentalização ajuda fisiologicamente o paciente, certamente o agride psicologicamente, tornando-o mais objeto do que sujeito. Mesmo quando a morte ocorre em ambiente doméstico há a tendência e o esforço de "dessocialização". As crianças são terminantemente afastadas e, para que a "dureza" da realidade não as "fira", usam-se expressões eufemistas relativas à morte, ao afastamento dos entes queridos.

- A sociedade moderna desenvolveu toda uma cultura anti-morte. A morte é vista como fracasso, como problema, como tabu, com vergonha. Os que cercam o moribundo tendem a "poupá-lo", ocultando-lhe a verdade de seu estado. Os ministros religiosos só são chamados para atender às necessidades espirituais do moribundo na fase da inconsciência, para não "assustar". Os pacientes terminais são isolados e marginalizados porque nos lembram nossa morte, nossa finitude, de que não gostamos de ser lembrados. Deixam de ser prioridade em nossas preocupações sociais e terapêuticas. Nos ambientes urbanos a morte é vista com vergonha, assunto só franqueado aos mais íntimos; o velório acontece longe do lar; as manifestações de emoção são reprimidas ou reservadas à

intimidade, o luto é suprimido ou rejeitado: Essa rejeição da morte repercute sobre a atitude para com o morrer, que no passado fazia parte da experiência comum da vida social e familiar. É suprimido, visando isolar quer o acontecimento quer o cadáver. A morte deixa de ser fenômeno humano, social e religioso e torna-se fenômeno técnico, com minuciosas prescrições e fases do processo. É significativa a tendência em sociedades de primeiro mundo, de disfarçar os estigmas da morte nos cadáveres, antes da exposição para o velório, dando-lhes a aparência de sono<sup>1</sup>.

- Trabalhar com pacientes terminais não é fácil porque mexe com um dos grandes tabus da nossa civilização: a morte. E isto se torna ainda mais difícil e complicado quando a morte está ligada à moléstias infecto-contagiosas e ou sexualmente transmissíveis como a AIDS. A obstinação terapêutica, a experimentação, a instrumentalização, o isolamento, quando não o abandono, são tentações que nos acometem facilmente, denunciando nosso despreparo em relação à nossa própria morte e à morte dos outros.

#### 4 - PRINCÍPIOS DA ÉTICA CRISTÃ

1) A morte, como o nascimento, é um componente natural da vida humana. Sua lei está inscrita em todo o nosso ser, em cada uma de nossas células. É o único acontecimento previsível no futuro de qualquer indivíduo.

2) A morte não é o fim da existência humana, mas caminho para a vida em plenitude. É um salto para Deus, para a eternidade.

3) A vida é dom de Deus a ser preservado e cultivado. Não somos senhores absolutos da própria vida, nem da vida dos outros. A vida é confiada à liberdade e à corresponsabilidade humana.

4) A preservação da vida é um valor fundamental mas não absoluto, a ser conservado a qualquer preço. O bem físico está subordinado aos bens espirituais. A terapêutica extraordinária deve ser usada para recuperar a vida e não para manter o processo terminal. "Se uma pessoa perdeu irrevogavelmente a consciência e inexistem esperanças de que a recupere, a história da liberdade chegou ao fim para esta pessoa nesta terra. Não se pode prolongar apenas o processo inelutável da morte. A reanimação é boa prática clínica quando subsiste a esperança razoável de restituir a saúde ao paciente...A reativação apenas dos centros vegetativos do cérebro será nada mais do que manipulação das funções biológicas, visto que a pessoa chegou irrevogavelmente ao termo de sua história" (B.Haering). Havendo comprovação da morte encefálica, não somente pode-se, mas deve-se desligar os aparelhos que mantêm as funções meramente vegetativas, o que equivale à uma libertação da pessoa.

5) O doente terminal, como ser livre e o primeiro responsável de seu destino, tem o direito de saber a verdade a respeito de sua condição, da finalidade do tratamento e do prognóstico de tal tratamento. A questão, diz a Dra. Elisabeth Kübler-Ross, não deve ser colocada em "se devemos dizer a verdade", mas em "como partilhar a verdade com o paciente".

6) Todo o ser humano questiona-se naturalmente sobre o sentido da vida e deve saber dar-lhe uma resposta. Dar um sentido à vida é, também, dar um sentido à morte. Isto significa garantir à pessoa a possibilidade de fazer da última etapa de sua vida ocasião de crescimento humano e espiritual.

Daí a importância da Igreja e da Escola em oferecer subsídios para que cada um possa encontrar as diretivas e os horizontes de sua existência.

## 5 - A ATITUDE PASTORAL

O agente da Pastoral deve capacitar-se para atuar eficazmente nessa circunstância, sendo uma presença do amor de Cristo, o Bom Pastor. Para isso ele deverá buscar:

1) Evangelizar-se e deixar-se evangelizar pelos acontecimentos, principalmente pelo paciente terminal, acolhendo na fé o Cristo encarnado e feito Palavra.

- Assumindo a realidade da própria finitude e a finitude do outro à luz da revelação cristã. Se não somos capazes de aceitar nossa própria morte não teremos condições de manter uma válida relação de ajuda com a realidade em que vamos atuar.

- Enriquecendo-se da Palavra de Deus referente à essa realidade, para que ela ilumine sua vida e inspire o seu agir.

- Reconhecendo a presença de Cristo no enfermo e deixando-se interpelar por Ele. Pela própria maneira de viver sua morte o paciente nos revela as facetas do ministério da morte e da ressurreição do próprio Cristo.

2) Evangelizar o paciente tornando presente o Cristo, sendo presença de seu amor misericordioso e compassivo.

- Evangelizando pela presença, deixando transparecer sua fé em atitude de escuta, de respeito, de abertura sem preconceitos: estar presente, estar atento, escutar.

- Evangelizando pelos serviços prestados, pela disponibilidade para ajudar nas pequenas coisas que facilitam a vida dos pacientes e de seus familiares. Ter sensibilidade para entender a complexa situação do paciente e tratá-lo como pessoa capaz de ser sujeito de sua doença, de seu tratamento, do seu viver e do seu morrer, evitando todo o paternalismo de decidir pelo paciente.

- Evangelizando pela palavra humana de amizade, de apoio, de solidariedade e de compreensão, e pela Palavra de Deus na Bíblia, adaptada à situação concreta das pessoas.

- Evangelizando pela oração e pelos sacramentos. A oração pessoal que brota da realidade vivida e da experiência de Cristo sofredor e os sinais sacramentais, que tornam presente o Cristo e sua ação redentora, são sempre bem aceitos em tais circunstâncias<sup>3</sup>.

3) Evangelizar a realidade hospitalar e social, encarnando os valores da fé cristã e a humana solidariedade de Deus em Cristo Jesus.

- Envidando esforços para proteger, no momento da morte, a dignidade da pessoa humana e a concepção cristã da vida contra um tecnicismo, que, por vezes, se torna abusivo. "A morte é o último acontecimento importante na vida, e ninguém pode se privar dele, mas deve ser ajudado em tal momento. Isto significa, antes de tudo, aliviar os sofrimentos do enfermo, eventualmente com a utilização de analgésicos, de tal forma que possa superar humanamente a última fase de sua vida, dando-lhe a melhor assistência possível. E esta não consiste somente nos cuidados médicos, mas também, sobretudo, em prestar atenção aos aspectos humanos de assistência, a fim de criar ao redor do enfermo uma atmosfera de confiança e calor humano... Faz parte dessa assistência que o enfermo não fique sozinho em sua necessidade de encontrar uma resposta ao problema da origem e do fim da vida... Em tais momentos a fé constitui uma ajuda eficaz para resistir e até para superar o temor da morte, já que dá ao moribundo uma sólida esperança" (Morte digna do homem e morte cristã - Doc. da Conferência Episcopal da Alemanha - 1.968).

- Defendendo a morte natural como morte boa, como morte digna, evitando a obstinação terapêutica que visa mais prolongar o processo de morrer do que curar ou preservar a vida com qualidade.

- Promovendo a humanização nas UTIs e a criação de unidades hospitalares que permitam uma presença significativa dos familiares na fase terminal de seus pacientes,

com o devido apoio psicológico e religioso.

- Propondo uma educação que não se limite a refletir a sociedade, mas que vise também melhorá-la, através da proposta de valores que ajudem a definir o sentido do viver e do morrer, de acordo com a dignidade da pessoa humana.

- Lutando por uma cultura atenta ao morrer, para que a morte não seja vista como problema, como obstáculo, mas como mistério a ser integrado na experiência humana.

- Apoiando a criação de Casas-de-apoio aos pacientes terminais ("Hospices") para que lhes sejam oferecidos todos os subsídios necessários para o ocaso da vida.

- Promovendo a vida com dignidade para que dela decorra uma morte com dignidade<sup>1, 3</sup>.

#### REFERÊNCIAS

- 1 BRUSCO, ANGELO - Vida Esperança e solidariedade, Editora Santuário;
- 2 KÜBLER-ROSS, ELISABETH - A respeito da morte e do morrer;
- 3 MARTIN, LEONARD M. - Vida Esperança e Solidariedade, Editora Santuário;
- 4 PESSINI, LEOCIR - Morrer com dignidade, Editora Santuário;  
Vida Esperança e Solidariedade, Editora Santuário.

#### Testemunhas de Jeová

## MÉDICA ACUSADA DE NEGLIGÊNCIA E MORTE

FLORINÓPOLIS (AE) - O mecânico Devânio José Geraldo, está acusando a médica Zelita Silva de Souza, adepta da religião Testemunhas de Jeová, de ser a responsável pela morte de sua mulher, Sandra Regina Gama Geraldo, de 28 anos, no último dia 28 em Florianópolis. Sandra foi internada no Hospital Universitário para tratar-se de anemia falciforme - erro genético da produção de hemoglobina do sangue - e necessitava de transfusão de sangue.

A médica defende-se da acusação dizendo ter aplicado um tratamento alternativo no lugar da transfusão. Ela disse que é a única profissional ligada às

Testemunhas de Jeová que atende os fiéis em todo o país. O diretor-técnico do hospital, Carlos Eduardo Pinheiro, negou que existia autorização para que a médica promova tratamentos alternativos à transfusão de sangue nos pacientes internados.

O caso está sendo investigado pelo delegado Nazareno Zacchi, que deverá encaminhar o inquérito nos próximos dias para o Conselho Regional de Medicina. O presidente do CRM catarinense, Nelson Grisard, só comenta o assunto quando receber a documentação da polícia.

Transcrito da Gazeta do Povo 17/03/94

# ADVOGADO DE MÉDICA RECORRE DE CONDENAÇÃO

*Justiça determinou pagamento de indenização para paciente que teria sofrido rompimento de hímen em exame.*

Marcelo Migliaccio  
Da Sucursal do Rio

O advogado Ubiratã Guedes disse que entra hoje com recurso na 17ª Vara Cível do Rio para tentar anular a condenação da ginecologista Maria Heloísa Aló Filgueiras, acusada de desvirginar uma moça durante o exame.

Segundo Guedes, não existe prova de que a escriturária Cacilda Pereira Barbosa Filha, 29, era virgem quando submeteu-se a exame no consultório da médica em dezembro de 89.

Na última sexta-feira, sentença da 17ª Vara condenou a médica a pagar indenização de 100 salários mínimos (R\$ 6.470,00) a Cacilda. Cacilda alega que a médica sabia que ela era virgem, mas não olhou sua ficha antes do exame. Ela procurou a médica por indicação de uma amiga, para tratar de um corrimento vaginal.

"Acho que ela está chantageando minha cliente. O laudo do IML (Instituto Médico Legal) diz que Cacilda 'pode' ter sido desvirginada e não que foi", disse o advogado de Filgueiras.

Guedes sustenta que as testemunhas arroladas por Cacilda - um médico e uma amiga - não garantiram em juízo que ela era mesmo

virgem na época da consulta.

"Cacilda ainda afirma no processo que tomava pílula anticoncepcional para regular a menstruação, mesmo dizendo-se virgem. Falou também que passou mal, mas saiu andando da consulta", disse Guedes.

O advogado da ginecologista desconfia ainda da conduta da escriturária. "Se ela se manteve virgem até os 24 anos, seria natural que tivesse mais receio de se expor à imprensa.

Guedes exigira novos exames, "de catestráticos", em seu recurso. A ação deve ser julgada no Tribunal de Justiça do Rio em setembro, previu o advogado.

"Vão perder de novo" previu Célia Destri, advogada de Cacilda e fundadora da Associação das Vítimas de Erros Médicos.

Célia diz que coordena cerca de 300 ações contra médicos. Ela perdeu um rim num tratamento. "Quando fundei a associação, disseram que eu era louca de enfrentar esta máfia", afirma.

No Cremerj (Conselho Regional de Medicina do Rio), corre um processo para apurar as responsabilidades de Maria Heloísa Filgueiras no caso de Cacilda.

*Transcrito da Folha de São Paulo 7/94.*

---

## DIRETOR CLÍNICO DEVE SER ELEITO

---

Resolução CFM nº 1.342/91

Artigo 3º - São atribuições do Diretor Clínico:

- Dirigir e coordenar o Corpo Clínico da instituição;
- Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição;
- Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição.



# ACÓRDÃO

**PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 028/92**

**DENUNCIANTE** - Conselho Regional de Medicina do Paraná

**DENUNCIADO** - Dr. W.Q.R.J.

**RELATOR** - Cons. Carlos Ehke Braga Filho

**REVISOR** - Consª Solange Borba Gildemeister

**ACÓRDÃO** - 005/93

**ATESTADO MÉDICO PARA AFASTAMENTO DO TRABALHO POR UM DIA - UTILIZAÇÃO PERANTE A JUSTIÇA DO TRABALHO PARA JUSTIFICAR O NÃO COMPARECIMENTO À AUDIÊNCIA - DESVIRTUAMENTO DA FINALIDADE PARA A QUAL FORA EXPEDIDO - INEXISTÊNCIA DE INFRAÇÃO AO ARTIGO 110 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA - ABSOLVIÇÃO.**

**EMENTA:** Tendo havido o atendimento ao paciente e verificado a presença de patologia que justificasse a emissão de atestado para o afastamento por um dia, legítimo a ato efetuado pelo médico.

O desvirtuamento da finalidade para o qual fora o documento expedido foge ao alcance de fiscalização do profissional, não podendo imputar-lhe o gravame apontado pelo órgão denunciante.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional nº 028/92, em que figura como denunciante o Conselho Regional de Medicina do Paraná e denunciado o médico W.Q.R.J..

## ACORDAM

Os membros do Conselho Regional de Medicina 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 110 do Código de Ética Médica, conforme Ata nº 663, de 07 de junho de 1993.

Curitiba, 08 de junho de 1993.

CARLOS EHLKE BRAGA FILHO

Cons. Relator

WADIR RÚPOLLO

Cons. Presidente

SOLANGE BORBA GILDEMEISTER

Cons. Revisora

# ANESTESIA POR NÃO ESPECIALISTAS

*Parecer CFM*

O Secretário da Sociedade de Anestesiologia do Estado da Bahia, solicitou a este Conselho que se pronunciasse ante a Portaria nº 167/91, do Dr. Ricardo Akel, Secretário Nacional de Assistência à Saúde e Presidente do INAMPS, que autorizou médicos não anesthesiologistas a realizarem anestesia nos pacientes do SUS.

Tal questão, que se relaciona com a trágica situação de Saúde do nosso povo e com a falência do Sistema Público de Saúde, chega agora à apreciação desta gestão do Conselho, quando, lamentavelmente, a saúde do país é ainda pior. Discute-se na atualidade o fato do governo federal só destinar 9 bilhões de dólares para o setor saúde no ano de 1994, quantia absolutamente insuficiente. Representa um gasto per capita anual de cerca de 50 dólares, enquanto países do chamado 1º mundo, como a Alemanha, gastam mais de 1.000 dólares per capita/ano. Não bastasse a dotação orçamentária inadequada, é notório o descuido com o interesse público na aplicação dessas verbas.

A recusa de parcela considerável dos anesthesiologistas de trabalhar para o Estado é resultante da baixíssima remuneração paga. Não há dúvida que o pedido de demissão é preferível à alternativa de receber os salários sem atender os pacientes que deles necessitam. Tal atitude não soluciona, entretanto, o problema da necessidade de assistência dos pacientes, chegando a agravá-lo, pois não havendo especialistas suficientes dispendo-se a trabalhar na rede pública e não tendo a maioria da população condições de pagar aos médicos, fica sem acesso aos seus serviços.

Diante a pressão dos anesthesiologistas, ao invés de abrir uma ampla discussão a reestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a melhoria da remuneração dos médicos, o governo federal apela para atribuir a médicos não devidamente preparados a função do anesthesiologista. É claro que não se trata de uma medida destinada somente a localidades distantes onde o médicos, sem ter especialistas a quem recorrer, é obrigado a uma atuação multifacética. Visa o ato do Ministério da Saúde atingir principalmente os grandes centros urbanos, onde há disponibilidade ampla de especialização.

É evidente que o CREMEB não pode concordar que o ato anestésico possa ser praticado em descumprimento às normas de segurança adotadas pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia e pelo Conselho Federal de Medicina, nem pode desconsiderar que é necessária formação específica para exercer adequadamente essa especialidade médica. Caso se generalizasse no SUS tal prática, a quem responsabilizar pelos inevitáveis casos de imperícia?

A questão não se encerra, porém, em tal ponto. Denuncia o Dr. Ricardo Akel que a "ação corporativista de pequenos grupos que só aceitam fazer anestesia se o doente, mesmo de enfermária, pagasse "por fora", no que é contestado pelo Presidente da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, que diz existir apenas situações em que o SUS não possui anesthesiologista credenciado e o especialista da unidade atende o paciente e cobra seus honorários, argumentando que deveria este recorrer ao SUS para que a quantia paga lhe seja restituída.

Observa-se que, de uma ou doutra forma, está o médico anestesiolgista exposto a denúncias genéricas como faz o dirigente do SUS e que, mesmo que corretamente refutadas, deixam dúvidas na opinião pública. Por outro lado, o serviço público omite-se de tomar medidas sérias que resolvam tal situação, sem arranjos paliativos e perigosos, e asseguram o direito dos pacientes a uma assistência digna.

Cem milhões de brasileiro têm no SUS sua única alternativa de assistência médica. Não há dúvida que a rede pública deve ter um número suficiente de especialistas. Para tanto, deve investir na formação e elevar a remuneração dos profissionais a um mínimo que lhes permita viver dignamente, ainda que considerando a situação econômica de um país subdesenvolvido e dependente como o nosso.

O esforço dos anestesiolgistas na formação de novos profissionais deve ser cada vez mais fortalecido, inclusive conjugando com iniciativas do próprio Estado. Ao CREMEB deve se exigir que coiba quaisquer desvios éticos que venham a ser cometidos por anestesiolgistas ou outros especialistas. Não deve o Conselho permitir que os interesses corporativos sejam motivo de prejuízo para os interesses da maioria da população brasileira. Ao mesmo tempo, deve também pugnar pelo cumprimento do texto constitucional que estabelece que Saúde é direito de todos e dever do estado.

Não pode o SUS deixar de ter nos seus quadros especialistas como os anestesiolgistas, neurocirurgiões e muitos outros.

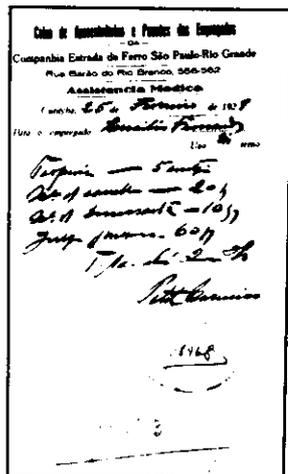
Por outro lado, é urgente a adoção de medidas emergenciais que elevem a dotação orçamentária para valores per capita acima de 150 dólares, bem como que se aprove o piso salarial de 998 reais por 20 horas para o médico.

Este é o parecer, s.m.j.

Salvador (BA), 15 de julho de 1994.

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 15/ 7/ 94

Fernando Donato Vasconcelos  
Cons. Relator



MUSEU DE MEDICINA  
Associação Médica do Paraná  
Colabore Doando

Receita Médica Fornecida pelo  
Prof.: Petit Carneiro em 1929

# **R\$: HONORÁRIOS MÉDICOS (OBSTETRAS)**

## ***Pode o médico receber por parto ou como auxiliar de cirurgia por ato realizado pela enfermagem?***

*Parecer CFM*

Após examinar o contido no presente Processo Consulta protocolado sob a grafia do Proc. CFM s/nº/88, subscrevemos o parecer do eminente Conselheiro do CRM de Santa Catarina Dr. Geraldo Nicodemos Vieira, discordando apenas do último parágrafo por considerarmos a já existência de fortes indícios de delito Ético-Profissional. Passamos agora a transcrevê-lo "in verbis":

"Recebi a incumbência de apreciar e emitir parecer sobre o Processo Consulta nº 035/87, contendo questionamentos sobre honorários médicos, formulados pela Sociedade Divina Providência através da Diretoria do Hospital Nossa Senhora da Conceição, de Tubarão.

---

**Informa a consultante, que no Serviço de Obstetria daquele hospital, 97% dos partos normais são assistidos exclusivamente pelas parteiras, e em 40% desse total, os médicos não estavam presentes na Sala de Partos.**

**Acrescenta que apenas 10% das cesareanas são auxiliadas por médicos e em 90% dos casos restantes pelas funcionárias do Centro Cirúrgico.**

**Completa a consulta referindo-se que do total das cirurgias realizadas naquele nosocômio, o médico participa como auxiliar em 11% dos atos, sendo nos outros 89%, o auxílio prestado pelas funcionárias do Centro Cirúrgico.**

---

Esclarece que os honorários referentes aos auxílios são canalizados para a conta de Serviços Profissionais, situação que julga irregular pelas razões expostas na consulta, pleiteando tal pagamento em favor da Instituição.

A consulta pode ser respondida em duas partes, sendo a primeira referente ao parto feito pela parteira, e a segunda agrupando-se os auxílios das cesareanas e da cirurgia geral.

Quanto ao parto normal, não houve reivindicação explícita para pagamentos a parteira, cuja remuneração nos convênios previdenciários está incluída na taxa de sala, embora a simples menção do elevado percentual na qual o médico não estava presente na sala de parto, possa induzir que a Instituição também julga irregular o pagamento dos honorários ao médico.

Ocorre a responsabilidade do obstetra no parto normal, não se restringe ao período expulsivo e sim, deve englobar toda a assistência a parturiente, desde a admissão até a alta, presumindo-se que neste período deverá ter tido contato com a paciente e supervisionado a atuação da parteira.

Quanto ao que se refere aos auxílios de cirurgias, transcrevo na íntegra o contido nos artigos 87 e 88 do atual Código de Ética, aprovado pela Resolução CFM 1246/88, em sessão plenária de 08/01/88, quando estabelece que é vedado ao médico:

**Artigo 87 - "Remunerar ou receber comissão ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, ou por serviços não efetivamente prestados".**

**Artigo 88 - "Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico, para efeito de cobranças de honorários".**

Não cabe qualquer tipo de cobrança e/ou pagamento por serviço não prestado, não sendo aceitável a transferência de honorários profissionais para o nosocômio, a fim de compensar a participação de seus funcionários assalariados como auxiliares do ato cirúrgico.

Os fatos mencionados na presente consulta, devem ser levados ao conhecimento do Diretor Clínico do Hospital Nossa Senhora da Conceição, para providenciar sua correção, pois a persistência dos mesmos caracteriza infração ao atual Código de Ética.

É o meu parecer".

Geraldo Nicodemos Vieira  
Cons. Relator

Pedimos vênia, no entanto, para acrescentarmos o seguinte comentário:

É extremamente lamentável que a Sra. Diretora do Hospital Nossa Senhora da Conceição (cuja rubrica é ilegível), de propriedade da Sociedade Divina Providência, em todo o bojo de sua consulta ao Conselho de Origem, não deixe o mínimo vislumbre de preocupação com a boa análise técnico-científica ou humanista no que respeita ao atendimento do paciente. Ao contrário, mostra-se sórdida e excessivamente apegada ao dinheiro revelando assim toda a avareza daquela instituição que de maneira paradoxal intitula-se "Sociedade Divina Providência".

Somítico procedimento é consequência e característico do Sistema Sócio-Econômico vigente em nosso país onde questões sociais como saúde, educação, etc. são tratadas ou como caso de polícia ou simples objetivo de mercância.

1 - Diante de tais fatos julgamos indispensável reafirmar que no ato cirúrgico o cirurgião e o primeiro auxiliar devem ser obrigatoriamente médicos ressaltando a inexistência na localidade de outro profissional médico.

Por fim somos de parecer que a matéria retorne ao Conselho "a quo" para apurar a existência de delito ético.

Este é o nosso parecer s.m.j.

Brasília-DF, 13 de outubro de 1989.

Waldir Paiva Mesquita  
Cons. Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 14/10/89

Nota da Redação

A respeito do assunto vide "Arquivos" 24, pg. 27.

Parecer CRM/ MG e CFM - 17/ 03/ 89 - "O auxílio de cirurgia é ato médico, sendo obrigatória a presença de outro profissional médico de igual capacidade técnica para completar o ato cirúrgico, sem dano ao paciente no caso de impedimento do cirurgião titular."



# ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO PROFISSIONAL Nº 026/92

**DENUNCIANTE** - Conselho Regional de Medicina do Paraná

**DENUNCIADO** - Dr. E.L.A.

**RELATOR** - Cons<sup>a</sup> Solange Borba Gildemeister

**REVISOR** - Cons. Carlos Ehke Braga Filho

**ACÓRDÃO** - 006/93

ATESTADO MÉDICO - DOCUMENTO UTILIZADO PARA JUSTIFICAR A IMPOSSIBILIDADE DE PRESTAR SERVIÇOS À JUSTIÇA ELEITORAL - DISPARIDADE DE DATAS, EIS QUE EMITIDO EM 1º DE OUTUBRO E PROTOCOLIZADO EM 25 DE SETEMBRO - ARTIGO 110 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA - DENÚNCIA PROCEDENTE.

**EMENTA:** Pelo que se depreende dos dados levantados pela Comissão de Instrução, restou comprovado que o atestado médico foi apresentado em data anterior a sua emissão, o que caracteriza infração ao artigo 110 do Código de Ética Médica, seja porque o denunciado não praticou o ato profissional que o justificasse, seja porque dito atestado não corresponde à verdade.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional nº 026/92, em que figura como denunciante o Conselho Regional de Medicina do Paraná e denunciado o Dr. E.L.A.

## ACORDAM

Os membros do Conselho Regional de Medicina do Paraná, por unanimidade, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em acolher a imputação feita ao denunciado de infração ao artigo 110 do artigo 22, da Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, ou seja, "advertência confidencial em aviso reservado", conforme Ata nº 688, de 05 de julho de 1993.

Curitiba, 06 de julho de 1993.

SOLANGE BORBA GILDEMEISTER

Cons<sup>a</sup> Relatora

WADIR RÚPOLLO

Cons. Presidente

CARLOS EHLKE BRAGA FILHO

Cons. Revisor

# INFORMATIZAÇÃO DE CONSULTÓRIOS E CLÍNICAS

*Parecer CFM*

O médico Marco Aurélio Bussacarini, que exerce a medicina em Manaus, na especialidade de Pediatria, remeteu consulta a este Conselho esclarecendo que dispõe, no seu consultório, de alguns computadores interligados e questionando o seguinte: existe alguma restrição ou normatização para emissão de receituários, pedidos de exames, atestados e declarações por computador, emissão automatizada em impressora? **Existe alguma restrição ou normatização para o arquivamento de informações do histórico médico dos pacientes (prontuário), exclusivamente em computador? Quais as implicações legais que isto irá gerar, estando as informações do paciente arquivadas em meio magnético, em caso de litígio ou processos de ordem médico legal?**

## Análise

A informática trouxe imensas contribuições à Medicina, seja na área de equipamentos, seja através de programas aplicativos na área gerencial e na área técnica. Permite ainda a consulta, através de rede de telefonia, a um grande número de bancos de dados nacionais e internacionais, propiciando rápido acesso a informações. Assim, ao informatizar suas atividades, tanto profissionais médicos como instituições prestadoras de serviços de saúde, terão melhorado em muito os seus desempenhos.

Não vemos obstáculo algum na utilização da informática para a elaboração de prontuários médicos, desde que seja garantido o respeito ao instituto do sigilo profissional, o que é facilmente obtível através de limitação de acesso pelo emprego de senha e da recuperabilidade dos dados para o atendimento às necessidades de várias naturezas, inclusive de ordem legal, exigindo rigoroso sistema de cópias de segurança.

Quanto a emissão de atestados e receitas, o que se deve exigir deles é que expressem as necessidades do paciente e a realidade dos fatos, conforme os artigos 39 e 110 do Código de Ética Médica: que sejam devidamente assinados, com clara identificação do emitente, não importante se feitos à mão, à máquina de escrever ou através dos modernos e eficientes recursos da informática.

Assima sendo, não vemos óbice à utilização de computadores nas atividades médicas. Pelo contrário, entendemos que trarão grandes melhorias no desempenho dos profissionais e das instituições.

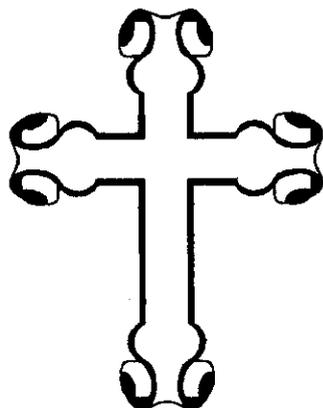
É o parecer, salvo melhor juízo.

Brasília, 06 de maio de 1993.

Nei Moreira da Silva  
Cons. Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 16/09/93

# COBRANÇA PELO ATESTADO DE ÓBITO



O Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, através do ofício nº 770, datado de 30 de setembro de 1987, consulta este Egrégio Conselho Federal sobre a **legalidade e a eticidade da cobrança de honorários pelo fornecimento de atestado de óbitos**, efetuado por médico plantonista em local onde não exista Serviço de Verificação de Óbito ou Instituto Médico Legal.

Em ofício de 24 de agosto de 1987, o médico plantonista em questão, residente na cidade de Araranguá-SC, pede ao seu Conselho um parecer sobre a cobrança de honorários, estando ele de plantão no Pronto Socorro do H.R.A. e tendo sido chamado para examinar um paciente, constatou-o morto. Adianta ainda que, em face do paciente estar morto, não poderia computar seu atendimento à Previdência Social e pelo fato de não existir na sua localidade instituição especializada para resolver tal situação, forneceu ele mesmo o atestado de óbito a pedido da família, cobrando seus honorários profissionais.

Em parecer emitido pelo Cons. Leo Mayer Coutinho, a pedido do Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, está consignado que o diagnóstico da realidade da morte exige exame atento do corpo e é indubitavelmente um trabalho que deve ser remunerado e, por isso, nada mais lícito que efetuar a cobrança aos responsáveis pelo morto, assim como a emissão de atestado de óbito, tanto quanto o é a cobrança de uma consulta médica.

## Parte Conclusiva

A questão formulada pelo Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina reporta-se a uma situação em que um médico plantonista, ao atender um paciente em seu plantão, constatou que o mesmo estava morto. E como não foi possível registrar tal atendimento pelo INAMPS, face às circunstâncias do caso, atestou o óbito e cobrou os honorários que julgou devidos.

Na verdade, o médico ao examinar um paciente não integrante do sistema previdenciário, praticou ato médico pelo qual deve ser remunerado. Ainda mais: leve-se em conta que o diagnóstico da realidade da morte é um exame complexo, que exige registro de alguns fenômenos abióticos, como perda da consciência, perda da sensibilidade, abolição da motilidade e do tono muscular, entre outros.

Entenda-se, ainda, que a emissão de atestado é parte integrante da consulta médica. O profissional deve ser remunerado pelo ato médico praticado e não pelo atestado fornecido.

Em face do exposto, não há como negar o direito de cobrança a quem realmente praticou um procedimento médico e pelo qual deve ser remunerado.

Por outro lado, houvesse na localidade um Serviço de Verificação de Óbito ou uma Repartição Médico Legal, estaria o médico infringindo a letra "d", do artigo 16 do Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932 (É vedado ao médico: atestar óbito de pessoa a quem

não tenha prestado assistência médica) e ao artigo 114 do Código de Ética Médica em vigor (É vedado ao médico: Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necrópsia e verificação médico-legal).

#### Conclusão

Entendemos que, no caso em tela, não houve qualquer afronta às disposições éticas vigentes e que o médico plantonista praticou ato médico que justificou a emissão de atestado de óbito e a cobrança de uma consulta médica, desde que não estivesse percebendo honorários ou outra forma de remuneração pelo mesmo ato.

Esse é o nosso parecer, s.m.j.

João Pessoa, 13 de março de 1988.

Genival Veloso De França  
Cons. Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 16/06/88

## PAGAMENTO DE CONSULTA ATRAVÉS DE CARTÃO DE CRÉDITO

Parecer CFM

Trata-se o presente processo de consulta do CRM do Estado de Alagoas se:

**É ético receber o pagamento de consulta através de cartão de crédito.**

Na consulta não se faz nenhuma referência a valor ou qualquer outro tipo de detalhe sobre a cobrança e pagamento da consulta.

Somos de parecer que não se constitui em prática anti-ética o recebimento de consulta através de cartão de crédito, como não o é através de cheque ou em moeda corrente. Tal posição respalda-se no fato de entendermos que em tempos remotos não havia moeda e os pagamentos eram feitos com mercadorias ou através de trocas e que no futuro, talvez próximo, a moeda passe a ser algo abstrato e os pagamentos sejam efetuados sempre com cartão de crédito ou instrumento semelhante.

Brasília, 13 de julho de 1989

Renilson Rehem de Souza  
Cons. Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 02/08/89

#### Nota da Redação

A respeito do assunto veja "Arquivos" nº 23.

**Todo o médico deve ter sua "Carteira de Identidade de Médico" e usá-la quando apresentar-se como profissional. Requisite-a no CRM-PR.**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

## **Cadáver não reclamado**

**Resolução nº 115, de 9 de junho de 1994**

**CONSELHO  
NACIONAL  
DE  
SAÚDE**

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Trigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de junho de 1994, cumprindo suas atribuições regimentais, atendendo à recomendação da Comissão Técnica de Atuação Profissional na Área de Saúde, resolve:

Propor ao Ministério da Educação e Desporto que viabilize junto ao Congresso Nacional um Projeto de Lei alterando o Artigo 2º da Lei nº 8501/92, que dispõe sobre a utilização de cadáver não reclamado, passando a ter a seguinte redação:

**Art. 2º - O cadáver não reclamado junto às autoridades públicas, no prazo de 30 (trinta) dias, poderá ser destinado às escolas e/ou faculdades formadoras de profissionais de saúde, para fins de ensino e pesquisa de caráter científico.**

**HENRIQUE SANTILLO**  
Presidente do Conselho

Homologo a Resolução nº 115, de 09 de junho de 1994, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

**HENRIQUE SANTILLO**  
Ministro

# CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO

## Reconhecimento de Especialidade.

*Parecer CFM*

### EXPOSIÇÃO:

O Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva (CBCD), solicita ao Conselho Federal de Medicina a inclusão da Cirurgia do Aparelho Digestivo na listagem das especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. Justifica o pedido, informando que esta especialidade é reconhecida pela Associação Médica Brasileira e em função disso o CBCD tem conferido Títulos de Especialista, sendo necessário que tais diplomas tenham direito ao registro junto aos Conselhos Regionais de Medicina.

Fundamentando o pedido, informa o Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, através do Dr. Henrique Walter Pinotti que:

• “- A Cirurgia Digestiva é uma especialidade legítima e autêntica. Há regulamentação neste sentido pelo Ministério da Educação e Cultura, que credencia serviços de Residência Médica em Cirurgia do Aparelho Digestivo, como os da:

a) Universidade de São Paulo; b) Escola Paulista de Medicina; c) Universidade Federal do Paraná; d) Santa Casa de São Paulo, entre outras.

- O Ministério da Educação e Cultura também passou a reconhecer e conceder o título de pós-graduação do Aparelho Digestivo, em nível de Mestrado e Doutorado.

- A Cirurgia do Aparelho Digestivo assumiu um progresso científico e tecnológico tão grande, que no âmbito internacional existem associações médicas que reúnem especialistas em Cirurgia do Aparelho Digestivo como o Colégio Internacional de Cirurgia Digestiva (Collegium Internationale Chirurgiae Digestive - CIGD; International Gastro Surgical Club, bem como nos Estados Unidos a Society of Surgery of the Alimentary Tract.

- O Cirurgião na prática diária na maioria dos centros, não é mais capaz de realizar com a mesma perícia, segurança e conhecimento técnico atualizado, cirurgia de Tireóide (especialidade cabeça e pescoço); Cirurgia de Torax (especialidade cirurgia torácica); Cirurgia de Mama (especialidade cirurgia plástica ou ginecológica); Prostectomias (especialidade cirurgia urológica); Varizes (especialidade cirurgia vascular) e assim por diante, pois o código de ética médica é claro que “o médico só poderá executar atos que não os de sua especialidade apenas em extremis para não incorrerem imperícias” punida pelo mesmo código.

- Ocorre um desenvolvimento e avanço muito grande na Cirurgia do Aparelho Digestivo, que só pode ser acompanhado por aqueles que realmente militam neste área”.

### PARECER

Preliminarmente, gostaria de discordar, com todo o respeito, de alguns aspectos citados na justificativa técnica do pedido, quando o Dr. Henrique Walter Pinotti afirma que o “Cirurgião na prática diária na maioria dos Centros, não é mais capaz de realizar com a mesma perícia, segurança e conhecimento técnico atualizado”, procedimentos cirúrgicos que em nosso meio sempre foram realizados pelos Cirurgiões Gerais. Entendo que esta afirmativa é injusta com a imensa maioria de cirurgiões deste País, que por sua competência e espírito científico formaram uma grande escola de cirurgia, onde se destacam inúmeros expoentes.

Não gostaria de deixar de mencionar que considero equivocada a leitura do Código de Ética Médica relativo ao capítulo de imperícia.

A Resolução 1441/94 que lista as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina cita a especialidade de Cirurgia Geral e de diversas especialidades cirúrgicas regionais como por exemplo cirurgia torácica, de mão, cardio-vascular e cabeça e pescoço.

A existência de Programas de Residência Médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e o reconhecimento pela Associação Médica Brasileira mostram a oportunidade de que o Conselho Federal de Medicina também se manifeste.

### **CONCLUSÃO:**

Feitas estas considerações, proponho o reconhecimento pelo Conselho Federal de Medicina da especialidade "Cirurgia do Aparelho Digestivo".

Brasília, 11 de agosto de 1994.

Nilo Fernando Rezende Vieira  
Conselheiro Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 12/ 8/ 94

## **CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO**

**RESOLUÇÃO CFM Nº 1.440/94**

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

**CONSIDERANDO** o Parecer CFM nº 0765/93, referente ao reconhecimento da Cirurgia do Aparelho Digestivo como especialidade médica;

**CONSIDERANDO** a existência da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Aparelho Digestivo, filiada à Associação Médica Brasileira.

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 12 de agosto de 1994.

**RESOLVE:**

**Reconhecer a Cirurgia do Aparelho Digestivo como Especialidade Médica.**

Brasília-DF, 12 de agosto de 1994.

Ivan De Araújo Moura Fé  
Cons. Presidente

Waldir Paiva Mesquita  
Cons. 2º Secretário

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 12/08/94

Vide parecer justificativo no nº 43 de "Arquivos".

Arq. Cons. Regional. Med. do PR.

# A RESPONSABILIDADE DO DIRETOR TÉCNICO E DO DIRETOR CLÍNICO NOS INSTITUTOS DE SAÚDE

## RESOLUÇÃO CFM Nº 1.342/ 91

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso de suas atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958; e

CONSIDERANDO que, de acordo com o artigo 15 da Lei nº 3.999 de 15/12/61, os cargos ou funções de chefia de serviços médicos somente podem ser exercidos por médicos habilitados na forma da lei;

CONSIDERANDO que o Art. 28 do Decreto nº 20.931/32 preceitua que, qualquer organização hospitalar ou de assistência médica, pública ou privada, obrigatoriamente tem que funcionar com um Diretor Técnico, habilitado para o exercício da medicina, como principal responsável pelos atos médicos ali realizados;

CONSIDERANDO que o Art. 12 do Decreto nº 44.045/58 e a Lei nº 6.839/80 estabelecem que as pessoas jurídicas de prestação de assistência médica estão sob ação disciplinar e de fiscalização dos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO que, de acordo com a Art. 3ª da Resolução CFM nº 1214/85, a obrigatoriedade do registro e do cadastramento abrange também a filial, a sucursal, a subsidiária, ambulatorios e todas as unidades de atendimento médico;

CONSIDERANDO que o Art. 8ª da Resolução CFM nº 997/80 determina que, no caso de afastamento do médico Diretor Técnico, o cargo deverá ser imediatamente ocupado pelo seu substituto, também médico;

CONSIDERANDO que o Art. 11 da mesma Resolução CFM nº 997/80 estabelece que o Diretor Técnico, principal responsável pelo funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde, terá obrigatoriedade sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente;

CONSIDERANDO que ao Diretor Técnico compete assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis ao exercício de uma boa prática médica, zelando, ao mesmo tempo, pelo fiel cumprimento dos princípios éticos;

CONSIDERANDO que o Diretor Clínico compete a supervisão da prática médica realizada na instituição;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido pelo plenário em sessão realizada em 08 de março de 1991.

### RESOLVE:

Art. 1º - Determinar que a prestação de assistência médica nas instituições públicas ou privadas é de responsabilidade do diretor Técnico e do Diretor Clínico, os quais, no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o Conselho Regional de Medicina pelos descumprimentos dos princípios éticos, ou por deixar de assegurar condições técnicas de atendimento, sem prejuízo da apuração penal ou civil.

**Art. 2º - São atribuições do Diretor Técnico:**

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

c) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica.

**Art. 3º - São atribuições do Diretor Clínico:**

a) Dirigir e coordenar o Corpo Clínico da instituição;

b) Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição;

c) Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição.

**Art. 4º - O Diretor Clínico será eleito pelo Corpo Clínico, sendo-lhe assegurada total autonomia no desempenho de suas atribuições.**

**Art. 5º - Ao profissional médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como Diretor Técnico, seja como Diretor Clínico, em uma única instituição privada, prestadora de serviços médicos, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais na mesma instituição.\***

**Parágrafo Único - Face às peculiaridades das Instituições, é permitido ao médico o exercício simultâneo das funções de Diretor Técnico e de Diretor Clínico.**

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

**Parágrafo Único - A substituição do Diretor afastado deverá ocorrer de imediato, obrigando-se o Diretor que assume o cargo a fazer a devida notificação ao Conselho Regional de Medicina.**

**Art. 7º - Fica estabelecido o prazo de 60 (sessenta) dias para a observância da presente Resolução pelas instituições e pelos profissionais médicos.**

**Art. 8º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.**

Brasília, 08 de março de 1991

Ivan de A. Moura Fé  
Presidente

Hércules Sidnei P. Liberal  
Secretário Geral

(Publicada no D.O.U. de 16/04/91, pág. 7.014)

\* Vide Resolução CFM nº 1352/92 art. 2, abaixo. Artigo revogado.

**RESOLUÇÃO CFM Nº 1.352/92**

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958; e

CONSIDERANDO ser necessária disciplinar a extensão em que um médico pode responder pela Direção Técnica ou pela Direção Clínica dos estabelecimentos de saúde, sem, contudo, criar qualquer cerceamento ao exercício da atividade médica;

CONSIDERANDO que o médico, observadas as normas éticas e legais que regem

a profissão, pode exercer seu trabalho em empresas ou instituições distintas, desde que haja compatibilidade de horários;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido pelo Conselho Federal de Medicina em sessão plenária realizada em 17 de janeiro de 1992;

**RESOLVE:**

Art. 1º - Ao profissional médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como Diretor Técnico, seja como Diretor Clínico, em no máximo 2 (duas) instituições prestadoras de serviços médicos, aí incluídas as instituições públicas e privadas, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição.

Art. 2º - Fica revogado o "caput" do Art. 5º da Resolução CFM nº1342/91, de 08 de março de 1991, mantido seu parágrafo único.

Art. 3º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília-DF, 17 de janeiro de 1992

Ivan de A. Moura Fé  
Cons. Presidente

Waldir Paiva Mesquita  
Cons. 2º Secretário

## " Dr. MORTE " É ABSOLVIDO NOS EUA DA ACUSAÇÃO DE AUXILIAR SUICÍDIO

Carlos Eduardo Lins da Silva  
De Washington

O médico aposentado Jack Kevorkian, conhecido como "Dr. Morte", foi absolvido ontem da acusação de ter ajudado um paciente de se suicidar.

Foi a primeira vez que uma nova lei do Estado de Michigan, Meio-Oeste dos EUA, que proíbe a assistência ao suicídio, foi testada em uma corte.

A defesa de Kevorkian se baseou no argumento de que ele não tinha o objetivo de ajudar o paciente a se matar, mas de aliviá-lo de sofrimentos.

Kevorkian, 65, já orientou o suicídio de 20 pessoas desde 1990. Ele é o principal defensor do direito à eutanásia (abreviação da vida de um paciente com doença incurável).

Ele foi julgado ontem pelo caso de Thomas Hyde, o mais jovem (30 anos) de seus

suicidas. Hyde morreu em 04 de agosto de 1993, inalando monóxido de carbono do automóvel de Kevorkian.

O advogado de defesa, Geoffrey Fieger, apelou aos jurados para que absolvessem seu cliente em nome dos direitos humanos.

Fieger disse, depois do resultado, de que o veredito "cravou uma estaca no coração" da lei contra a assistência ao suicídio. Kevorkian defende a realização de plebiscito para decidir sobre a ratificação da lei. Ele argui sua inconstitucionalidade em tribunais superiores.

Hyde sofria da doença de Lou Gehrig, uma desordem degenerativa do sistema neurológico, que provoca dores e impede a vítima de realizar as mais simples tarefas. A principal testemunha de defesa foi sua noiva, Heidi Fernandez, que considera Kevorkian um redentor de Hyde.

Transcrito da Folha de São Paulo



# ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 013/91

**DENUNCIANTE** - Dr<sup>a</sup> Maria Cristina Bertan  
**DENUNCIADO** - Dr. Luiz Antonio Munhoz Da Cunha  
**RELATOR** - Dr. Antonio Carlos Correa Kúster Filho  
**REVISOR** - Cons. João Zeni Junior  
**ACÓRDÃO** - 007/93

**DIRETOR CLÍNICO - DENÚNCIA DE IMPEDIMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM ENTIDADE HOSPITALAR - INEXISTÊNCIA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO, SUSTENTANDO-SE A DISPENSA FACE A DENUNCIÇÃO À LIDE EM AÇÃO CIVIL MOVIDA POR PACIENTE - ARTIGO 45 "CAPUT" DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA - ABSOLVIÇÃO.**

**EMENTA:** O Diretor Clínico ao afastar a médica que denunciara à lide o Hospital em Processo Cível ajuizado por paciente não incorreu em falta ético-profissional, visto que a permanência da esculápia no ambiente hospitalar poderia trazer constrangimentos diversos.  
Assim, justificando o afastamento não há que se imputar qualquer falta ao Diretor Clínico, julgando-se improcedente a denúncia.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional nº 013/91, em que figura como denunciante a Dr<sup>a</sup> Maria Cristina Bertan denunciado o Dr. A.L.O..

## ACORDAM

Os membros do Conselho Regional de Medicina do Paraná, por maioria, contra os votos dos Senhores Relator e Revisor, em não acolher a imputação feita ao denunciado de infração ao artigo 45 "caput" do Código de Ética Médica, conforme Ata nº 696, de 16 de setembro de 1993.

Curitiba, 17 de setembro de 1993.

CONS. ODAIR DE FLORO MARTINS  
Voto Vencedor

WADIR RÚPOLLO  
Cons. Presidente

# EXERCÍCIO DA MEDICINA POR ESTUDANTES DE MEDICINA

*Parecer CFM*

Em resposta à designação feita através da Portaria nº 075/94-SEC., para emitirmos parecer a respeito da consulta encaminhada pela Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná - SOGIPA, na qual Dr. Rosires Pereira de Andrade, faz indagações com relação ao **exercício da medicina por estudantes**, temos o seguinte ponto de vista:

Durante o curso de graduação, todos os estudantes deverão adquirir conhecimentos fundamentais, o domínio de técnicas essenciais de exame clínico e dos métodos complementares mais simples, assim como ter possibilidade de crítica das indicações e dos procedimentos habituais.

A tendência atual é de colocar o estudante de medicina em contacto direto com o paciente o mais precocemente possível, evidentemente supervisionado por professores ou médicos responsáveis.

O próprio M.E.C., em seu documento "Programa de Integração Docente - Assistencial" (1981) estabelece, como diretriz oficial, que o "conteúdo curricular deve proporcionar aquisição de conhecimento, habilidades e atitudes adquiridas na vivência ao mundo real da prestação de serviços, em seus diferentes níveis de atenção, aos quais os alunos deverão ser expostos, contínua e sucessivamente".

Por outro lado, a habilidade precoce do estudante de medicina em atender pacientes, tem facilitado a sua exploração, como mão-de-obra barata, por hospitais e pessoas inescrupulosas, onde ele atende e receita sem supervisão médica, feito que merece punição, por ser ilegal e imoral.

Incorre em crime de exercício ilegal da medicina, na pessoa dos diretores, o hospital que procede por determinar a acadêmicos, funções específicas de médicos.

Orlando Orlandi comenta: "imoral e irresponsável é o ato de se utilizar um estudante de medicina para trabalhar em Casa de Saúde, substituindo um profissional diplomado".

O estudante de medicina deve ter todas as facilidades para adquirir seus conhecimentos profissionais e não há outra maneira senão pelo exercício de atividade médica. Daí a importância de uma supervisão rigorosa desta atividade.

A escola médica é o local privilegiado para a formação de atitudes e comportamentos inerentes à profissão.

- A execução de atos médicos sem supervisão médica configura exercício ilegal da medicina, recaindo a responsabilidade sobre a instituição ou pessoa que permitiu a execução a tais atos.

- O estudante responde, civil e pessoalmente, por atos danosos ao paciente, aos quais tenha dado causa por imprudência, negligência ou infrações éticas.

As afirmações acima referem-se aos artigos 20 e 21 do Código de Ética do Estudante de Medicina.

O Código Penal, no seu artigo 282 estabelece: "Exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista ou farmacêutico, sem autorização legal em excedendo-lhe os limites:

Pena: detenção de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos.

Parágrafo único: Se o crime é praticado com o fim de lucro, aplica-se também multa".

A Resolução nº 663/75, do Conselho Federal de Medicina estabelece sobre:

# **A supervisão e responsabilidade do estudante de medicina.**

## **RESOLUÇÃO CFM Nº 663/75**

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, usando da atribuição que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

**CONSIDERANDO QUE**, o estudante de medicina deve ter parte ativa no sistema educacional;

**CONSIDERANDO QUE**, todo o estudante deve ser treinado na elaboração da história clínica, no exame do doente, no diagnóstico e no tratamento;

**CONSIDERANDO QUE**, o estudante de medicina deve iniciar sua experiência no trato dos doentes o mais cedo possível;

**CONSIDERANDO QUE**, o programa educacional - deve incorporar assistência ambulatorial e hospitalar - para maior e melhor benefício do estudante de medicina;

**CONSIDERANDO QUE**, deve haver uma relação de cooperação a mais estreita possível entre as Escolas de Medicina e os diversos tipos de serviços médicos devidamente capacitados para o ensino, existente no País;

**CONSIDERANDO QUE**, não se deve separar educação médica da assistência médica;

**CONSIDERANDO QUE**, para adquirir um conhecimento básico das diferentes técnicas e procedimentos para bem tratar as mais variadas condições clínicas, o estudante deve ter contato direto com doentes com a participação, sob supervisão, na solução de todos os problemas de saúde, sejam individuais ou da comunidade;

**CONSIDERANDO QUE**, o estudante de medicina deve ter a oportunidade de participar, sob supervisão, de atos e procedimentos médicos para atingir a sua execução num grau de eficiência e perfeição desejada;

**CONSIDERANDO QUE**, a educação do estudante de medicina deve ser o começo de um processo contínuo;

**CONSIDERANDO QUE**, deve ser dada mais importância à orientação e aprimoramento em atividades práticas durante o aprendizado médico, para que a transição do treinamento para a prática efetiva, se realize de uma maneira natural, dando ao médico consciência e segurança.

### **RESOLVE:**

**1. Determinar aos médicos que mantenham permanente supervisão dos procedimentos realizados por estudantes de medicina, no trato com os doentes.**

**2. Determinar aos médicos que nessa supervisão procurem sempre fazer conhecidas dos estudantes de medicina todas as implicações éticas dos diferentes procedimentos e das diferentes situações, encontradas no trato dos doentes.**

**3. Determinar aos médicos que procurem fazer conhecidas dos estudantes de medicina sob sua supervisão, as altas responsabilidades sociais da medicina e dos médicos em particular.**

Rio de Janeiro, 28 de fevereiro de 1975.

Murillo Bastos Belchior  
Presidente

José Luiz Guimarães Santos  
Secretário Geral

Publicada no D.O. (Seção I - Parte II) de 12/08/75

Ainda o parecer CRMPR nº 86/87, estabelece sobre:

**"Pode o estudante de Medicina prescrever? É exercício ilegal de Medicina?"**

Parecer CRM/ PR nº 86/87

Em resposta à consulta formulada pelo Dr. Hercule Spoladore - CRM 1030, temos a aduzir o seguinte:

1. Não é permitido a um Doutorando receitar.
2. O profissional poderá exercer o ato de receitar, após formado e inscrito no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.
3. O aluno que receita, sem estar devidamente habilitado, no caso inscrito no Conselho de Medicina, estará exercendo ilegalmente a Medicina, o que é crime previsto pela Legislação Penal. A circunstância de o fazer sob a supervisão de outros médicos, em nada modifica a situação, salvo sujeitar estes a Processo Ético-Profissional, por incurso no artigo 4º do Código Brasileiro de Deontologia Médica.

É o meu parecer.

Curitiba, 31 de agosto de 1887.

Adv. Antonio Celso C. De Albuquerque  
Assessor Jurídico

É o parecer.

Curitiba, 11 de julho de 1994.

Zacarias Alves de Souza Filho  
Cons. Relator

Parecer aprovado  
Sessão Plenária de 01/ 08/ 94

## O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA

### ADVERTE

**Não se arrisque Dr.  
Se o estudante errar, você paga.  
O estudante não é o responsável.  
Você é o responsável**

# COMO PROCEDER PARA O ENVIO DE PRONTUÁRIO MÉDICO À JUSTIÇA TRABALHISTA

*Parecer CFM*

## CONSULTA

A Assessoria de Saúde Ocupacional, da Superintendência do Serviço de Relações Industriais da PETROBRÁS - Petróleo Brasileiro S.A., por ofício SERIND - 2381/89, de 24.10.89, visando instruir os Órgãos de Saúde Ocupacional daquela companhia, solicita deste CFM orientação. **Como proceder quando o Juiz Presidente da Junta de Conciliação e Julgamento pede que lhe seja enviado o Prontuário Médico de empregado para esclarecimento de questões de saúde de interesse de ação trabalhista?**

## LEGISLAÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil em seu Art. 5º inciso II estabelece que "ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei". E o inciso X, estatui: "são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurando o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação".

Os princípios constitucionais aludidos contemplam os dispositivos da legislação vigente que trata do segredo profissional.

Formalmente o CFM aborda o assunto pela Resolução nº 999 de 1980, e inúmeros pareceres firmados, todos embasados nos seguintes dispositivos legais:

- Código Penal,
- Código de Processo Penal,
- Lei das Contravenções Penais,
- Código Civil,
- Código de Processo Civil,
- Código de Ética Médica,

Para sintetizar os princípios legais citados, o mestre Hermes Rodrigues de Alcântara ("Deontologia e Diceologia" - Ed. ANDREI, 1979) afirma que o médico:

1 - comete crime se revelar o segredo, sem "justa causa"; (C.P.); 2 - não é obrigado (C.C) e é até proibido (C.P.P.) de depor sobre fatos secretos relacionados com a profissão; 3 - só não é obrigado a comunicar a autoridade competente, crime pelo qual o seu paciente possa ser processado. (L.C.P.).

O Código de Ética Médica, incorpora os preceitos legais citados, aduzindo à exceção da "justa causa", o dever legal e a autorização expressa do paciente, obrigando a manutenção do segredo: a) mesmo que o fato seja do conhecimento público ou que o paciente tenha falecido; b) quando do exame médico dos trabalhadores; c) quando do depoimento como testemunha; d) quando o paciente for menor de idade.

Estabelece, entretanto, para os casos citados algumas exceções que visam a proteção do paciente menor e dos empregados ou da comunidade, nos casos do exame médico dos trabalhadores.

Conclui, responsabilizando o médico pelo dever de fazer respeitar e proteger as informações do prontuário médico.

## JURISPRUDÊNCIA

1 - "O sigilo médico constitui instituto erigido em favor do paciente estando conseqüentemente todas as informações que o médico obtém ou deduz no exercício do seu mister por ele acobertadas".

Assim, tendo em vista que somente o paciente é detentor do quanto está acobertado pelo segredo médico, só a ele é facultado o poder de lançar mão deste sigilo, liberando sua divulgação.

Ao médico, fora das hipóteses contempladas por lei, é vedado tal revelação sob pena de além de incidir em falta ética também cometer um crime". (Parecer AJ/CFM nº 11/88, aprovado em 13.10.88).

2 - "O Segredo Médico alcança todos os documentos que poderiam ser considerados como instrumentos ou meios suficientes a revelação do sigilo profissional, assim também como alcança o médico e todos os seus auxiliares e pessoas afins, que por dever de ofício tenham acesso às informações confidenciais constantes de boletins médicos, diagnósticos, papeletas, fichas médicas, guias de Internação, etc." (Parecer AJ/CFM 30.05.86).

3 - Marcos Moraes - Conselheiro Jurídico do CREMERJ, em 24.08.70, opinando relativamente a processo originário da direção do Hospital Psiquiátrico da SES/RJ: "Nas perícias judiciais, desaparece o dever de preservar o segredo médico, mas, a revelação deve ficar, absolutamente circunscrita aos participantes do processo judicial em que ela constituir elemento de prova".

4 - Jurisprudência firmadas sobre diversos aspectos do segredo médico, através de inúmeros julgados e pareceres, destacados por Hermes de Alcantara por Hermes Rodrigues de Alcantara (Parecer da Comissão de Ética - HBDF - 1983).

4.1 - Parecer do Conselheiro A. Almeida Júnior do CREMESP, em 01.07.59 - "As informações requisitadas pelos Magistrados só serão atendidas quando não violarem o segredo médico. o médico, ou diretor do hospital acusará o recebimento da requisição, mas declinará de responder, alegando a Art. 154 do C.P. e o Art. 144 do C.C.."

4.2 - Parecer do Conselheiro A.F. Cesarino Júnior do CREMESP, em 22.11.61 - "Pelo fato de exercer a sua profissão como servidor técnico de uma autarquia, o médico não perde a sua qualidade de profissional, sujeito, em tudo, aquilo que disser com a sua profissão, às normas a ela peculiares".

4.3 - Parecer do Conselheiro Paulo Fraletti, do CREMESP, aprovado em 20.09.66 - "O que a autoridade tem, é, o direito de determinar a perícia, para que o médico, com o apoio nas leis, tanto penal e civil, como ética, possa, por justa causa, quebrar o segredo, mas não desonerá-lo da guarda do mesmo..."

4.4 - Parecer do Consultor Jurídico Genésio Estrella, do CREMERS, aprovado em 1976 - "Diante de pedidos freqüentes, sem segredo de justiça, do Poder Judiciário, para que o hospital em causa forneça: diagnósticos psiquiátricos (codificados ou não); cópias xerográficas de prontuários médicos; relatórios...; pareceres de cunho pericial..."

"Os casos enfocados na consulta não se configuram como "justa causa", daí entendermos que o consulente não está, legalmente, obrigado a atender às requisições judiciais..."

4.5 - Parecer do Assessor Jurídico Domingos Marmo, do CREMESP, aprovado em 09.02.71 - "Por tudo o que acima expusemos, somos de parecer que se deve informar à interessada (médica assistente da paciente) de que está correto seu procedimento, declinando da solicitação feita pelo magistrado, para fornecer anamnese e exame psíquico a que ela procedeu na paciente. Se for enviada intimação para prestar depoimento como

testemunha, a interessada deverá comparecer e declarar que está proibida de revalar segredo profissional”.

5 - Antônio Carlos Mendes, Assessor Jurídico do CREMESP, em Parecer de 10.02.80, assegura que “a estrutura normativa que objetiva tutelar as confidências recebidas por profissionais em razão de sua profissão (confidentes necessários, como os médicos), resguarda até mesmo a postura de citados profissionais perante os magistrados, impedindo o depoimento em Juízo, como testemunhas”.

Ainda segundo o parecerista, “Com efeito, a lei não permite, sequer, que o profissional da Medicina preste depoimento em Juízo acerca dos fatos conhecidos em razão de sua profissão. Esta regra permeia toda a ordem jurídica e não admite que, por vias transversas, as confidências necessárias sejam levadas ao conhecimento, Parecer n.º da Polícia mediante a requisição de fichas e boletins médicos”.

## DISCUSSÃO

As normas legais são bastante claras: o segredo médico é inviolável.

O dever de guardar o segredo médico, no entanto, não é absoluto. A ilicitude penal, como a civil e ética, é excluída pelos próprios diplomas que regem a matéria. Assim, a “justa causa”, o dever legal, e a autorização expressa do paciente são razões relevantes e de exceção que podem desobrigar o médico ao dever do segredo.

Convém atentarmos, entretanto, para o fato de que a exceção deverá ser tratada como tal, com as indicações precisas e sem ampliações ou excessos que premitam o enfraquecimento da norma estabelecida.

O Jurista Antonio Carlos Mendes afirma (Parecer ao CREMESP, em 1980) que:

“A justa causa tem, assim, os seus limites fixados pelo Direito, não admitindo circunstâncias estranhas que conduziriam fatalmente a imprecisão e alargamento excessivo da posição justificativa, com o enfraquecimento da tutela penal”. E que:

“Descarte, o segredo médico, como espécie do segredo profissional, cede a razões relevantes que o Direito reconhece e regula, evitando que o médico seja punido. Estas razões são identificadas pela expressão JUSTA CAUSA...”

Quais as situações em face das quais o médico tem o dever de abrir exceção à regra do segredo?

Segundo A.Almeida Júnior (CREMESP, 1960, Parecer nº 30/60) não basta que a ordem de quebrar o segredo provenha de uma autoridade, para que lhe devamos atribuir o valor de “justa causa”, sendo que a competência para indicar imperativamente as situações de “justa causa” - pertence ao poder legislativo. Compete somente à lei, tendo em vista um interesse público superior, trazer exceções ao segredo médico. Segundo aquele mestre, a legislação brasileira menciona as seguintes situações, em face das quais o médico tem o dever de abrir exceção à regra do segredo:

- 1 - declaração de nascimento, na ausência dos responsáveis legais;
- 2 - declaração de óbito, na ausência da família e do diretor do estabelecimento;
- 3 - denúncia de doença cuja notificação é compulsória;
- 4 - no exercício de função pericial;
- 5 - em atestados médicos, por solicitação do paciente;
- 6 - comunicação de certos crimes, nos termos da L.C.P.

Esclarecemos, ainda, que em decorrência das prerrogativas legais dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina, as Instituições de prestação de serviços médicos estão obrigadas a enviar as informações constantes dos prontuários médicos, quando solicitados por estes Órgãos.

## CONCLUSÃO

Os princípios e os fundamentos doutrinários do segredo médico, capitulados na legislação vigente e consagrados em farta jurisprudência, permite-nos concluir:

1º - O Segredo Médico é espécie do segredo profissional, indispensável à vida em sociedade - e por isso protegido por lei - e cuja revelação, seja pelas informações orais ou através de papeletas, boletins, folhas de observação, fichas, relatórios e demais anotações clínicas, está vedada não somente aos médicos como também a todos os funcionários e dirigentes institucionais.

2º - O médico somente poderá revelar o segredo médico se o caso estiver contido nas hipóteses de "justa causa", determinadas exclusivamente pela legislação e não pela autoridade, ou se houver autorização expressa do paciente.

3º - Ressalvadas as solicitações feitas pelos órgãos fiscalizadores da ética, inexistente dispositivo legal que respalde a ordem da autoridade judiciária ou policial ou que obrigue o médico, o funcionário ou o dirigente hospitalar a lhes entregar prontuário médico.

4º - As informações requisitadas pelos magistrados somente serão atendidas quando não violarem o segredo médico. Caso contrário, o médico, o funcionário ou o dirigente hospitalar acusará o recebimento, mas declinará de fornecer, alegando impedimento legal e ético.

5º - À justiça ou aos seus agentes, o estatuto da Perícia Médica permite um melhor esclarecimento do que a acesso ao Prontuário Médico.

Este é o meu parecer s.m.j.

Brasília-DF, 20 de março de 1990.

Hercules Sidnei Pires Liberal  
Secretário Geral

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 11/8/90

## MEDICOS ASSEDIADOS POR PACIENTES

Que fazer quando uma paciente dá a entender, com olhares e algo mais, que sente uma atração extra-profissional? E quando, pior ainda, declara seu amor ou seus desejos ao médico? O "Le Quotidien du Médecin", um respeitado jornal científico francês, respondeu publicando um decálogo de conduta para os médicos importunados com as propostas de seus pacientes.

Partindo do pressuposto de que a relação médico-paciente gera um clima inevitável de intimidade o "Le Quotidien du Médecin" garante que, para uma mulher ansiosa e desejosa de atenções, esse relacionamento tende a se converter freqüentemente em um sentimento amoroso profundo. Nesse ponto para o médico deve soar o alarme. Ao primeiro sintoma (um sorriso particularmente doce ou certa indulgência ao desabotoar a blusa), o profissional atento deve tomar as medidas necessárias e imprescindíveis. O jornal sugere frases diretas, como por exemplo: "Sinto que você já não me considera apenas o seu médico, mas sabia que jamais poderei ser outra coisa".

A situação se complica quando surge a necessidade explícita de outro tipo de atenção. Diante do risco de ceder a tentação, convém enviar a paciente a outro colega, possivelmente do sexo feminino. "Em se cedendo à tentação", garante o "Le Quotidien du Médecin", viola-se a ética profissional e se comete um abuso de poder, já que a relação entre médico e paciente é desigual.

Para evitar essas situações no mínimos desagradáveis, o jornal convida os médicos a tentarem, desde o princípio, não ser galantes, nem se vestirem com muito esmero. Se apesar de todas estas precauções surgir esta situação e se cair na "armadilha dos sentimentos", o melhor é pedir um conselho a um colega mais maduro ou a um psiquiatra amigo. O "Le Quotidien du Médecin" não trata o outro lado da questão: o das mulheres que são importunados pelos médicos.

Transcrito da Gazeta do Povo 4/94

# **ATENÇÃO**

## **EVITE ABORRECIMENTOS**

### **"ANUIDADE ATRASADA"**

Os profissionais médicos inscritos de acordo com o que preceitua a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, em seu artigo 7º: "Ficarão obrigados ao pagamento de anuidade a serem fixadas pelo Conselho Federal de Medicina". Portanto, efetue contato com o Conselho Regional de Medicina do Paraná, a fim de verificar sua situação, evitando desta forma a cobrança das anuidades em atraso, mediante a inscrição de débito na Dívida Ativa, de acordo com o que determina a Resolução CFM nº 1240/87, em seu item 1º, que diz: "Recomendar aos Conselhos Regionais de Medicina que efetuem a cobrança das anuidades em atraso, tanto de pessoas físicas quanto jurídicas, mediante a inscrição de débito na Dívida Ativa da Autarquia com subsequente execução judicial, de acordo com o disposto na Lei nº 6.830/80".

## **Pessoa Física e Jurídica**

### **Valores das Anuidades - 1995**

**Resolução CFM nº 1.444/94**

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

CONSIDERANDO ser atribuições do Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina, a fixação do valor das anuidades e taxas devidas aos Órgão Fiscalizadores do Exercício da Profissão Médica;

CONSIDERANDO as propostas encaminhadas ao Conselho Federal de Medicina pelos Conselhos Regionais de Medicina sobre os valores da anuidade e taxas a serem cobradas às pessoas físicas e jurídicas, no sentido de assegurar aos órgãos fiscalizadores da atividade médica o desempenho de sua finalidade legal e de sua responsabilidade com a sociedade;

CONSIDERANDO o decidido pelos Conselhos Regionais de Medicina durante o Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina, realizado no dia 16 de setembro de 1994;

CONSIDERANDO o decidido pelo Plenário do Conselho Federal de Medicina, em Sessão realizada no dia 29 de setembro de 1994.

#### **RESOLVE:**

**Art. 1º - o valor da anuidade de pessoa física, no exercício de 1995, será de 192 (cento e noventa e duas) UFIR (Unidade Fiscal de Referência), que poderá ser paga da seguinte forma:**

1 - Pagamento em cota única até o dia 31 de janeiro de 1995, com abatimento de 10% (dez por cento) ou;

2 - Pagamento em 03 (três) parcelas iguais de 64 (sessenta e quatro) UFIR (Unidade Fiscal de Referência) com vencimentos em 31/01/95, 28/02/95 e 31/03/95,

respectivamente.

Parágrafo Único - É facultativo ao respectivo Conselho dispensar do pagamento, em cada ano, o profissional comprovadamente carente.

**Art 2º - Para os médicos que se inscrevem pela primeira vez em Conselho de Medicina o pagamento da anuidade obedecerá à seguinte tabela:**

Até 31/01/95	192 UFIR com 10% (dez por cento) de desconto
Até 28/02/95	176 UFIR
Até 31/03/95	160 UFIR
Até 28/04/95	144 UFIR
Até 31/05/95	128 UFIR
Até 30/06/95	112 UFIR
Até 31/07/95	96 UFIR
Até 31/08/95	80 UFIR
Até 29/09/95	64 UFIR
Até 31/10/95	48 UFIR
Até 30/11/95	32 UFIR
Até 29/12/95	16 UFIR

**Art. 3º - A anuidade de pessoa jurídica para o exercício de 1995 será cobrada de acordo com as seguintes classes de capital social:**

Até 5.000 UFIR	192 UFIR
Acima de 5.000 até 30.000 UFIR	288 UFIR
Acima de 30.000 até 130.000 UFIR	432 UFIR
Acima de 130.000 até 270.000 UFIR	648 UFIR
Acima de 270.000 até 1.300.000 UFIR	972 UFIR
Acima de 1.300.000 até 2.700.000 UFIR	1.458 UFIR
Acima de 2.700.000 até 5.300.000 UFIR	2.187 UFIR
Acima de 5.300.000 UFIR	3.280 UFIR

**Art. 4º - Após 31 de março de 1995 as anuidades para pessoa física e jurídica sofrerão os seguintes acréscimos:**

- multa de 10% (dez por cento) sobre o valor corrigido;
- juros de 1% (um por cento) ao mês sobre o valor corrigido.

Parágrafo único - os acréscimos serão calculados sobre o valor da anuidade em UFIR (Unidade Fiscal de Referência).

**Art. 5º - Serão os seguintes os valores das taxas a serem cobradas às pessoas jurídicas para o exercício de 1995:**

- Taxas de inscrição 192,00 UFIR
- Primeira via de certificado 40,28 UFIR
- Segunda via de certificado 40,28 UFIR
- Certidão 40,28
- Visto e alteração contratual 24,17 UFIR
- Visto e distrato social 24,17 UFIR
- Visto e retificação de contrato 24,17 UFIR

**Art. 6º - Não poderá ser cobrada nenhuma taxa para pessoa física no exercício de 1995. Assim, o médico está isento de qualquer cobrança por:**

- a - Inscrição no quadro de médicos;
- b - Expedição de carteirinhas;
- c - Inscrição no quadro de especialistas;
- d - Substituição de carteiras - 2ª via
- e - Expedição de cédula de identidade - 2ª via
- f - Certidões

**Art. 7º A cobrança da anuidade devida por pessoas físicas para o ano de 1995 será feita por meio de um sistema em que a parcela do Conselho Federal de Medicina será automaticamente em conta deste Conselho Federal no ato de seu recolhimento.**

**Parágrafo Único - Os Conselhos Regionais deverão repassar também de modo imediato ao Conselho Federal de Medicina as parcelas devidas referentes a anuidades e taxas por eles recebidas diretamente.**

**Art. 8º - Os carnets de cobrança serão emitidos e postados pelo Conselho Federal de Medicina;**

**Parágrafo Primeiro: Os Conselhos Regionais que tenham condições de emitir e postar os carnets de cobrança poderão fazê-lo, respeitados os termos do artigo 7º desta Resolução.**

**Parágrafo Segundo: Os Conselhos Regionais que optarem pelo disposto no Parágrafo Primeiro deste artigo deverão fazê-lo através de convênio com instituições bancárias oficiais, encaminhando cópia do mesmo ao Conselho Federal de Medicina até 30/12/94.**

**Art. 9º - Ocorrendo a hipótese de eliminação da Unidade Fiscal de Referência (UFIR), será utilizada outra unidade equivalente, sucedânea, estabelecida pelo Governo Federal para atualização monetária dos seus tributos.**

Brasília, 29 de setembro de 1994.

IVAN DE ARAÚJO MORA FÉ  
Cons. Presidente

HERCULES SIDNEI PIRES LIBERAL  
Cons. Secretário-Geral

**SEU TÍTULO DE ESPECIALISTA ESTÁ  
REGISTRADO NO CRM?**

**É ético?**

## **SANGUE CONTAMINADO COM AIDS COMPLICA EX-MINISTRA FRANCESA**

PARIS (AFP) - A ex-ministra socialista de Assuntos Sociais Georgina Dufoix foi considerada culpada ontem por cumplicidade na contaminação de sangue com o vírus da Aids que na década passada contagiou inúmeros franceses.

O ex-primeiro-ministro socialista Laurent Fabius e o ex-secretário de Estado da Saúde Edmond Hervé, também devem ser condenados pelo mesmo caso, amanhã e sexta-feira próximas, no contexto de uma nova instrução sobre este escândalo que espantou os franceses.

1.200 hemofílicos foram contaminados em 1985 com o vírus da Aids - dos quais 300 já morreram depois da decisão dos mais altos responsáveis pela saúde pública de deixar em circulação lotes de produtos sanguíneos cuja contaminação pelo vírus era conhecida.

Os altos funcionários diretamente responsáveis - o ex-diretor do Centro Nacional de Transfusão Sangüínea, o doutor Michel Garretta, e seu assessor, o doutor JeanPierre Allain - já foram condenados a penas de prisão efetiva num primeiro processo, sob a acusação de negligência. Depois foram de novo condenados, desta vez por contaminação.

Por muito tempo, as associações e famílias das vítimas exigiram que os responsáveis políticos da época dos fatos fossem julgados.

Georgina Dufoix classificou de "inconcebível" a condenação que sofre, ainda que tenha declarado que era importante para ela "poder se explicar".

A ex-ministra afirma que ela tinha "se esforçado por recolocar (os fatos) em seus contexto" e, em particular, em 1985, quando "não se sabia verdadeiramente o que era a Aids".

Em relação a sua condeção, Dufoix considerou que "era inconcebível imaginar que os ministros, na França ou no exterior, tenham tido a vontade de prejudicar". "Eu penso que há uma responsabilidade coletiva", disse.

A próxima audiência de Georgina Dufoix deve se realizar, segundo seu advogado, na segunda quinzena de novembro.

Os ex-ministros comparecem ante o Tribunal de Justiça da República, o único tribunal habilitado na França para julgar os crimes ou delitos cometidos por eles no exercício de suas funções.

*Transcrito da Gazeta do Povo de 28/ 9/ 94*



# ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 017/87

**DENUNCIANTE** - "Ex-Officio"

**DENUCIADO** - Dr. R.G.P.

**RELATOR** - Cons. Odair De Floro Martins

**REVISOR** - Cons. Hécio Bertolozzi Soares

**ACÓRDÃO** - 010/93

TRABALHO DE PARTO PROLONGADO - DANO IRREPARÁVEL AO FETO - MORTE - RESPONSABILIDADE DO MÉDICO - ARTIGO 29 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA.

**EMENTA:** Restando comprovado que o parto prolongado, apesar do diagnóstico de hidrocefalia, causou dano irreparável ao feto, resulta comprovada a responsabilidade do médico por infração ao artigo 29 do Código de Ética Médica.

DIREITO DA PACIENTE DE DECIDIR LIVREMENTE - IMPOSSIBILIDADE DE SEU ESTADO FÍSICO - DECISÃO DO MÉDICO - ARTIGO 48 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA - ABSOLVIÇÃO.

**EMENTA:** Se a paciente não se encontrava em condições de decidir, inexistente ofensa ao artigo 48 do Código de Ética Médica.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional nº 017/87, em que figura como denunciante o Conselho Regional de Medicina do Paraná e denunciado o Dr. R.G.P..

## ACORDAM

Os membros do Conselho Regional de Medicina do Paraná, por maioria, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em acolher a imputação feita ao denunciado, Dr. R.G.P., de infração ao artigo 29 do Código de Ética Médica e, por unanimidade, acompanhando os votos dos Senhores Relator e Revisor, em não acolher a imputação feita ao denunciado de infração ao artigo 48 do Código de Ética Médica, aplicando-lhe, por maioria, na forma do voto do Senhor Revisor a pena prevista na letra "b", do artigo 22, da Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, ou seja, "censura confidencial em aviso reservado", conforme Aia nº 716, de 13 de dezembro de 1993.

Curitiba, 14 de dezembro de 1993.

ODAIR DE FLORO MARTINS

Cons. Relator

WADIR RÚPOLLO

Cons. Presidente

HÉLCIO BERTOLOZZI SOARES

Cons. Revisor

Arq. Cons. Regional. Med. do PR.

11 (44): 219-227, 1994

# RECONHECIMENTO DA MEDICINA ANTROPOSÓFICA COMO PRÁTICA MÉDICA

## 1 - INTRODUÇÃO:

A Associação Brasileira de Medicina Antroposófica traz ao CFM extensa documentação acerca da história da Medicina Antroposófica, seus fundamentos, seus recursos terapêuticos, sua eficácia, com o objetivo de reconhecimento desta atividade como prática médica, entendendo-a como uma ampliação da arte de curar. Ao mesmo tempo, a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde solicita a este Conselho parecer técnico, para subsídios ao processo de reconhecimento oficial da Medicina e Farmácia Antroposófica. Por se tratar do mesmo tema, estes expedientes foram apensados. Iniciaremos a discussão transcrevendo texto fornecido pela Associação Brasileira de Medicina Antroposófica, com os seus argumentos.

## A - HISTÓRICO DA MEDICINA ANTROPOSÓFICA

Desde o começo, em 1920, a medicina antroposófica tem-se expandido lenta mas progressivamente.

Na Alemanha existem atualmente 9 hospitais reconhecidos pelo governo com cerca de 1.200 leitos ao todo, incluindo todas as especialidades, onde se pratica exclusiva ou predominantemente esta medicina. O número de internados por ano é cerca de 35.000 pacientes. Tais serviços são pagos pelo seguro social e particular. Há em torno de 6.000 consultórios de médicos que praticam exclusiva ou parcialmente esta medicina, o que significa o atendimento de 6.000 pacientes por ano. Este crescente interesse envolve hoje cerca de 18.000 médicos e estudantes de medicina na Alemanha.

Na Europa, a prática da medicina antroposófica está solidamente acentuada e atualmente vivemos numa fase de franca expansão no mundo inteiro.

A formação teórica nesta medicina é proporcionada através de cursos, encontros médicos, seminários e congressos dos quais participam tanto estudantes de medicina como médicos formados. A formação prática é realizada através do trabalho como médico residente nos hospitais, clínicas e consultórios médicos mencionados. Este impulso tem crescido a ponto de ser possível criar, na Alemanha, uma faculdade de medicina na qual, desde o início o estudante adquire o conhecimento do homem do ponto de vista antroposófico, ao lado do ensino científico convencional. Existem vários institutos de pesquisa, dois dos quais são especializados em câncer. Junto a tudo isto, há diversos laboratórios farmacêuticos que produzem medicamentos antroposóficos, uma farmacologia ampliada, exercida por profissionais especialmente formados para tanto. No Brasil, esta necessidade é suprida pela Weleda.

A primeira instituição no Brasil na qual se praticou esta medicina foi a Clínica Tobias, fundada em 1969, na cidade de São Paulo. Desde então este impulso tem crescido e, atualmente, já existem outras instituições praticando a medicina antroposófica, a saber: o *Therapeuticum Raphael* e a *Vivenda Sant'Anna*, ambos em

Juiz de Fora (Minas Gerais); a Artemisia, em São Paulo, onde se desenvolveu o trabalho para a reestruturação biográfica; a Casa do Sol, em São Paulo, orientada para o trabalho de crianças excepcionais, assim como o ambulatório médico da Favela Monte Azul e o Camphill do Brasil em Juiz de Fora.

Além destas instituições, existem vários consultórios ou clínicas médicas, ambulatórios médicos que desenvolvem um amplo trabalho em Porto Alegre, Belo Horizonte, Juiz de Fora, São Paulo, Rio de Janeiro, Florianópolis e outras cidades.

Para coordenar, proteger e favorecer o desenvolvimento desta medicina no Brasil, foi fundada, em 1982, a Associação Brasileira de Medicina Antroposófica. Entre as suas principais tarefas está o ensino deste impulso terapêutico através da organização de diversos tipos de cursos, que ocorrem principalmente no Centro Paulus de Estudos Goethe anísticos, em Parelheiros, São Paulo, mas também em outros lugares no Brasil. Outra tarefa visa ao reconhecimento oficial deste tipo de medicina, bem como fomentar a pesquisa da patologia e o estudo dos recursos naturais próprios do Brasil (plantas medicinais, minerais, etc). A Associação Brasileira de Medicina Antroposófica (ABMA) publica trimestralmente a revista 'Ampliação da Arte Médica', incluída no catálogo de publicações e revistas médicas da América Latina e do Caribe (BIREME).

## **B - A MEDICINA ANTROPOSÓFICA**

A medicina antroposófica baseia-se em um reconhecimento do ser humano, da natureza e do cosmo, que foi pesquisado e formulado por Rudolf Steiner no começo deste século e ao qual deu o nome de Antroposofia. O conhecimento científico convencional baseia-se em um método que consiste na divisão do objeto em estudo em partes cada vez mais elementares e simples para a pesquisa, pretendendo explicar a totalidade a partir da reestruturação mental dos conhecimentos obtidos pela pesquisa, pretendendo explicar a totalidade a partir da reestruturação mental dos conhecimentos obtidos pela pesquisa das partes. Mas o ser humano não é só a sua organização física, ele é também uma organização não física que se expressa nos conteúdos e atividades da alma e do espírito. O método científico desenvolvido pela antroposofia mostra que, sem a organização física, alma e espírito não têm expressão nem consciência, mas evidencia também que essa organização física é configurada e vivificada por estes. Ambos os aspectos, o físico e o anímico-espiritual, estão em uma relação recíproca que muda de acordo com a idade e o desenvolvimento da pessoa. O desequilíbrio nesta relação recíproca leva ao estado de doença. A organização física, portadora do elemento anímico e espiritual, não pode passar de um determinado limite nessa relação, do contrário surge um desequilíbrio; da mesma maneira, o elemento psicoespiritual, que está relativamente livre do físico na consciência, leva a uma doença quando se une exageradamente com este. Um verdadeiro conhecimento da patologia só pode ser atingido conhecendo exatamente e, deste ponto de vista, tanto os processos biológicos como os psicoespirituais e as suas relações recíprocas. neste sentido, a medicina antroposófica 'amplia' o conhecimento da medicina convencional com outros conhecimento obtidos por métodos de pesquisa diferentes.

Um conhecimento da saúde e doença que inclua esta imagem ampliada do homem e do cosmo possibilita uma terapia ampliada com outros princípios além dos da medicina convencional. Se lembrarmos que substâncias medicamentosas podem agir intoxicando o organismo e que estes estados de intoxicação se dão junto com mudanças em estados de consciência, então quando estudamos o efeito de uma substância do mundo exterior no organismo humano, veremos que essa substância, física na natureza, age mudando

um estado supra-físico ou anímico espiritual no homem. O fato de incluir estas mudanças anímico-espirituais na avaliação de um processo diagnóstico e terapêutico, e não apenas avaliar fatores biológicos, é uma importante característica da medicina antroposófica e uma contribuição importante da mesma para ampliação da arte médica.

O médico que pratica a medicina antroposófica sempre é um médico formado por uma faculdade oficialmente reconhecida. É vedada a atividade médica antroposófica no mundo inteiro a qualquer pessoa que não estiver habilitada como médico através das vias oficiais.

O médico antroposófico tem compromisso com a vida e com a saúde do paciente, e usa a antroposofia como o caminho de desenvolvimento que lhe amplie o conhecimento e suas medidas terapêuticas.

Ele não pratica uma "alternativa" do tratamento habitual, mas sim, aquela medicina que, dentro de seus conhecimentos, é o melhor caminho terapêutico para o paciente, o que em determinados casos, por exemplo, em situações de emergência, poderá ser idêntico ao da medicina convencional.

Por estas razões, o paciente que procura um médico antroposófico não se expõe a um risco maior do que aquele que procura um médico convencional.

### C - OS CORPOS ESSENCIAIS DO SER HUMANO

Os fenômenos que acontecem no organismo humano são diferentes dos que acontecem na natureza exterior: só nos cadáveres podemos ver processos semelhantes aos da natureza, só no cadáver agem as mesmas leis que vemos agir no mundo exterior; por isso, só nele podemos empregar os mesmos métodos analíticos para estudar a natureza. Não se entenderá nunca a natureza própria do organismo humano enquanto não se perceber que ele, na medida em que vive, sente e pensa, se subtrai permanentemente aos efeitos e atividades que encontramos na natureza. Isto significa que nele acontecem processos que não podem ser compreendidos pelos métodos científicos usados para o conhecimento do mundo exterior. Fazer do método científico convencional o único método possível de conhecimento significa renunciar a um conhecimento integral da natureza humana. Esse conhecimento precisa ser ampliado e, na sua ampliação, transformado por um outro conhecimento que se baseia numa capacidade de percepção abrangente, espiritual, uma percepção de totalidades, a ser desenvolvida pela alma humana. Esta capacidade de percepção existe em todos nós, potencialmente, da mesma forma que as capacidades anímicas da pessoa adulta existem potencialmente na criança.

Como já foi apresentado, temos um **corpo físico**, que é inanimado, material 'mineral' e submetido à gravidade, mas que durante a vida é subtraído do seu campo físico de ação. Todo corpo vivo, ao morrer, volta ao campo de ação física. Isto temos em comum com o mundo mineral. Além deste, o ser humano possui um 'corpo de vitalidade', que denominamos **corpo etérico** e que submete toda a substância física a um princípio biológico. este corpo etérico baseia-se na água e, através desta, toda substancialidade mineral é, em grande parte, subtraída da ação da gravidade. Através disto, este corpo etérico tem condições de plasmar substâncias dentro de tecidos e órgãos, formando organismos que apresentam um ciclo biológico, ou seja, uma forma que se transforma no decurso do tempo, que nasce, cresce, mingua, morre, deixando elementos de produção do mesmo ser, perpetuando-se assim dentro do tempo.

Os corpos vivos caracterizam-se também pelo fato de sempre se apresentarem em

uma totalidade que, se desmembrada, justamente "perde a vida". Um corpo orgânico, antes vivo e agora morto, submete-se totalmente às leis do mundo físico. Este corpo nós o temos em comum com o reino vegetal.

O corpo etérico é submetido, dentro do corpo humano, a um terceiro corpo: o corpo que nos permite ter sensações, como sede, fome, cansaço, vigor, que é portador dos impulsos volitivos, dos sentimentos e da nossa capacidade de pensar. Nós o chamamos de corpo astral.

O corpo astral tem dois lados: um voltado para os fenômenos da consciência de vigília e, assim, fortemente vinculado com o sistema nervoso; o outro voltado para o organismo biológico, onde configura os órgãos relacionados com as sensações primárias descritas, por exemplo, as glândulas de secreção interna.

O corpo astral não pode agir diretamente sobre o físico; entre ambos está o corpo etérico que amortece seus impulsos. Se a organização etérica está enfraquecida, o corpo astral agirá excessiva e diretamente sobre o corpo físico, o que é a causa de todas as doenças psicômáticas, das doenças degenerativas e das doenças de auto-agressão.

O corpo astral do ser humano é a base para a sua alma, ou seja, para as faculdades de pensar, sentir e querer. Este corpo nós o temos em comum como mundo dos animais, que também têm sensações como instintos, impulsos; eles também sentem dor, prazer, desejo e medo, sendo que, no ser humano, o corpo astral serve como base ao desenvolvimento das faculdades da alma; o querer, o sentir e o pensar.

Este corpo astral é submetido no ser humano a uma outra estrutura a um outro corpo, que chamamos **corpo do Eu**. Este faz com que, na alma do ser humano, se faça valer a entidade genuína e essencialmente humana, que é o seu 'Eu'. Nossa vida anímica, nossas vivências, lembranças, nossa biografia, tudo está como centrado em torno de um ponto central: 'Eu'. 'Eu' sou quem tenho estas experiências, sou 'Eu' quem penso, sinto e quero. Este 'Eu' é que faz o sentido das experiências.

Aqui encontramos este 'Eu' como uma quarta instância do lado das outras três e a que faz do homem um ser propriamente humano, não apenas um animal mais evoluído, um animal racional.

Temos o corpo físico em comum com os outros três reinos da natureza; o corpo etérico, em comum com as plantas e os animais; o corpo astral, com os animais. A organização do Eu, o corpo do Eu é que faz do homem justamente um homem e que confere à nossa organização biológica uma forma humana.

Os processos que em vida levam, a partir de dentro, a uma destruição da nossa existência corporal, não apenas a uma deformação dela, são processos vinculados a um enfraquecimento da nossa organização do Eu: as neoplasias malignas e a imunodepressão são exemplos drásticos desta condição.

Assim como a chamada organização etérica se faz presente na substancialidade física pela presença de água, a organização astral, que se expressa em nossas sensações e sentimentos faz-se presente em nosso organismo graças a existência do ar da respiração: não existem sensações, por mais primitivas ou mais elevadas que sejam, que não mudem o ritmo respiratório: é na mudança deste ritmo que ocorre o que se projeta na consciência como sensação. A organização do Eu faz-se presente na regulação dos processos calóricos e mudanças da temperatura corporal: nas doenças febris cíclicas, a organização do Eu comanda o quadro febril do paciente; quando a febre perde o caráter cíclico e se torna permanente, como acontece, por causas diversas, em pacientes

imunodeprimidos, temos o sintoma de uma organização do Eu muito enfraquecida; algo semelhante acontece em doenças em que frequentemente o paciente está subfebril, com temperaturas baixas, como muitas vezes é o caso em pacientes que sofrem de neoplasia maligna.

Estes quatro membros da entidade humana articulam-se de formas diferentes nos vários sistemas orgânicos.

#### **D - TRIMEMBRAÇÃO**

Ao observarmos a organização física do homem e mais especificamente examinarmos os órgãos e suas funções, veremos que através destas pode-se alcançar o conhecimento de que diversos órgãos formam uma unidade entre si. Através da observação dos órgãos sensoriais, reconhecer-se-á que todos eles tem algo em comum: transmitem à alma humana a noção de respeito do mundo ambiente (olhos, ouvidos, etc) e do próprio corpo (equilíbrio, tato, etc). Além disso, poder-se-á constatar que todos os órgãos sensoriais apresentam ligações e relações nítidas com os nervos e, portanto, com o cérebro. Não é enfim por acaso que os principais órgãos dos sentidos estão concentrados na cabeça e que nesta temos a maior massa nervosa, o cérebro. Por estas razões, esses dois grupos de órgãos podem ser resumidos em uma unidade funcional, o Sistema Neurossensorial. Em realidade, os órgãos sensoriais desempenham a função de portas e destinam-se a deixar passar algo com um mínimo de alteração. Para tal, a condição essencial é a inércia; eis porque a cabeça é a parte do corpo mais imóvel. A função normal do sistema neurossensorial não exige apenas a inércia, mas também uma temperatura moderada, ou seja, um certo frio, sendo extremamente sensível a um aumento de temperatura (febre).

Compreendemos porque as células nervosas e também as células dos órgãos sensoriais são as que apresentam menos vitalidade. Nessa esfera, quase não existe um crescimento real como expressão da vida; uma célula nervosa perde, logo após o nascimento, praticamente, sua capacidade de divisão. Devemos dizer que no sistema neurossensorial age justamente o oposto da vida, ou seja a morte.

Por outro lado, encontramos órgãos nos quais reina a tendência totalmente oposta, onde o movimento e o calor estão ligados entre si, como na atividade muscular e nas transformações metabólicas. Tais transformações não ocorrem apenas nos músculos e no fígado, mas também no intestino, nos rins e no sangue. A totalidade desses fenômenos e desses órgãos pode ser designada como Sistema do Metabolismo e dos Membros (Sistema Metabólico Motor). Contemplando esses dois sistemas, o neurossensorial e o metabólico-motor, verificar-se-á que não apenas seus órgãos principais são espacialmente separados, mas que as tendências descritas a todos os fenômenos são opostos. Se existissem esses dois sistemas apenas, eles estariam em constante rivalidade e suas funções extinguir-se-iam, como o calor e o frio reunidos resultam em um intermédio morno. Esse risco é eliminado pela existência de um terceiro sistema no ser humano, mediador entre os outros dois. O equilíbrio entre os dois sistemas não consiste apenas entre o pólo superior e o inferior, mas principalmente numa alternância temporal. Esta, por sua vez, resulta num ritmo. Todos os processos rítmicos no organismo participam dessa alternância temporal e podem, por isso, ser vistos em conjunto como Sistema Rítmico. De dia o homem está acordado e vive das forças do Sistema neurossensorial. À noite, durante o sono, desenvolvem-se os processos vitais propriamente ditos; ocorrem, de um modo geral, um aquecimento, uma vitalização, uma estimulação dos processos metabólicos. A atuação do

sistema rítmico é, portanto, reconhecida no tempo. Examinando-se o fenômeno mais de perto, compreende-se que o ritmo de vigília-sono é expressão da predominância, em cada caso, de um dos sistemas polares, ou seja, da atividade neurosensorial ou da atividade metabólica. Essa alternância ou ritmo pode ser visto, como em arque-imagem, no coração e no pulmão. É tão evidente a atividade rítmica destes órgãos que eles podem ser considerados como representantes do sistema rítmico. Na contração vive a dinâmica do sistema nervoso; na dilatação, a dinâmica do sistema metabólico. Cabe destacar que o essencial nesta tríplice organização do organismo humano aqui apenas esboçada - é ser ela a chave para a compreensão do conceito de saúde e doença.

## E - A TERAPIA

Toda substância que o organismo recebe do mundo exterior age nele provocando uma mudança supra-física que pode se expressar até em mudanças do estado de consciência. Assim, se considerarmos que o mundo mineral que hoje nos rodeia e, em grande parte, um produto da cristalização e mineralização de gigantescos processos e seres vivos da Terra em um longínquo passado, que desintegram através do tempo deixando mundo mineral que nos envolve (este não é apenas um conhecimento da Antroposofia, mas muitos fenômenos conhecidos pelas Ciências Naturais apontam nesse sentido), substâncias desta origem mineral, elaboradas como medicamentos, vão exercer dentro do organismo humano o efeito exatamente oposto àquele processo que lhes deu origem: em doenças 'desintegradoras' do organismo humano usaremos medicamentos elaborados com substâncias procedentes do mundo mineral; elas atingem a organização do Eu e fortalecem-na. Da mesma forma atuaremos sobre as outras organizações supra-físicas: sobre processos vinculados a partir de plantas; sobre processos vinculados à organização etérica, como medicamentos elaborados a partir de tecidos animais. Para se atingir estas esferas citadas acima torna-se imprescindível a utilização de vias de administração diferenciadas.

Assim, o sistema metabólico é atingido diretamente através da administração oral. O sistema neurosensorial, através da via externa: aplicação de pomadas, óleos, banhos e compressas. Finalmente, para atingirmos diretamente o sistema rítmico usamos a via externa injetável, subcutânea, intramuscular e endovenosa, bem como a ritmicidade de qualquer procedimento terapêutico citado acima.

Outros recursos podem ser utilizados para o tratamento de diversas doenças, entre as quais mencionaremos a massagem rítmica, as terapias artísticas e o trabalho sobre a biografia do paciente.

O uso de medicamentos em aplicações externas é agora compreensível se pensarmos que, por exemplo, através de um banho medicinal podemos influenciar a temperatura do organismo e assim ativar a organização do Eu, mudando um estado físico do paciente. A massagem rítmica, como o próprio homem indica, é uma técnica de massagem que age através do ritmo; ela age não só como um relaxante, por exemplo, mas especialmente sobre a nossa organização hídrica e sobre o corpo etérico; também ela exerce secundariamente um efeito sobre a relação do corpo astral com o organismo físico-etérico. Nas terapias artísticas (pintura, modelagem, desenho, etc), existe já um apelo maior à própria atividade e consciência do paciente no processo terapêutico, pois estas terapias colocam em movimento o corpo astral e o Eu, o que se acentua ainda mais com a Euritmia Curativa, uma terapia com movimentos especiais surgida da medicina antroposófica. O envolvimento pleno do próprio paciente, a partir do seu Eu, e assim

plenamente consciente, pode ser atingido a partir do trabalho sobre a própria biografia. Na reestruturação biográfica, o paciente (naturalmente o paciente adulto), com a ajuda de seu médico ou um terapeuta, é levado a entender a sua doença não como um puro infortúnio, mas como um acontecimento que tem um sentido dentro de sua biografia, um acontecimento muitas vezes vinculado com crises que não foram bem elaboradas, surgindo assim a doença que agora pode ser compreendida como destino.

Esta nova compreensão da doença como destino levou, dentro da medicina antroposófica, para um enfoque totalmente diferente do tratamento da criança excepcional. Esta terapia, ampliada por uma pedagogia terapêutica especial, constitui um capítulo importante desta forma de medicina. A partir do tratamento da criança foi desenvolvida também uma nova terapia dos problemas da fala conhecida como quirofonética\*.

## **F) OS MEDICAMENTOS ANTROPOSÓFICOS**

Os medicamentos antroposófico são produzidos por processos farmacêuticos e orientados pelos conceitos de Antroposofia, respeitando-se a natureza essencial e qualitativa das substâncias dos reinos vegetal, mineral e animal.

Estes medicamentos seriam classificados segundo sua origem:

a) Medicamentos de origem mineral:

- minerais de ocorrência natural
- substâncias químicas (preparados em laboratórios)
- Elaboraões especiais (matérias primas submetidas a processos farmacêuticos)

b) Medicamentos de origem vegetal:

c) Medicamentos de origem animal:

- preparados a partir de órgãos ou parte de órgãos de animais superiores, venenos, animais inferiores inteiros ou secreções fisiológicas.

d) Medicamentos combinados:

A Medicina Antroposófica usa os seguintes processos farmacêuticos:

Maceração, percolação, destilação, fermentação, torrefação, carbonização, incineração, expressão (esmagamento), dinamização, vegetabilização de metais, preparação de metais.

## **2 - EXEMPLOS DE TERAPEUTICAS E DE CONCEITOS ANTROPOSÓFICOS:**

a) Artigo do Dr. Antonio José Marques intitulado 'A bronquite e a Asma Intrínseca vasoconstrictiva tratada pela medicina Antroposófica': 'O pulmão, juntamente com o coração, estão situados na caixa torácica, realizando aí, a função rítmica do corpo humano - entre a sístole e a diástole, a expiração e a inspiração. Isto é o reflexo entre as tendências polares existentes na cabeça (sede do sistema Neurosensorial) e o abdômen (sede do sistema metabólico). Os dois sistemas polares assumem morfo-fisiologicamente processos opostos, que numa exacerbação de sua função peculiar, seja no excesso de atividade neurosensorial, quando pode desencadear um processo 'esclerosante' para o corpo, seja na hipertrofia do sistema metabólico, onde pode desencadear uma 'inflamação' para o corpo. Na terapêutica desta entidade, seriam usados medicamentos como Quercus TM, Acassia decurrens, cortex, Kallium carbonicum D3, viscum album, cydonea, banho hipotérmico, entre outros.

b) No informe nº 8 da série de publicações WALA, referente à poliartrite primária crônica (entendi que seria a Artrite Reumatóide), é dito que não existe diferença fundamental entre esta e a chamada poliartrite secundária crônica, que se apresenta após um ou mais acessos de febre reumática. Não é certamente o entendimento da medicina convencional.

c) Texto. O rim: contribuição para a compreensão de sua fisiologia e patologia. Indicações sobre terapêutica das enfermidades renais - Heinz Hartmut Vogel.

"O rim sintetiza e individualiza a corrente de substância construtora e a corrente respiratória conformadora"... "O rim se converte em órgão da subjetividade".

### **3 - VISITA ÀS CLÍNICAS ONDE SE PRÁTICA A MEDICINA ANTROPOSÓFICA**

Em outubro deste ano, tivemos a oportunidade de visitar dois centros que praticam a medicina antroposófica, ambos situados na cidade de São Paulo. O primeiro deles, a Clínica Tobias, que funciona em ampla casa residencial, adaptada para atendimento médico, atende uma clientela de maior poder aquisitivo, a se considerar o esmero da decoração e as instalações. Vi nesta clínica uma sala para realização de eletrocardiograma, quartos individuais, sala de massagem, posto de enfermagem, sala para pintura, consultórios médicos. O segundo, no ambulatório da Favela Monte Azul, com instalações naturalmente mais simples, atende a população da favela. Dispõe de consultório, sala de parto, farmácia, sala de massagem, sala para pintura, consultório dentário.

Conversei com vários médicos. Fui informado que praticam a medicina oficial nos hospitais em que atuam. Usam os recursos propedeuticos com os quais estamos acostumados.

Pelo que pude entender, a medicina antroposófica usa diversos elementos na terapêutica. Usa técnicas de psicanálise, de terapia ocupacional (escultura, pintura), de relaxamento (massagens, banhos, bandagens); usa medicamentos homeopáticos e, inclusive, os medicamentos officinais. A minha interpretação da conceituação de "ampliação da arte curar" pretendia pela medicina antroposófica está no fato de que esta prática procura resgatar um conhecimento, um entendimento do paciente ou do indivíduo em seu contexto bio-psico-social. Algo que nós médicos temos perdido no decorrer dos anos e que, de forma equivocada estamos nos especializando em tratar doenças, deixando o indivíduo de lado.

### **CONCLUSÃO**

Entendo não dispormos de elementos que caracterizem a Medicina Antroposófica como uma nova forma de prática médica. Observando os conceitos contidos nos artigos científicos a nós enviados, entendo que a Medicina Antroposófica procura uma certa semelhança com os termos usados na medicina alopática, embora se diferencie extremamente nos aspectos relacionados à patogenese, fisiopatologia e terapêutica medicamentosa. Alguns de seus métodos terapêuticos são usados freqüentemente em nossa prática diária - psicanálise, terapia ocupacional, terapia artística, relaxamento, massagens, banhos, bandagens.

Acerca da terapia medicamentosa, entendo que o CFM deve recomendar aos médicos que usem os chamados medicamentos antroposóficos com extrema cautela, evitando abandonar terapêuticas já sedimentadas, por alternativas desprovidas de

experimentações baseados nos métodos científicos. Cabe a mesma recomendação em relação ao anúncio de doenças cujo tratamento não interfere com sua história natural. Certamente, o mesmo poderia ser dito em relação aos medicamentos homeopáticos.

No que tange aos medicamentos antroposóficos, entendo que o Ministério da Saúde deve proceder a estudo de eficácia de cada um deles, à luz de suas indicações clínicas e dos resultados dos estudos clínicos já disponíveis. Após tais análises, teria aquele Ministério fundamentos seguros para disciplinar o uso destes medicamentos no território nacional.

Este é o parecer s.m.j.

BRASÍLIA-DF, 22 de novembro de 1993.

Nilo Fernando R. Vieira  
Cons. Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 10/12/93

**Testemunhas de Jeová**

## **MORRE AO RECUSAR TRANSFUSÃO DE SANGUE**

RIBEIRÃO PRETO-SP (AE) - A família da dona-de-casa Maria Júlia Oliveira, de 62 anos, está responsabilizando a Igreja dos Testemunhas de Jeová pela sua morte, por hemorragia, na quinta-feira, em Morro Agudo, no interior de São Paulo. Ela se recusou a fazer uma transfusão de sangue, proibida pela religião.

Maria Júlia teve sangramento por causa da mordida de um cachorro e o quadro evoluiu para uma hemorragia.

No hospital, ela chegou a assinar um documento para eximir os médicos de qualquer responsabilidade, o que revoltou os filhos, que reclamam não terem sido

comunicados sobre a decisão. Foi tudo feito entre eles, denunciou Aparecido de Oliveira.

Ela sabia dos riscos, justificou um dos dirigentes da Igreja, José Maria Alves Queiroz. Mas também sabia que, mesmo morrendo agora, poderia ter mais para frente uma outra eternidade através da ressurreição, disse ele. O delegado Antônio Giordani abriu inquérito para apurar as responsabilidades e disse que este não foi o primeiro caso.

Transcrito de O Estado de São Paulo 4/94.

## Parecer CFM

# QUEM DEVE PAGAR ANUIDADE AO CRM?

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo, através de seu Presidente, pede audiência a esta Consultoria Jurídica sobre as seguintes indagações:

**"a) o profissional inscrito secundariamente neste Regional, está obrigado a recolher suas anuidades em qual Conselho?**

**b) está o profissional médico que não exerce a Medicina, mas, titular de uma cadeira de Professor no Curso de Medicina, obrigado ao pagamento de suas anuidades?**

**c) quais as circunstâncias em que o médico fica isento, de recolher suas anuidades junto ao Conselho, exceto os que estão explícitos em Lei?"**

Em respondendo a primeira indagação há de se dizer que o médico deve recolher anuidade no Conselho em que estiver inscrito, seja a inscrição primária ou secundária.

No que tange à segunda indagação o médico professor, inscrito no Conselho, é obrigado, por determinação legal, a recolher sua anuidade, a não ser que cancele o seu registro e fique tão somente na cátedra. Aliás, qualquer pessoa inscrita, ex-vi do artigo 7º do Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, é obrigada ao pagamento de anuidade.

Respondendo a última indagação somente não recolhe anuidade o médico militar que não exerce a profissão como civil. A excepcionalidade se restringe a este caso.

É o que nos parece.

Brasília, 22 de março de 1989

Hamilton de Araújo E Souza  
Consultor Jurídico

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 04/08/89

Nota: Resolução CFM 277/66

"Será obrigada a inscrição nos Conselhos Regionais aos membros do Corpo Docente das Instituições de Ensino Médico que exerçam atividades que impliquem no exercício da profissão."

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Gestão 1993/1998

## COMISSÕES DE TRABALHO DO CRM-PR

### 1. COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Presidente: Cons. Roberto Bastos de Serra Freire  
Cons.ª Ana Zúmira Eschholz Diniz  
Cons. Antonio Carlos Bagatini  
Cons. Mário Lobato da Costa  
Cons. Moacir Pires Ramos  
Cons. Donizete Dimer Giambardino Filho

### 2. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Presidente: Cons. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão  
Cons. Álvaro Rêa Neto  
Cons. Luiz Carlos Sobania  
Cons.ª Wilma Brunetti  
Cons.ª Zaira Lúcia Letchacovski de Mello

### 3. COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Presidente: Cons. Hélio Bertolozzi Soares  
Cons. Antonio Katsumi Kay  
Cons.ª Marília Cristina Milano Campos  
Cons. Ricardo Rydygier de Ruediger  
Cons. Zacarias Alves de Souza Filho

### 4. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS - CODAME

Presidente: Cons. Agostinho Bertoldi  
Cons. Donizete Dimer Giambardino Filho  
Cons. Ivan Pozzi (Londrina)  
Cons. Mário Luiz Luvizotto  
Cons.ª Mara Albanei Dedeque Pianovski

### 5. COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Presidente: Cons.ª Eleusis Ronconi de Nazareno  
Cons. João Batista Marchesini  
Cons. Mônica De Biese Wright Kastrup

### 6. COMISSÃO DE REMUNERAÇÃO MÉDICA

Presidente: Cons. Marcos Flávio Gomes Montevagro  
Cons. Carlos Castello Branco Neto  
Cons. José Carlos de Miranda  
Cons. Luiz Jacintho Siqueira (Ponta Grossa)  
Cons.ª Mônica De Biese Wright Kastrup  
Cons. Nelson Antonio Baruffati Filho (Foz do Iguaçu)

### 7. COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS SECCIONAIS

Presidente: Cons. Gerson Zafalon Martins  
Cons. Gilberto Sacilotto (Guarapuava)  
Cons. Luiz Sallim Emed  
Cons. Odair de Floro Martins

### 8. COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO

Presidente: Cons. Daebes Galati Vieira  
Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Cons. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão  
Cons. Alberto Accioly Veiga

### 9. CORREGEDORIA DO CRM/PR

Cons. Miguel Ibrahim Abboud Hanna Sobrinho  
Cons. Odair de Floro Martins

### 10. COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO, RECURSOS HUMANOS E PATRIMÔNIO

Presidente: Cons. Gerson Zafalon Martins  
Cons. Daebes Galati Vieira  
Cons.ª Mara Albanei Dedeque Pianovski

### 11. COMISSÃO DE LICITAÇÃO E LEILÃO

Presidente: Gerson Zafalon Martins  
Cons.ª Ivanira Maria Martins  
Cons.ª Mônica De Biese Wright Kastrup

### 12. COMISSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS

Cons. José Carlos de Miranda  
Cons.ª Mônica De Biese Wright Kastrup

## DELEGACIAS REGIONAIS

### DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA

Dr. Ivan Pozzi (Presidente)  
Dr. José Luiz de Oliveira Camargo (Secretário)  
Dr. Junot Cordeiro  
Dr. Antonio Celso Busnardo  
Dr. Carlos Alberto Dorotheu Mascarenhas  
Dr. Edgard Luiz Westphalen  
Dr. João Henrique Steffen Junior  
Dr. Luiz Carlos Polonio Oliveira  
Dr. Mário Tadeu Inia  
Dr. Síneio Moreira Junior  
Dr.ª Sueli Aparecida Kuback Górla  
Dr. Walter Marcondes Filho

### DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

Dr. Nelson Couto Rezende  
Dr. Karmel Jorge Charrmas (Presidente)  
Dr. Dacymar Caputo de Carvalho (Vice-Presidente)  
Dr. Mineo Okawa  
Dr. Giancarlo Sanches (Secretário)  
Dr. Paulo Afonso de Almeida Machado  
Dr. Natel Domingos Gianotto  
Dr. Mário Massaru Myazeto  
Dr. Cláudio Cordeiro Albino  
Dr. Oswaldo Rodrigues Trulle (Tesoureiro)  
Dr.ª Maria Tereza Coimbra  
Dr. Murilo Narcisc

## DELEGACIAS SECCIONAIS

### DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

Dr. Achilles Buss Junior (Presidente)  
Dr. Luiz Jacinto Siqueira (Secretário)  
Dr. Isaac Silva Melnick (Colaborador)  
Dr. Enio Garletti (Suplente)  
Dr. Fernando José Puppi (Suplente)  
Dr.ª Mari Marcias Techy (Suplente)

### DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

Dr. Gilberto Sacilotto (Presidente)  
Dr. Manoel Luiz Brum (Secretário)  
Dr. Argos Van Linsingen (Colaborador)  
Dr. Antonio Franca de Araújo (Suplente)  
Dr.ª Iara Rodrigues Vieira (Suplente)  
Dr. Libero Mezzadri Neto (Suplente)

### DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

Dr. Sylvio José Borela (Presidente)  
Dr. Ildelfonso Amoadó Canto (Secretário)  
Dr. Eduardo Ernesto Obrzut Filho (Colaborador)  
Dr. João Petry (Suplente)  
Dr. Paulo Roberto Mussi (Suplente)  
Dr. Cesar Augusto Macedo de Souza (Suplente)

### DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

Dr. Antonio Carlos de Andrade Soares (Presidente)  
Dr. Keith de Jesus Fontes (Secretário)  
Dr. Tomaz Massayuki Tanaka (Colaborador)  
Dr. Namir Cavalli (Suplente)  
Dr. Faustino Garcia Alferes (Suplente)  
Dr. Luiz Roberto Gonçalves Mello (Suplente)

### DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

Dr. Luiz Antonio de Mello Costa (Presidente)  
Dr. Guilherme Antonio Schmidt (Secretário)  
Dr. Fumiyó Sakabe (Colaborador)  
Dr. Nilson de Almeida (Suplente)  
Dr. Roberto José Linarth (Suplente)  
Dr. Ronaldo Borges Pereira (Suplente)