

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina do PR

PORTE PAGO

DR/PR

ISR - 48-189/84

ISSN 0104 - 7620

CTA

IMPRESSO v. 12, n. 45 - janeiro / março - 1995

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:	Consª. Mara Albonei Dudeque Pianovski
Tesoureiro-Adjunto:	Cons. Gerson Zafalon Martins

MEMBROS EFETIVOS

Dr. Agostinho Bertoldi
Dr. Daebes Galati Vieira
Dr.ª 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.ª Mara Albonei Dudeque Pianovski
Dr. Marcos Flávio Gomes Montenegro
Dr. Mário Lobato da Costa
Dr.ª 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 SUPLENTE

Dr. Adolar Nicoluzzi
Dr. Álvaro Réa Neto
Dr. Alberto Accioly Veiga (*)
Dr.ª 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.ª 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.ª Wilma Brunetti (*)
Dr.ª Zaira Lúcia Letchacovski de Mello

Consultor Jurídico: Adv. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque

Assessor Jurídico: Adv. Afonso Proença Branco Filho

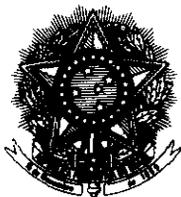
(*) Licenciado

(**) Falecido

SECRETARIA

R. Mal. Deodoro, 497 - 3º Andar - Cx. Postal 2208 - Curitiba - Paraná - CEP 80020-320

Telefone: (041) 223-1414 - Fax: (041) 223-1829



ISSN 0104 - 7620

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq. Cons. Region. Med. do PR.	Curitiba	v. 12	Nº 45	p.1 - 56	Jan. / Mar.	1995
--------------------------------	----------	-------	-------	----------	-------------	------

EDITOR

Ehrenfried O. Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Carlos Elike 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

12.000 exemplares

EDIÇÃO

Trimestral

Sumário

Necrológico

Restrinja o uso de anfetamina.....	1
É o alcoolismo um vício, hábito ou uma moléstia?	2
Pode o médico ser contratado como psiquiatra?	6
Quem é o responsável pelas internações psiquiátricas compulsórias e vistorias periódicas de hospitais psiquiátricos?	8
Adeptos da seita 'Santo Daime' e o uso da banis teriopsis caapi e psicotria viridis.....	11
O papel da ética nas organizações	13
Regulamentação para o fornecimento da lâminas de anatomia patológica para revisão por outro médico.....	17
Processo ético-profissional nº 014/ 89	20
Como proceder quando o réu é revel?	21
Eletroconvulsoterapia	23
Processo ético-profissional nº 015/ 91	24
Perito médico. Competência e obrigatoriedade de CRM em indicar perito	25
Processo ético-profissional nº 005/ 86	26
Greve na área médica	28
Quebra de sigilo médico em parceiros sexuais de pacientes com doenças sexualmente transmissíveis	30
Tempo de arquivamento de prontuário de criança	33
Quebra de sigilo profissional envolve perícias.....	35
Prazo que uma empresa médica ou seu responsável técnico deve manter arquivado as requisições, laudos, peças, lâminas, etc.....	37
Aplicações aos laboratórios de análises clínicas da responsabilidade técnica das organizações hospitalares e de assistência médica.....	40
Fornecimento de lentes de contato aos pacientes	43
Ausência de conselheiro relator na sessão de julgamento do processo ético-profissional. Possibilidade de efetuar-se à sua substituição	44
Médico da eutanásia escapa de processo.....	46
Integralidade da cobertura assistencial pelas empresas de assistência à saúde	47
O direito da médico requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina.....	51
Assistência judiciária gratuita praticada pelo médico	52
AMB - Conselho aprova título com realce para habilitação.....	53
Há impedimento técnico e profissional para o médico portador de discromatopsia de realizar exames para fins de obtenção à carteira nacional de habilitação	55
Errata	56

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 - ISSN 0104 - 7620.

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 cartinina: 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.

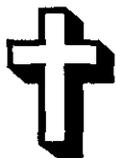
Exemplo: LANGE, O. - O líquido cefalorraquidiano em clínica. Melhoramentos, São Paulo, 1937.

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

NECROLÓGICO



Dr. José Carlos Ross
Ex-presidente do CRM/ PR
Gestão de Maio/ 76 - Outubro/ 83
08/ 03/ 31 - 15/ 02/ 95



Dr. Pedro Emílio Cerqueira
Lima Neto
Ex-Presidente do CRM/ PR
Gestão de Outubro/ 73 -
Março/ 76
30/ 03/ 1918 - 09/ 01/ 95

O Conselho Regional de Medicina do Paraná comunica e lamenta a perda dos colegas ex-presidentes que foram dois grandes trabalhadores e engrandecedores da classe médica e que pautaram suas vidas pelo cumprimento ético da profissão.

ANUIDADES - ATENÇÃO

SENHORES MÉDICOS,

Por iniciativa do Conselho Federal de Medicina vem sendo encaminhadas aos colegas cobranças simultâneas da anuidade de 1995, por meio de cota única (192 UFIR) e/ ou parcelas (3x 64 UFIR).

Solicitamos aos que já honraram seu pagamento, mediante cota única (192 UFIR), que ignorem os avisos subseqüentes de parcelamentos.

Comunicamos ainda que estamos solicitando ao Conselho Federal de Medicina a racionalização da cobrança, evitando assim gastos e aborrecimentos desnecessários, bem como que utilize a listagem atualizada de endereços, o que infelizmente não foi observado neste encaminhamento.

A DIRETORIA DO CRM/PR.

Nota: A respeito de Anuidades, veja "Arquivos" nº 44.

MAIS UMA ESCOLA DE MEDICINA NO PARANÁ?

- Qual a sua opinião?
- Qual a opinião dos órgãos representativos da classe médica?
- Porque mais uma?
- Você está satisfeito com a qualidade de formação das já existentes?
- É apenas mais uma vez, somente um ato de interesse político regional?
- Qual o interesse da população do Estado?
- Quem foi consultado, você sabe?

RESTRINJA O USO DE ANFETAMINA

Resolução CFM nº 1.404/ 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 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o uso de anfetaminas isoladamente ou em associação com benzodiazepínicos, diuréticos, hormônios e laxantes com finalidade exclusiva de tratamento da obesidade ou de emagrecimento tem causado graves riscos à saúde humana, podendo provocar dependência e inclusive acarretar a morte;

CONSIDERANDO que essas associações medicamentosas não possuem fundamentação ou amparo científico para as finalidades terapêuticas supra mencionadas;

CONSIDERANDO o consumo excessivo de drogas tipo anfetaminas, que atinge no Brasil cifras alarmantes;

CONSIDERANDO o parecer do Grupo de Estudos Assessor da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde para o Estudo dos Medicamentos Anorexígenos aprovado pela Comissão de Assessoramento em Medicamentos e Correlatos-CRAME, da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

CONSIDERANDO o Parecer nº 04/ 93, do Conselho Federal de Medicina, aprovado em Sessão Plenária de 10 de março de 1993;

CONSIDERANDO que "o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional". (Art. 2º do Código de Ética Médica).

CONSIDERANDO que "é vedado ao médico: Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência". (Art. 29 do Código de Ética Médica).

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária do dia 11 de março de 1994.

RESOLVE:

1 - Vedar aos médicos a prescrição para uso simultâneo de drogas tipo anfetamina com um ou mais dos seguintes fármacos: benzodiazepínicos, diuréticos, hormônios ou extratos hormonais e laxantes, com finalidade de tratamento da obesidade ou de emagrecimento, tanto em associação como isoladamente.

2 - Recomendar aos médicos que restrinjam o uso das anfetaminas, como monodrogas, aos casos absolutamente indicados, seguindo rígidos critérios técnico-científicos.

Brasília-DF, 11 de março de 1994.

Ivan de Araújo Moura Fé
Cons. Presidente

Hércules Sidnei Pires Liberal
Cons. Secretário Geral

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/ 03/ 94

É O ALCOLISMO UM VÍCIO, HÁBITO OU UMA MOLÉSTIA?

Parecer CFM

I - RELATÓRIO

A presente consulta teve origem em ofício, procedente do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, dirigido ao Presidente do Conselho Federal de Medicina, solicitando parecer sobre questionamentos feitos àquele colegiado pela 4ª Subprocuradoria Geral do Distrito Federal, nos seguintes termos: **"Mas seria o alcoolismo sempre: a - uma moléstia?, b - ou também pode ser um vício?, ou c- dependendo das circunstâncias, pode ser uma coisa ou outra?. No caso da última hipótese "c", que exames complementares deveremos requerer, visando estabelecer se "vício ou moléstia?"**".

O consulente justifica o pedido informando que aquela Subprocuradoria Geral do Distrito Federal trata, entre outros assuntos, das "questões de pessoal" das duas corporações militares do DF. - Corpo de Bombeiros e Polícia, e, nesta questão, tem que emitir pareceres jurídicos acerca de reformas de militares cuja causa seria a "síndrome da dependência ao álcool".

Além disso, o consulente faz várias considerações a respeito do alcoolismo e cita as normas brasileiras que tratam do assunto. Finaliza, a missiva, solicitando a posição do CRM-DF, a respeito da conceituação médica do alcoolismo.

II - PARECER

Antes de responder ao questionamento feito, teceremos, para um entendimento das questões suscitadas, as considerações seguintes:

O Álcool afeta a saúde sob múltiplas formas, sobretudo colaborando para a decadência humana.

Estudiosos do assunto afirmam que o álcool tem sido um poderoso agente da criminalidade, com amplas e negativas repercussões sobre a família, e, em particular, sobre a prole. É considerado e aceito, atualmente, como um fator importante de desagregação pessoal familiar e social, tendo em vista as suas graves conseqüências biopsicossociais.

O álcool foi usado em quase todas as sociedades em seus períodos evolutivos, por motivos religiosos ou curativos e cerimoniais, tendo, hoje, o seu uso mais disseminado. É, portanto, uma das patologias sociais mais antigas.

O Alcoolismo é um fenômeno mundial generalizado e encontra-se em nações em qualquer fase de desenvolvimento sócio-econômico, não sendo, somente, produto de grandes centros urbanos mas também da zona rural.

O uso indiscriminado e abusivo do álcool, cada vez mais difundido no Brasil e em outros países, inclui-se no campo das patologias sociais.

A utilização do álcool, variável em todos os países, é, hoje, feita por 40 a 80 por cento da população adulta, oscilando seu consumo médio, por habitante, ao equivalente a um litro de vinho ou dois decilitros de aguardente. Pode-se afirmar que, hoje, o uso do álcool alcança níveis insuportáveis para a realidade sócio-econômica e sanitária das sociedades e dos países.

Em pesquisa feita no Brasil, em 1979, constatou-se que o número de pessoas que faziam uso indiscriminado e abusivo do álcool era de 5 (cinco) milhões de indivíduos, o que representa em torno de 4% da população total do País naquela época. Considerando que esses usuários se situavam, a maioria deles, na faixa etária entre trinta e quarenta anos, podemos concluir sobre sua representatividade, não só como problema individual e familiar como principalmente, de saúde pública.

Pesquisas mais recentes revelam que a quantidade de usuários do álcool aumentou significativamente, em números absolutos e relativos, sobretudo na população mais jovem.

Estudos epidemiológicos recentes sobre o consumo de álcool e alcoolismo revelam sua associação às principais causas de mortalidade, inclusive com a AIDS, e, no Brasil, tem sido a terceira causa de aposentadoria por invalidez e o segundo lugar entre as doenças mentais.

Atualmente, o alcoolismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde como um grave problema de saúde pública e uma **doença** de natureza complexa, na qual o álcool atua como fator determinante sobre causas psicossomáticas pré-existentes no indivíduo.

Nas classificações e diretrizes do Código Internacional de Doenças - CID 10, a lista de categorias das doenças inclui entre F10 e F19 os transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas, sendo F10 a categoria dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool. Essa categoria contém uma ampla variedade de transtornos que diferem em gravidade (de intoxicação aguda não complicada e uso nocivo até transtornos psicóticos óbvios e demências) que são atribuíveis ao uso do álcool.

Existem, basicamente, três critérios que fundamentam as definições e conceitos de alcoolismo. O primeiro, baseia-se nas conseqüências da ingestão alcólica para o indivíduo e a sociedade; o segundo, no padrão de consumo de álcool e, ainda, o terceiro critério, o tipo de resposta fisiopatológica individual face ao álcool.

Para a Associação Médica Americana, o alcoolismo é uma **enfermidade** que se caracteriza pela elevada compulsão para o consumo de álcool e a perda do controle sobre o seu uso, podendo chegar à intoxicação uma vez iniciada a sua ingestão. O seu uso pode ser progressivo, tornar-se crônico e com tendências a recidivas. Em geral, leva à incapacidade física e a desajustes emocionais, ocupacionais ou sociais como conseqüência direta do seu uso persistente e excessivo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu que o alcoolismo é toda ingestão de álcool que excede ao consumo tradicional, aos hábitos sociais da comunidade considerada, quaisquer que sejam os fatores etiológicos responsáveis e qualquer que seja a origem desses fatores: a hereditariedade, a constituição física ou as influências fisiopatológicas e metabólicas adquiridas.

A Lei 8.112/90 (Regime Jurídico Único dos Servidores Federais) revogou a Lei 1.711/52 (Estatuto do Funcionário Público) e, portanto, não há mais a previsão da pena da demissão para o servidor público alcoolista.

Dessa forma, se a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), o Código das Contravenções Penais (CCP) e o Código Penal Brasileiro (CPB) ainda continuam penalizando o alcoolista é porque, neste aspecto, no mínimo, estas legislações estão ultrapassadas e não evoluíram com o avanço das ciências e o desenvolvimento da medicina. Portanto, para que se tornem mais justas, essas normas precisam ser reformuladas, adequando-se à realidades científicas e sociais deste final de século.

Segundo Ives Policier, o alcoolismo é uma doença onde há uma tríplice conotação: "a moral, que é denunciadora do escândalo social e da perda de liberdade; outra, científica,

explorando cada vez mais profundamente a intoxicação e suas desordens e finalmente, a psicológica, onde são colocados os problemas das relações entre desejo e abuso". Para esse autor, a experiência alcoólica leva consigo um negativismo fundamental ameaçador e claramente percebido por todos, menos por quem se alcooliza.

Atualmente, o alcoolismo é considerado uma doença complexa, não só por suas causas como também por suas conseqüências e o alcoolista é um indivíduo que precisa de tratamento. Desse modo, podemos concluir que o alcoolismo **é uma doença** não só físico-orgânica, mas, principalmente, de ordem psicossomática, onde impulsos psíquicos levam à busca do álcool para a solução de dificuldades interiores, conscientes ou inconscientes que o indivíduo possui. O alcoolista, conseqüentemente, é um dependente e por si só não pode escolher livremente entre beber e abster-se, pois seu comportamento autodestrutivo escapa à sua vontade.

O alcoolista é, atualmente, reconhecido como **doente** pela Organização Mundial de Saúde. Portanto, é assim que deve ser visto e tratado e não mais através de conceitos punitivos ou moralistas, que não resolvem e, ao contrário, agravam a doença.

O diagnóstico da doença alcoolisma não é tão fácil. Necessário se faz que a relação médico-paciente seja plena de confiança mútua, pois é raro que a queixa inicial de um paciente, o motivo da consulta seja o álcool ou o alcoolismo. É preciso que se conheça bem a história de vida do examinando, pois a doença alcoolismo apresenta as seguintes fases diagnóstico - evolutivas: 1ª fase - PRODÔMICA; 2ª FASE - CRUCIAL ou BÁSICA; 3ª FASE - CRÔNICA.

Para fins médico-legais, o alcoolismo agudo ou embriaguês deve ser determinado pela alcoolemia de rotina, associada ao exame clínico do paciente, podendo usar-se o eletroencefalograma para complementar.

O uso crônico do álcool modifica o metabolismo humano e os exames laboratoriais clínicos mostram alterações dos lipídios, hidratos de carbono e ácido úrico que podem surgir precedendo as alterações somáticas do fígado e pâncreas. Quando já existem lesões hepáticas graves há um aumento da reserva alcalina e da uréia no sangue. No alcoolismo crônico, poderão estar alteradas as enzimas séricas: transaminase: glutâmico oxalacética (TGO) e glutâmico piruvica (TGP), bem como a fosfatase alcalina, as bilirrubinas e a eletroforese de proteínas. Podemos ainda encontrar alterados: a atividade de protombina, os números de leucócitos e plaquetas, a glicose e amilase sangüínea e os 17 cetosteróides.

Os testes psicométricos para o diagnóstico do alcoolismo se distribuem em três grupos: escalas de inteligência; testes psicomotores; e testes projetivos de personalidade.

A investigação da psicomotricidade é mais importante para o diagnóstico do alcoolismo do que para aferição da personalidade e da inteligência. Nestes casos, um dos testes ideomotor mais indicado é o MIOCINÁTICO (PMK) de Mira Y Lopez. Como testes projetivos de personalidade utiliza-se com bons resultados, para o diagnóstico de alcoolismo, os testes projetivo (TAT; Rosenzweiz e 16 PF), além do psicodiagnóstico de RORSCHARH e o MMP! (Minnessota Multiphasic Personaty Inventory).

No entanto, os resultados dos testes psicológicos devem ser correlacionados com os exames médicos e, principalmente, neurológicos. Uma conclusão de suma importância para o estudo das lesões orgânicas e análise projetiva da personalidade não deverá basear-se em resultados psicoclínicos de um só instrumento. As correlações clínico-neurológicas e as de uma bateria de testes fazem-se necessárias para uma visão global do alcoolista.

O diagnóstico eletroencefalográfico deve ser feito rotineiramente em casos de alcoolismo.

O estudo do alcoolista se completa com a anamnese minuciosa, rigoroso exame físico e bem cuidado exame psíquico. Em alguns casos poderá ser complementado com os seguintes exames subsidiários: 01 - alcoolemia; 02 - eletroencefalografia; 03 - liquor cefaloraquidiano; 04 - pneumocefalografia e ou tomografia cerebral computadorizada; 05 - testes psicológicos; 06 - outros exames laboratoriais, já citados anteriormente.

III - CONCLUSÃO:

Isto posto, passamos a responder às questões formuladas. Mas seria o alcoolismo sempre: a - uma moléstia; b - ou também pode ser um vício?; ou c - dependendo das circunstâncias, pode ser uma coisa ou outra? No caso da última hipótese "c", que exames complementares deveremos requerer, visando estabelecer se "vício" ou "moléstia"?

Respostas:

a) O alcoolismo é sempre uma **moléstia**.

b) Vício é defeito grave, inclinação para o mal, conduta voluntária ou costume nocivo condenável.

O álcool, como outras substâncias químicas psicoativas, quando há ingestão continuada faz desenvolver-se o fenômeno da dependência física e psíquica do organismo do usuário àquela substância, caracterizando-se assim a doença alcoolismo.

Desse modo, o alcoolismo nunca pode ser um **vício**, pois a relação entre o álcool e o usuário é de dependência involuntária e quase sempre, inconsciente deste àquele.

c) prejudicada.

d) prejudicada.

Este é o meu parecer s. m. j.

Brasília, 13 de setembro de 1994.

Tarcísio de Almeida Pimentel
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 30/ 09/ 94

PODE O MÉDICO SER CONTRATADO COMO PSQUIATRA?

Parecer CFM

A presente consulta tem origem em ofício nº 034/ 94 da Secretaria de Estado da Saúde de Tocantins, dirigido ao Presidente do Conselho Federal de Medicina, nos seguintes termos:

"Cumprimento-o ao mesmo tempo que solicito de V. Sa. um parecer, por escrito, sobre a questão da especialidade médica.

A Coordenação Nacional de Saúde Mental pede a participação de médico psiquiatra na equipe multidisciplinar que atua nos serviços desta área e devido a escassês desse profissional no Estado do Tocantins, gostaríamos de saber desse Conselho quais são os parâmetros que norteiam a profissão de médico no que tange a especialidade.

Exemplificando, um médico com certificado de curso integrado em psiquiatria, cursos diversos nessa área, atuação há vários anos em hospital psiquiátrico, porém sem o título de especialização em psiquiatria, pode ser considerado ou contratado para atuar como psiquiatra, inclusive para fins de cadastramento, no Sistema SIA/ SUS?

Necessitando respeitar as normas estipuladas pelo Ministério de Saúde, do Conselho Federal e Regional de Medicina, a Coordenação Estadual de Saúde Mental e a Diretoria do Departamento de Medicina Preventiva, bem como o Secretário de Saúde do Estado do Tocantins, solicitam urgência na resposta desta consulta."

Para responder o questionamento apresentado valemo-nos da legislação pertinente.

1 - Lei 3.268/ 57

Art. 17 - Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer dos seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

Art. 20 - Todo aquele que mediante anúncio, placas, cartões ou outros meios quaisquer, se propuser ao exercício da medicina, em qualquer dos ramos ou especialidades, fica sujeito às penalidades aplicáveis ao exercício ilegal da profissão, se não estiver devidamente registrado.

2 - **A Resolução CFM nº 1288/ 89** dispõe sobre os critérios e procedimentos para registro do título de especialistas.

3 - **A portaria nº 407, de 30 de junho de 1992**, do Ministério da Saúde define o pessoal técnico necessário para o credenciamento de hospital no grupo de Procedimentos-internação em Psiquiatria III.

Desta Portaria, ressaltamos o item 1.10, que diz: nas regiões/ cidades onde não existem as categorias exigidas, substituir por outro técnico de nível universitário, dentre os relacionados acima, de acordo com a legislação em vigor.

Pelas normas citadas podemos concluir que:

1 - O médico só poderá exercer legalmente a medicina após registro de seu diploma no Ministério de Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

2 - O médico só poderá **anunciar** o título de especialista por quaisquer meios, se estiver devidamente registrado.

3 - O registro do título de especialista e o conseqüente anúncio da especialidade obedece também a normas já definidas por este Conselho, sendo, inclusive, vedado anunciar títulos científicos que não possa comprovar ou especialidade para a qual não esteja qualificado (Art. 135, do Código de Ética Médica).

4 - A norma do Ministério da Saúde, ao permitir a substituição de um técnico por outro de categoria diferente, visa somente garantir que não deixe de funcionar o serviço específico de atendimento, sob a alegativa de que não existe o profissional daquela determinada categoria. É bom deixar bem claro que a citada Portaria não autoriza, a quem quer que seja, a contratação de enfermeira para substituir o psicólogo ou a assistente social ou outros profissionais. A Portaria se refere ao profissional substituto que for contratado para exercer as atividades em cuja profissão é legalmente habilitado.

Isto posto, entendemos que **só poderá ser contratado como psiquiatra o médico que tiver registrado o seu título de especialista no Conselho Regional onde exerce atividade**. Entendemos, também, que assistência médica aos portadores de transtornos mentais pode ser prestado por médico não especialista em psiquiatria, porém, jamais poderá este ser contratado ou cadastrado como especialista em psiquiatria.

Finalizando, sugiro a este Conselho informar à consulente que, caso tenha outras dúvidas com relação ao caso concreto apresentado, procure dirimi-las junto ao Conselho Regional de Medicina de Tocantins, pois, este tem competência para tal. E, ainda, que é obrigação legal da empresa contratante, quer seja pública ou privada, exigir a comprovação, pelo contratado, de sua respectiva habilitação profissional.

Este é o parecer s.m.j.,

Brasília, 16 de setembro de 1994.

Tarcísio de Almeida Pimentel
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 29/ 09/ 94

Nota: A respeito do Título de Especialista, vide "Arquivos" nº 42.

QUEM É O RESPONSÁVEL PELAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS COMPULSÓRIAS E VISTORIAS PERIÓDICAS DE HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS?

Parecer CFM

Em expediente protocolado neste Conselho sob o nº 2664/ 94, de julho do corrente ano, o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, indaga qual a posição deste Colegiado em relação ao parecer em tela.

Considerando que o referido parecer faz interpretação da Lei Estadual nº 9.716/ 93, aprovada pela Assembléia Legislativa daquele Estado, teceremos, inicialmente, algumas considerações sobre a mesma:

1- A Lei nº 9.716/ 93, do Estado do Rio Grande do Sul, dispõe sobre a reforma psiquiátrica e determina, entre outras, as regras de proteção ao cidadão, especialmente as internações compulsórias e a possibilidade de vistorias periódicas dos estabelecimentos que mantenham leitos psiquiátricos.

2 - Esta lei determina, em seu artigo 10, que o médico é o responsável legal pela caracterização da internação compulsória e esta deverá ser comunicada à autoridade do Ministério Público e, quando houver, à autoridade de Defensoria Pública, no prazo de 24 horas. Determina, também, que o Ministério Público poderá (grifo nosso) constituir junta interdisciplinar composta por três membros, sendo um profissional médico e os demais profissionais em saúde mental com formação de nível superior, para fins de formação de seu juízo sobre a necessidade e legalidade da internação.

3 - O artigo 11 da citada norma dispõe que o Ministério Público realizará vistorias periódicas nos estabelecimentos que mantenham leitos psiquiátricos, com a finalidade de verificar a correta aplicação desta lei.

4 - Não há dúvida de que estes artigos da lei procuram proteger o cidadão quando forem internados compulsoriamente ou não, e, que em uma análise de interpretação lógico-sistemática, não se verifica na Lei 9.716/ 93 qualquer disposição que fira o princípio contido no Código de Ética Médica, de preservação do sigilo médico, uma vez que o artigo 10 está contemplado, literalmente, nas exceções do artigo 102 do Código de Ética Médica; no caso em tela justa causa e dever legal.

5 - Dessa forma, para a correta aplicação daquela lei, o que se deve definir é a forma de proceder da junta interdisciplinar do Ministério Público que executará as vistorias periódicas. E, para tanto, deve-se seguir os princípios das auditorias normais de hospitais e Serviços de Saúde, conforme parecer 4842/ 93 do Conselho Federal de Medicina.

Isto posto, passamos a **análise do parecer nº 11/ 94 do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul:**

Ementa: Hospital Psiquiátrico. Junta interdisciplinar instituída pelo Ministério Público para vistoriá-lo. Livre acesso ao prontuário de pacientes e entrevistas com os mesmos. Quebra de sigilo médico. Interpretação da Lei Estadual 9.716/ 93.

O parecer inicia relatando que o Hospital Espírita de Porto Alegre foi objeto de

inspeção por junta interdisciplinar instituída pelo Ministério Público e composta por um psiquiatra, uma psicóloga e uma assistente social, que exigiram acesso à ficha clínica de pacientes internados, espontânea ou coercitivamente, naquele estabelecimento, para exame, segundo o alegado, da legalidade das internações.

Através do parecer, temos notícia que inaugurou-se, finalmente, o cumprimento da legislação pioneira, aprovada na Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul, peça importante da tão esperada e desejada reforma psiquiátrica.

O Ministério Público busca informar-se, sob o ponto de vista técnico, para poder cumprir sua nobre e nova missão de revisor das internações psiquiátricas compulsórias. Para isso, nomeia comissão interdisciplinar com condições de apreciar os diversos aspectos que hoje determina internações em nossos hospícios.

É importante recordar que o sigilo profissional não é exclusivo da categoria médica. Abrange os diversos profissionais da área de saúde, especialmente psicólogos e assistentes sociais. No caso da internação compulsória, a junta é interdisciplinar e, logicamente, analisa tomando conhecimento de todo o fato e pelas razões antes referidas o sigilo médico não será quebrado. Nesse caso, o importante é, e este deve ser o espírito da Lei, que cada um dos elementos da junta examinará a questão e fará um juízo no campo de sua atuação. Assim, a realização do exame clínico do paciente e a análise do procedimento via prontuário médico é da responsabilidade do médico e as outras questões a serem analisadas estarão sob a responsabilidade dos demais membros da junta, apesar de que o conjunto da equipe tomará conhecimento de todos os fatos e assinará o documento final relatando a vistoria realizada.

Por outro lado, soa estranho alegar-se o benefício do sigilo como impeditivo ao usufruto de um outro benefício, no caso a revisão das internações compulsórias com a finalidade de verificar a sua necessidade e sua legalidade.

O "proprietário" do sigilo é o paciente e o médico o seu guardião. Não deve o profissional escudar-se em princípio tão nobre para evitar a crítica aos seus atos, especialmente o de internar pacientes em hospitais especializados, alvos tão freqüentes de violentas críticas.

As internações psiquiátricas distanciam-se cada vez mais de atos meramente técnicos para constituírem-se em atos envolvidos pelas mais variadas pressões de origem social e familiar, justificando plenamente a revisão imposta pela lei. Caracteriza-se, portanto, justa causa para uma quebra relativa do sigilo, que deverá restringir-se aos profissionais da comissão e aos membros do Ministério Público que, salvo melhor juízo, nesta missão revisora, estão investidos da função de advogados dos pacientes e, portanto, também sujeitos ao sigilo.

O parecer aprovado pelo plenário do CREMERS inviabiliza o trabalho da comissão interdisciplinar e, conseqüentemente, do Ministério Público, uma vez que afirma: "nada impede a constituição da junta interdisciplinar em tela, desde que para a referida "formação de juízo", não venha ela a romper o sigilo médico, entrevistando o paciente, consultando fichas clínicas ou praticando outras atividades que importam na rutura aludida". Impede que a junta forme seu próprio juízo, pelos meios que julgar necessários, dos quais os acima citados são, certamente, os mais importantes e eficazes.

Insiste o parecer do CREMERS em preservar um poder, o de internar compulsoriamente, que absolutamente não interessa nem engrandece o médico, e frustra uma excelente oportunidade de dividir com outros segmentos sociais uma responsabilidade excessivamente pesada.

É o parecer s.m.j.,

Brasília, 12 de agosto de 1994.

Tarcísio de Almeida Pimentel
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 15/ 09/ 94

Cuidado!

**ENFERMEIRO JOGAVA
BEBÊS NA PAREDE DE
HOSPITAL LONDRINO**

O enfermeiro Richard Coleman, de 29 anos, foi condenado a cinco anos de prisão por lançar contra as paredes os bebês do hospital infantil londrino em que trabalhava. Coleman, que declarou ter "perdido a cabeça" por causa do stresse e do excesso de trabalho, feriu gravemente uma menina de sete meses ao jogá-la contra a parede. A criança teve o crânio fraturado. Segundo os psiquiatras de Londres, o enfermeiro, que tem dois filhos pequenos, não é um "doente mental" e sim costuma "reagir de modo violento" em situações de estresse extremo.

Transcrito da Gazeta do Povo de 11/ 02/ 95

ADEPTOS DA SEITA 'SANTO DAIME' E O USO DE BANIS TERIOPSIS CAAPI E PSICOTRIA VIRIDIS

Parecer CFM

Em 19 de abril de 1993 a Delegacia de Repressão a Entorpecentes da Polícia Federal do Rio de Janeiro encaminhou, através do ofício nº 132/ 93 - DRE, para conhecimento deste Conselho os seguintes documentos:

a) Exemplar do jornal Alto Falante, publicado pelo Centro Espírita - Lar SAMA em Vila Imperatriz - RJ;

b) Parecer da Academia Nacional de Medicina sobre os efeitos causados no homem pelo uso dos vegetais Marini (Banis Teriopsis Caapi) e Checrona (Psicotria Viridis).

Analisando os referidos documentos, protocolados neste CFM sob o nº 2069/ 93, temos a informar o que segue:

I - O Jornal "Alto Falante" trata das atividades do Centro Espírita Beneficente União do Vegetal - Sede Geral Julho/ 89, apresentando opinião do Juiz Ademir de Carvalho sobre as ações do "LAR SAMA", em Vila Nova Imperatriz, unidade de ação do citado Centro Espírita.

II - O Parecer Técnico-Farmacológico elaborado pelo Professor Roberto Soares de Moura, da Academia Nacional de Medicina, referente aos efeitos causados no homem pelo uso dos vegetais conhecidos como Marini (Banis Teriopsis Caapi) e Checrona (Psicotria Viridis) é sucinto, mas bem elaborado e fundamentado em farta bibliografia inclusive internacional comprovando o relatado no parecer. Por estas razões e por achar adequado, adoto-o em parte como nossa opinião, para as providências devidas, por esse colegiado.

A poção utilizada pelos adeptos da seita 'Santo Daime' contém duas plantas, a Banis Teriopsis Caapi e a Psicotria Viridis.

Liwszyc e colaboradores (1992) em um estudo de cromatografia gasosa acoplada e espectrometria de massa, realizado em cromatógrafo Hewlett Packard 5890, equipado com um detector seletivo de massa HP 5970 e coluna de 12 mm HP-1, demonstraram que a poção contém três principais alcalóides: dimetilriptamina (DMT) 530 mg/l; harmina 1490 mg/l e tetra-hidroaharmina 1390 mg/l. Foram ainda encontrados traços de harmalina. Estes resultados confirmam os achados de Bongiorno de Pflinter e Mandrila (1984) os quais encontraram também estas três substâncias na poção.

A Dimetilriptamina é sem dúvida alguma substância que produz inúmeros efeitos psicotrópicos. Goodman & Gilman (1990) incluem a DMT entre as substâncias psicodélicas, as quais induzem, à semelhança com LSD (dietilamina do ácido lisérgico), alucinação, ilusão, delusão e alteração paranóicas. Em função de seus efeitos psicotrópicos a Dimetilriptamina é classificada como uma substância LSD-like (com propriedades farmacológicas semelhantes ao LSD). A Dimetilriptamina induz ainda alterações da percepção do tempo e do espaço (Sai-Halasz, 1962), estados psicóticos (Sai-Halasz e colaboradores, 1952) e ansiedade (Rosenberg e colaboradores, 1963).

A aplicação do LSD ou substância LSD-like produz inúmeros efeitos como por exemplo: inicialmente observa-se tonteiras, sensação de fraqueza, náuseas e parestesias, acompanhado por choro ou riso, inúmeras sensações são relatadas, mas geralmente

predomina a euforia. Seguem ilusões visuais (microscopia, macroscopia) e sintomas efetivos. Alterações de percepção são intensamente referidas. As alucinações visuais e auditivas são predominantes, sendo coloridas e mudando de forma rapidamente (caleidoscópicas). Os usuários relatam que podem ouvir as cores e ver os sons. Sensação de que o tempo passa lentamente, é freqüentemente referida. Durante a 'viagem' pensamentos e lembranças emergem vivamente com ou sem controle próprio. O comportamento torna-se labil passando por fases de depressão para alegria descontrolada ou medo para elação. Ocorre um comportamento psicótico cuja intensidade e qualidade depende não só das características psíquicas do usuário como do ambiente e local onde é ingerida a poção.

À semelhança com o LSD, não há evidências de que a aplicação de DMT induza neuroadaptação (dependência física) como observada por exemplo com a morfina, heroína e cocaína. Mas sem dúvida alguma o uso crônico produz alterações nítidas no comportamento.

A Harmina e a Harmalina são psicotrópicos com ação inibidora sobre a triptofano hidroxilase e monoaminoxidase (Hashimoto e colaboradores, 1970). Estas propriedades farmacodinâmicas justificam seus efeitos alucinogênicos, visto que enzimas participam da metabolização de amins psicomoduladoras (Platscher e colaboradores, 1959).

Apesar da Dimetilriptamina não ser absorvida quando aplicada pela via oral, a associação de Dimetilriptamina e os inibidores enzimáticos (Harmina e Harmalina), pode sem dúvida alguma tornar os efeitos da Dimetilriptamina ativa quando aplicada sob a forma da poção (Liwszyc e colaboradores, 1992).

Finalizando, sugiro a este Conselho que faça um estudo mais abrangente dos efeitos farmacológicos bem como dos aspectos sócio-culturais do uso destas plantas pelo homem e de outras que contenham substâncias alucinógenas e produzam efeitos sobre o comportamento humano.

Brasília, 11 de julho de 1994.

Tarcisio de Almeida Pimentel
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 30/ 09/ 94

O PAPEL DA ÉTICA NAS ORGANIZAÇÕES

“Quanto mais bem sucedido no seu trabalho for o administrador do futuro, maior terá que ser a sua integridade”.

(Peter Druker, 1955 - *The Practice of Management*).

Antonio Carlos A. Telles da Silva*

Provavelmente, em nenhum momento da história da economia e da sociedade moderna, em todo o mundo, a questão ética ganhou tanta expressividade e destaque como agora, ao apagar das luzes do Século XX.

Cresce de forma surpreendente a instabilidade política e a descrença nos administradores públicos e privados, tanto nos contextos superdesenvolvidos, como o Japão, Europa e EUA, como nos contextos subdesenvolvidos, e em processo de desenvolvimento, da América Latina. É um fenômeno planetário que nitidamente clama por uma profunda e rápida revisão dos valores e paradigmas dominantes em nossa “civilização moderna”.

Embora seja apenas a ponta de um grande iceberg, a corrupção é, de fato, o elemento mais visível de um quadro complexo, que é, paradoxalmente, ao mesmo tempo caótico e promissor.

Inúmeros sinais apontam para um esforço generalizado no sentido de reverter o nocivo estado de tolerância com a corrupção. Os mais variados métodos têm sido utilizados - políticos, jurídicos e gerenciais.

Ações anticorrupção

- * Golpes (com ou sem fardas) que derrubam governos, fecham congressos e abalam a credibilidade dos sistemas democráticos.
- * Impedimento, investigação judicial e destituição de presidentes e ministros de Estado.
- * Investigação policial e prisão de políticos, dirigentes públicos e privados, e empresários.
- * Punições e demissões de funcionários por justa causa.

Ações para institucionalizar uma Administração Ética

- * Elaboração e publicação de códigos de ética para orientar a conduta de funcionários em todos os níveis.
- * Criação de comitês de ética dentro das organizações.

* *Engenheiro eletrônico, com Pós-Graduação em Recursos Humanos pela Fundação Getúlio Vargas*

- * Ombudsman.
- * Linha direta com os funcionários.
- * Auditoria ética.
- * Reuniões sistemáticas e seminários para discussão de conceitos e procedimentos éticos.
- * Ações de Educação e Treinamento Ético.

O primeiro da lista do Grupo de Ações Anticorrupção é altamente questionável e vem sendo amplamente combatido. Os demais serão válidos na medida em que não constituam ações isoladas ou meramente corretivas, que não criem condições para uma transformação de longo prazo.

Tanto as instituições públicas como as organizações privadas devem, gradualmente, buscar a redução das ações corretivas e o aumento das ações preventivas para que haja transformação de valores e princípios, e não simplesmente uma mudança de regras e comportamentos.

A Boeing é um caso interessante na área privada. Tem um faturamento superior a US\$ 20 bilhões e já produziu mais de 30.000 aviões. Após, 1974, enfrentou sérios problemas com escândalos de corrupção. Na década de 70 vários de seus empregados foram acusados de pagamentos irregulares a funcionários estrangeiros. O presidente da companhia teve de ir ao Congresso onde assumiu, aberta e honestamente, total responsabilidade pelo ocorrido. Depois disso a política interna foi revisada e instituídos programas éticos. Os empregados receberam códigos de conduta e treinamentos éticos. Já na década de 80, a Fortune, após entrevistar empresários e altos executivos, classificou a Boeing entre as três companhias mais bem administradas da América.

Conforme afirma Garcia Anoveros - eminente professor de Economia da Universidade de Sevilha (Espanha) - "Não se acaba com a corrupção apenas lutando contra ela. É preciso fazer com que as instituições, o governo, os juízes, funcionem - e funcionem bem. É muito mais razoável evitar que existam corruptos do que alegrar-se com a sua condenação. Devemos fazer com que seja difícil que caiam em tentação", ele sugere, por exemplo, uma mudança dos mecanismos de administração do financiamento de partidos políticos como a maior transparência na contabilidade e melhor identificação das responsabilidade econômica dos candidatos.

No Brasil a tolerância com a corrupção é um traço maléfico de sua própria cultura. Parece ter origem na Europa do século XVII. Possui raízes comuns e vários traços da cultura portuguesa. Essa tolerância "tem como subproduto uma baixa expectativa do serviço público honesto", é o que concluía Livia Barbosa, em 1986, em sua tese de doutorado em antropologia social.

Nesse excelente trabalho de L. Barbosa, publicado em 1992, ela demonstra como o "rouba mas faz", o "jeitinho" e o "favor" constituem racionalizações típicas para justificar comportamentos antiéticos. Não são apenas "discursos de uma elite", mas "práticas populares". Ela ensaia algumas definições e distinções desses conceitos:

- * O "jeito" alguém pode pedir a um desconhecido. Já um "favor" só se pede a um amigo.
- * Um "favor" não envolveria qualquer transgressão a uma norma. O "jeito" quase sempre envolve algum tipo de infração.
- * Dá-se o nome de "jeitinho" quando um funcionário de balcão ou representante da lei recebe uma "cervejinha" para facilitar ou esquecer.
- * Dá-se o nome de "corrupção" quando a propina é de valor elevado e beneficia

altos funcionários.

Recentemente a Fundação Getúlio Vargas distribuiu 600 questionários a executivos de grandes organizações indagando sobre a causa do descumprimento de certos princípios éticos. Quase 50% dos entrevistados responderam que era a manifestação de um "hábito nacional". Essa extrema tolerância com a falta de ética nas organizações é algo realmente preocupante.

Parece que esse conformismo tem suas raízes na impunidade. Apesar disso, 90% dos entrevistados consideram que as organizações devem ter códigos de conduta para orientar o comportamento de seus funcionários.

É fato que o nível de consciëntização ética tende a aumentar em todos os níveis de sociedade. Já no início de 1993 uma pesquisa nacional revelava o aspecto moral como o traço fundamental do perfil do próximo mandatário da nação.

Dentre seis grupos de atributos como Combate à Pobreza, Experiência, Competência, Resolução de Problemas Econômicos, Resolução de Problemas Sociais e Outros Atributos Gerais, a Honestidade foi apontada como o requisito principal por 61% das pessoas consultadas.

O crescimento da preocupação ética é um fenômeno mundial. Nos EUA, por exemplo, esse processo cresceu na década de 70 após a revelação de escândalos como Watergate e o Irãgate, e o pagamento de propinas que as organizações americanas faziam a funcionários estrangeiros.

Já em 1985 um pesquisa da Fortune mostrou o interesse de 500 maiores organizações em incorporar valores éticos em suas culturas. Aproximadamente 80% responderam que buscavam "ser socialmente mais responsáveis."

Muitos questionarão sobre a viabilidade de compatibilização dos valores éticos com os valores predominantes no atual sistema econômico, de base capitalista, em que o lucro é a medida do sucesso. Um relatório elaborado com base em inúmeras entrevistas, com empregados de um grande banco, mostra que, a longo prazo, há uma correlação positiva entre ética e lucratividade, mesmo que, a curto prazo, haja tensão e conflitos entre esses dois fatores.

Esse relatório apresenta cinco argumentos para justificar essa posição:

1. Na medida em que uma organização age ética e responsabilmente ela evita multas, despesas legais e possivelmente outros custos, diretos e indiretos, associados ao crescimento da regulamentação governamental e sua imagem junto à sociedade.

2. A confiança pública é extremamente importante para qualquer negócio.

3. Uma organização antiética terá mais dificuldade em atrair e manter empregados de alto calibre.

4. A receita de uma organização, tenha ou não fins lucrativos, depende do grau de desenvolvimento social ou econômico das comunidades onde opera. Cooperar para o desenvolvimento educacional da população e reduzir de deterioração ambiental, por exemplo, são meios de tornar-se ética e socialmente mais responsável.

5. Adotar uma política baseada em valores elevados tem mais condições de viabilizar relações construtivas e parcerias com outras organizações, também alinhadas com esses valores.

O caso da filial do Chemical Bank, na África do Sul, é exemplar. Já recebeu mais de US\$ 400 milhões em depósitos de grupos religiosos. Há 30 anos tem um código de ética que é revisado a cada 18 meses (desde 1988) e distribuído a todos os seus 30.000 empregados em todo o mundo.

Na Inglaterra temos também o caso do Cooperative Bank, - primeiro banco

comercial a criar um fundo ético para selecionar seus investimentos. O banco decidiu que não faria mais negócios com países ou organizações que atentam contra os direitos humanos, produzam ou vendam armamentos, apóiem esportes sangrentos, fabriquem cigarros ou sejam suspeitos de lavagem de dinheiro ou evasão fiscal. Pilhas de cartas de apoio foram recebidas e o ritmo de abertura de novas contas acelerou-se de forma inesperada.

O quadro até aqui esboçado evidencia a necessidade e urgência de um tratamento sério e profissional à dimensão ética das atividades governamentais e empresariais. Caso contrário, os custos financeiros, políticos, sociais e mercadológicos se tornarão insuportáveis. Na América estima-se em mais de US\$ 100 bilhões anuais os prejuízos comerciais e sociais advindos dos crimes de colarinho branco (fraudes, subornos, manipulações do patrimônio financeiro, etc.)

Além disso, na medida em que se enfatiza a Qualidade Total como a principal ferramenta de gestão pública e privada dos anos 90, é impossível dissociá-la da ética. Precisamos, na realidade, de uma "Ética Total!" Segundo Ton Peters, em "Prosperando no Caos", oferecer algo superior ao cliente interno ou externo é um ato moral e estético. No Brasil, o desperdício é da ordem de US\$ 20 a 40 bilhões anuais segundo o diretor de Qualidade do Inmetro. Cerca de 60 milhões de brasileiros perdem em média 15 dias por ano para cumprir exigências da burocracia - um desperdício três vezes maior do que a média do Primeiro Mundo.

Algo de novo precisa ser edificado, mas cuidados especiais precisam ser tomados. Não bastará sensibilização e vontade. A elas deverá estar associada a competência gerencial. A transformação ética jamais ocorrerá por um decreto governamental ou por uma norma empresarial. Deve-se contemplar o desenvolvimento da organização, de forma participativa, através do desenvolvimento de seus recursos humanos visando a criação de uma cultura ética. De que valeria construir um belo projeto econômico, social ou empresarial, para depois ficar ameaçado de implodir ou ruir por falta de alicerce ético?

Transcrito do SEDOC VOL 26, nº 242, 1994

LEIA O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA E DETECTARÁ QUANTO VOCÊ DESCONHECE E AO RISCO QUE ESTÁ SUJEITO

REGULAMENTAÇÃO PARA O FORNECIMENTO DE LÂMINAS DE ANATOMIA PATOLÓGICA PARA REVISÃO POR OUTRO MÉDICO

Parecer CFM

O presente Parecer Consulta tem origem na solicitação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo para que o Conselho Federal examine o parecer do Conselho Adagmar Andriolo, aprovado em Reunião Plenária, referente à solicitação da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, da Casa da Patologia, sobre a regulamentação para o fornecimento de lâminas de microscopia para a revisão por outro médico.

Às fls. 02 reproduzimos na íntegra a solicitação:

*Solicitamos vênua ao Colendo Conselho Regional de Medicina para expor e propor o que se segue:

1) O objetivo final da atividade médica do Anatomopatologista é o estabelecimento de diagnóstico morfológico;

2) Para tanto procede ao exame macro e microscópico de espécimes cirúrgicos, preparando para esse fim lâminas de microscopia e blocos de material, os quais após a emissão do laudo diagnóstico permanecem arquivados em seu laboratório;

3) Não é infrequente a revisão diagnóstica solicitada pelo cirurgião que inicialmente atendeu o paciente, por outro cirurgião a quem o paciente passou a procurar, por hospitais de corpo clínico fechado (onde há a necessidade de todos os diagnósticos passarem pelo crivo de seus profissionais), e finalmente, por pedido do próprio paciente;

4) Na existência de pedido de revisão, cabe ao anatomopatologista fornecer a lâmina de microscopia ao interessado;

5) Ao contrário de ambientes médicos do exterior, não é hábito em nosso meio ser dado ao primeiro anatomopatologista cópia do relatório diagnóstico do segundo anatomopatologista, que procede à revisão. Acresce o fato de que em grande número de vezes nem é dado conhecimento ao primeiro anatomopatologista do nome de quem vai efetuar a revisão. Além disso, o cirurgião que pede a revisão, e seus motivos, são também muitas vezes mantidos longe do conhecimento do primeiro anatomopatologista;

6) Face à evolução da Sociedade, da leveza ética de alguns profissionais da Medicina, e da transformação do paciente em consumidor, com seus direitos estabelecidos em Código, fica o anatomopatologista desprotegido em sua integridade profissional ao fornecer lâmina para revisão, não sabendo quem pediu a revisão, quem realizou a revisão, e qual tenha sido o diagnóstico da revisão;

7) Por esses considerandos, e no sentido de melhorar o relacionamento entre os vários profissionais envolvidos, e sem prejudicar o atendimento do paciente, razão final de nossa atividade médica, vimos pela presente propor ao Colendo Conselho Regional de Medicina o que se segue:

8) Seja promulgada Resolução que deixe clara a revisão diagnóstica, nas relações éticas entre cirurgião, anatomopatologista e revisor, resguardados os direitos e interesses do paciente;

9) Seja aprovado e recomendado o modelo de Requisição de Revisão, onde necessariamente constem o nome de quem a pede e de quem a vai realizar;

10) Seja estabelecida a recomendação de que o relatório de revisão seja dado ao conhecimento do primeiro anatomopatologista, bem como ao primeiro cirurgião, caso tenha havido mudança de médico.

Sendo o que se apresenta no momento, usamos a oportunidade para apresentar-lhes nossos protestos de elevada consideração."

Às fls. 04 o parecer do Conselheiro de São Paulo:

"Entendemos que seja salutar qualquer procedimento que objetive maior clareza e segurança no relacionamento entre os profissionais médicos, principalmente frente a situação de diagnóstico difícil e/ou controverso. Por outro lado, a formalização de regras e criação de documentos não nos parece ser adequada para atender a dinâmica da realidade atual.

A revisão de lâminas não deve ser entendida como uma junta médica ou como uma consulta a especialista, situação que possuem preceitos éticos já bem estabelecidos. Aqui o evento ocorre durante a avaliação do paciente, no transcurso da elaboração diagnóstica, ou, eventualmente, na revisão terapêutica e tem a finalidade de reavaliar os progressos obtidos.

A revisão de lâmina por novo Anatomopatologista, por sua vez, objetiva validar ou não um laudo prévio. Este laudo, a nosso ver, é coisa acabada e é unicamente nele que reside a responsabilidade do primeiro examinador. Os outros resultados, ocasionalmente obtidos de revisões, concordantes ou não com o primeiro, conferem a seus subscritores grau equivalente de responsabilidade.

Entendemos que o material de exame é de propriedade do paciente e cabe ao médico por ele responsável escolher, a seu critério e responsabilidade, e oportunidade da revisão e a quem destiná-la.

Ao revisor cabe, também a seu critério, resolver sobre a necessidade e pertinência de contatar o primeiro anatomo-patologista.

Este é o nosso parecer, s.m.j."

Às fls. 07 a opinião da Sociedade Brasileira de Patologistas solicitada pelo Conselho Federal de Medicina,

"1. - O material enviado para diagnóstico histopatológico de Anatomia Patológica obviamente, pertence ao PACIENTE;

2 - Cabe ao médico do paciente no sentido de confirmar o diagnóstico, solicitar ou não lâminas e/ou blocos utilizados pelo anatomopatologista;

3 - Assim, deve o mesmo, se desejar, solicitar por escrito ao anatomopatologista as lâminas ou blocos em parafina ficando esse pedido devidamente rubricado pelo retirante do material no laboratório, como prova da sua entrega, em decorrência de problemas de ordem jurídica (responsabilidade cível por 5 anos);

4 - o relacionamento médico - clínico ou cirurgião e o(s) anatomopatologista(s) que irá(ão) proceder a revisão com o colega anatomopatologista que emitiu o primeiro laudo, fica restrito a um conceito exclusivamente ÉTICO de conduta:

5 - Há recomendação de que os diagnósticos concordantes ou não devem ser levados ao conhecimento do primeiro anatomopatologista, havendo laboratórios que possuem até impresso próprio para isso."

PARECER:

1 - O material para diagnóstico histopatológico do laboratório de anatomia patológica, bem como o resultado do exame pertencem ao paciente.

2 - Só o paciente pode autorizar a solicitação feita por outro médico para o envio das lâminas e/ou blocos de parafina correspondentes para que sejam examinadas por outro anatomopatologista.

3 - Tem o médico patologista, que fez o primeiro exame, o dever de entregar essas lâminas.

4 - Existe a recomendação de que os diagnósticos concordantes ou não, devem ser levados ao conhecimento do primeiro anatomopatologista.

5 - Para que esses procedimentos possam acontecer é necessário que o anatomopatologista mantenha sob sua guarda as lâminas devidamente acondicionadas e classificadas.

Este é o nosso parecer, s.m.j.

Luiz Carlos Sobania
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de

**UM FETO COMPLETO É
RETIRADO DO VENTRE DE
HOMEM "GRÁVIDO"**

Uma equipe médica operou o rapaz Don Van Hiep, de 21 anos, tirando de seu ventre um "feto" sem vida, de 1,8 quilo, com uma cabeça coberta de pelos, duas pernas e dois braços. Este caso extraordinário de gravidez foi descoberto no mês passado, na província de Bac Thai, Hanói, Vietnã, depois que o jovem camponês começou a sentir dores abdominais. A probabilidade é de que a mãe de Hiep teria gerado gêmeos, mas por malformação, um dos fetos teria se desenvolvido dentro do primeiro.

Transcrito da Gazeta do Povo de 10/02/95



ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 014/89

DENUNCIANTE - M.J.P.A.
DENUNCIADO - Dr. E.E.R.
RELATOR - Cons. Luiz Sallim Emed
REVISOR - Cons. Gerson Zafalon Martins
ACÓRDÃO - 005/94

EMENTA: DENÚNCIA - PARTO CESÁREO A TERMO - SÍNDROME DE "WEST" SECUNDÁRIA - LAUDO NEUROLÓGICO COM REFERÊNCIA A SOFRIMENTO FETAL HIPÓXICO-ISQUÊMICO - NEGLIGÊNCIA - ARTIGOS 57, 29 E 2º DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA - ABSOLVIÇÃO.

A intercorrência registrada com o recém-nato não pode ser responsabilizada ao parto cesáreo efetuado, visto que toda a prova produzida aponta ter a criança nascida e tido alta em boas condições de saúde.

Ademais, roborando tal assertiva, em momento algum os médicos, obstetra, auxiliar de cirurgia, pediatra de sala de parto, noticiaram em prontuário, da necessidade de qualquer tipo de cuidado especial à criança.

Absolvição que se impõe por falta de elementos tipificadores da conduta prescrita pelos dispositivos legais invocados.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional nº 014/89, em que figura como denunciante a Sra. M.J.P.A. e denunciado o Dr. E.E.R.,

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. E.E.R., de infração aos artigos 57, 29 e 2º do Código de Ética Médica, conforme Ata nº 743, de 13 de junho de 1994.

Curitiba, 14 de junho de 1994

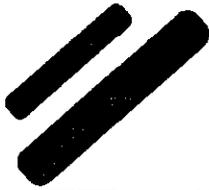
Luiz Sallim Emed
Cons. Relator

Gerson Zafalon Martins
Cons. Revisor

Wadir Rúpolo
Cons. Presidente

Arq. Cons. Region. Med. do PR.

12 (45): 20, 1995



COMO PROCEDER QUANDO O RÉU É REVEL?

Parecer CFM

Em resposta a consulta feita pelo Sr. Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Alagoas, no que se refere à revelia de indiciado em Processo Ético-Profissional, subscrevo "in totum" o parecer da Consultoria do Conselho Federal de Medicina, de número 044/89, datado de 30 de janeiro do corrente.

É o que me parece.

João Pessoa, 24 de março de 1989.

Genival Veloso de França
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 13/10/89

Ref.: Processo Consulta nº 2489/88, originário do Conselho Regional de Medicina do Estado de Alagoas.

Assunto: Possibilidade legal de indicação de defensor para acusado revel em Processo Ético-Profissional.

Parecer nº 044, da Assessoria Jurídica.

O Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Alagoas indaga, através de ofício encaminhado à Presidência do Conselho Federal, o que fazer com a revelia do acusado em Processo Ético-Profissional.

Perquire a sua dúvida apresentando três hipóteses a serem respondidas, quais sejam:

1. Pode o Conselho indicar um de seus Conselheiros para realizar a defesa?
2. Em caso de designação de advogado, pode o Consultor Jurídico do Conselho atuar como advogado de defesa?
3. Em caso de contratação de advogado para defender o indiciado, poderá o Conselho tomar medidas legais, inclusive na Justiça, para o ressarcimento de suas despesas?"

Espancando-se as dúvidas há de se dizer que o Código de Processo

Ético-Profissional prevê a Indicação de defensor para o revel, ex-vi do artigo 9º, verbis:

“Art. 9º - Decorrido o prazo previsto no artigo anterior, em não se apresentando o denunciado, o Presidente da Comissão de Instrução comunicará esta circunstâncias ao Presidente do Conselho, que designará defensor para o revel, concedido ao mesmo defensor o prazo de 30 (trinta) dias para apresentação da defesa.”

Com efeito, a nomeação de defensor do revel poderá ser feita a um Conselheiro, seguindo-se determinação legal contida na Lei 1.711, de 27 de outubro de 1952, em cujo artigo 223 se observa o seguinte:

“Art. 223 - Será designado ex-offício, sempre que possível, funcionário de mesma classe e categoria para defender o indiciado revel.”

A aplicação do ESTATUTO DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS acima mencionado é previsto no artigo 88 do Código de Processo Ético-Profissional, nos casos omissos. Vejamos:

“Art. 88 - Nos casos omissos aplicar-se-ão, supletivamente ao presente Código, as normas do processo penal, civil e administrativo, e os princípios gerais do Direito.”

O defensor do revel, em que pese não ser um advogado, pratica atos de defesa da competência de um causídico, funcionando como se advogado fosse.

No que tange à 2ª indagação do consulente não pode o Consultor Jurídico do Conselho atuar como advogado de defesa, de vez que funciona defendendo os interesses do Colegiado, quer como assessor, quer como patrono em Juízo.

A indicação de Consultor Jurídico não pode ser feita, também, por funcionar o mesmo no Processo Ético-Profissional, dando pareceres, opinando, enfim, é um fiscal no “affaire”.

Em respondendo a última indagação somos de opinião que a contratação de advogado para revel pelo Conselho é uma ato de liberalidade, não podendo ser feito nenhum pedido de ressarcimento em Juízo. O revel poderá argumentar que contrataram um advogado que não era de sua escolha.

Por último fique assente que a ausência de defensor para o revel é motivo de nulidade processual, afrontando ainda o PRINCÍPIO da AMPLA DEFESA.

É o que nos parece.

Brasília, 30 de janeiro de 1989.

Hamilton de Araújo e Souza
Consultor Jurídico

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 13/ 10/ 89

ELETROCONVULSOTERAPIA

Parecer CFM

O presente expediente tem origem no Ofício nº 2235/93, datado de 29 de outubro de 1993, oriundo do Conselho Regional de Medicina de Sergipe, onde o presidente daquele Conselho solicita pronunciamento do Conselho Federal de Medicina sobre o **uso da eletroconvulsoterapia em hospitais públicos e privados no país.**

A eletroconvulsoterapia (ECT) é método terapêutico utilizada há anos e em vários países.

Ainda se discute a sua eficácia e mecanismo de ação. Contudo, é consenso que a eletroconvulsoterapia é um método terapêutico e, como tal, pressupõe a formulação de um diagnóstico para sua indicação técnica. Logo, a indicação de eletroconvulsoterapia constitui um ato médico.

No entanto, cabe ressaltar que o problema maior sempre foi o uso inadequado que se fez ou que se possa fazer desta terapêutica, pois sabemos que, muitas vezes, ela tem sido utilizada sem nenhum critério técnico-científico.

Atualmente, não há legislação federal proibindo o emprego da eletroconvulsoterapia no país, embora saibamos que há propostas de legislações estaduais visando proibir essa terapêutica

Isto posto, concluímos que:

1 - A prática de eletroconvulsoterapia foi intensamente usada em décadas passadas e, hoje ainda, tem indicações, mesmo que restritas.

2 - Para a utilização da eletroconvulsoterapia é necessário que exista indicação médica precisa, após criteriosa avaliação clínica do paciente a ser submetido a essa terapêutica.

3 - Finalmente, cabe à comunidade médico-científica decidir por sua permanência ou não no arsenal terapêutico.

Este é o parecer.

Brasília, 09 de dezembro de 1993.

Tarcísio de Almeida Pimentel
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 10/ 3/ 94



ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 015/91

DENUNCIANTE - Dr. J.L.O.C.
DENUNCIADO - Dr. P.J.I.
RELATOR - Cons. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão
REVISOR - Cons. Luiz Sallim Emed
ACÓRDÃO - 003/94

EMENTA - MÉDICO ANESTESISTA - PACIENTE QUE NÃO ESTÁ SOB SUA RESPONSABILIDADE - NÃO CARACTERIZAÇÃO DE INFRAÇÃO AO ARTIGO 63 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA.

Estando comprovado nos autos que a paciente não se encontrava sob os cuidados médicos do denunciado, embora a conduta deste, na ocasião, tenha sido reprovável, não pode prosperar a acusação de infração ao artigo 63 do Código de Ética Médica, que tem como condição indispensável "estar o paciente sob os cuidados do médico".

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional nº 015/91, em que figura como denunciante o Dr. J.L.O.C. e denunciado o Dr. P.J.I.

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. P.J.I., de infração ao artigo 63 do Código de Ética Médica, conforme Ata nº 730, de 28 de março de 1994.

Curitiba, 29 de março de 1994

Luiz Fernando Bittencourt Beltrão
Cons. Relator

Luiz Salim Emed
Cons.Revisor

Wadir Rúpolo
Cons. Presidente

Arq. Cons. Region. Med. do PR.

12 (45): 24, 1995



PERITO MÉDICO

COMPETÊNCIA E OBRIGATORIEDADE DO CRM EM INDICAR PERITO.

A consultoria jurídica do CREMESC responde a indagação sobre **a necessidade de o médico atender a nomeação como perito, para funcionar em processo judicial, bem como obrigação de atender à solicitação de Juiz de Direito, no sentido de indicação de médicos, como peritos.**

O advogado Murilo Rezende Salgado responde a primeira indagação afirmando que “a resposta é no sentido de que realmente está obrigado a aceitar a nomeação, salvo motivo justificado”.

“A norma do artigo 277, do Código de Processo Penal, cujo texto foi encaminhado pelo Doutor Juiz de Direito de Araranguá à Regional Médica do Vale do Araranguá não deixa qualquer margem de dúvida.

De outro lado, é preceito do artigo 146, do Código de Processo Civil **“que o perito tem o dever de cumprir o ofício”, admitindo-se, contudo, sua escusa, fundada em “motivo legítimo”.**

Sobre a matéria, assim preleciona Moacyr Amaral Santos:

“Assim como o Código de 1939, filia-se o vigente à segunda corrente. O exercício da função pericial se compreende dentre os deveres cívicos”. “O perito tem o dever de cumprir o ofício...” (art. 146); **“Ninguém se exime do dever de colaborar com o Poder Judiciário para o descobrimento da verdade” (art. 339)**. Encarada a função pericial como um dever cívico, não se lhe poderá opor, para desviar-se do seu cumprimento, o interesse privado do perito. Cumprindo sujeitar-se às finalidades superiores da função pública, a que é chamado a desempenhar, o interesse privado deste não poderá constituir motivo suficiente para assegurar-lhe impunidade pelo inadimplemento”. (Comentário ao Código de Processo Civil, Forense, 3ª edição, vol. IV, pág. 322).

Como se vê, a função pericial, quando nomeada pelo juiz, sobre ser prevista de forma especial, está abrangida, também, no princípio geral que estabelece o dever geral de todo e qualquer cidadão colaborar com a Justiça, no descobrimento da verdade, relativa ao fato que é objeto de processo judicial.

Muitas perícias são remuneradas, especialmente no processo civil.

Entretanto, nos casos de Justiça, só o Estado poderá responder pela remuneração do perito. É um ônus profissional que atinge a todas as profissões, tais como médicos, engenheiros, contabilistas, inclusive os advogados, que funcionam gratuitamente nos processos em que são nomeados como curadores especiais, salvo nos Estados que remuneram o seu trabalho como o de Santa Catarina.

Transcrito do jornal do CREMESC.



ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 005/86

DENUNCIANTE - "Ex-Officio"
DENUNCIADO - Dr. S.R.S.
RELATOR - Cons. Luiz Salim Emed
REVISOR - Cons. Mário Lobato da Costa
ACÓRDÃO - 004/94

EMENTA: I PRELIMINAR - NULIDADE - INSTAURAÇÃO DO FEITO SEM OBSERVÂNCIA AO DISPOSTO PELO § (PARÁGRAFO) 1º, DO ARTIGO 3º DO CÓDIGO DE PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL - PROCESSO "EX-OFFICIO" - PREJUÍZO AO DIREITO DE DEFESA - INOCORRÊNCIA - REJEIÇÃO.

O artigo 3º, § 1º do Código de Processo Ético Profissional disciplina a instauração do processo quando pré-existente representação, queixa ou denúncia de terceiros, fato inocorrente no presente caso, visto que a motivação procedimental se deu por força de veiculação de matéria na imprensa.

Instauração "ex-officio" da médica ética, regularmente precedida de Câmara de Ética e Disciplina para melhor aquilatar as circunstâncias do procedimento, inocorrendo, como incoerreu, qualquer cerceamento ao direito de defesa do médico, a qual foi, inclusive, exercida em toda a sua plenitude. Preliminar rejeitada.

II PRELIMINAR - PRESCRIÇÃO - ARTIGO 84 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA INVOCADO - INOCORRÊNCIA.

Os fatos articulados em reportagens jornalísticas ocorreram em julho de 1985 e a instauração do Processo Ético-Profissional em fevereiro do ano seguinte, fazendo cair por terra a invocada prescrição.

Preliminar também rejeitada, em estrito cumprimento ao que disciplina a Lei 6.838/80.

Do Mérito: Tratamento médico explorado pela imprensa escrita e falada, com detalhamento da evolução clínica e da cirurgia propriamente dita - Isenção do médico quanto a divulgação - Prova taxativa de não ter o facultativo distribuído notícia sobre o tratamento à imprensa - Absolvção.

Atendimento médico em regime de urgência - Laparotomia - Corpo estranho no abdome da paciente - Óbito.

Comprovado por familiares e pelo próprio diretor do órgão de imprensa que veiculou a evolução do tratamento dispensado à paciente, não ter o médico contribuído para a divulgação dos fatos médicos à terceiros, impõe-se a absolvição do mesmo, dos gravames capitulados pelo artigo 102 do Código de Ética Médica.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo-Ético Profissional nº 005/86, em que figura como denunciante o CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ e denunciado o Dr. S.R.S.,

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. S.R.S., de infração ao artigo 102 do Código de Ética Médica, conforme Ata nº 733, de 04 de abril de 1994.

Curitiba, 05 de abril de 1994

Luiz Sallim Emed
Cons. Relator

Mário Lobato da Costa
Cons. Revisor

Wadir Rúpolo
Cons. Presidente



Sr. Presidente do CRM PR, Dr. Wadir Rupollo, que tem desenvolvido um trabalho dos mais produtivos e dinâmicos.

GREVE NA ÁREA MÉDICA

Parecer CFM

O presente Processo Consulta tem origem em duas Resoluções aprovadas pelo CRM-MT que tratam de greves na área médica (Res. 006/91) e contratação de serviços por empresas (Res. 005/91).

Recebo agora o parecer, de autoria da Dra. Gislaíne Jaciara Castro dos Santos, absolutamente brilhante e com muito prazer o acolho integralmente. Pronunciou-se assim nossa Assessora Jurídica:

"Tratam-se de duas Resoluções editadas pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Mato Grosso (005/91 e 006/91), cujo posicionamento do CRM-MT frente a um movimento de paralização da categoria (006/91) e a regulamentação da prestação de serviços médicos privados (005/91).

A análise das Resoluções face a legislação vigente sobre os temas, dão aos autos normativos a plena atualidade, legalidade e legitimidade aos respectivos conteúdos.

A RCRM-MT nº 005/91, que trata do atendimento médico em tempos de paralização da categoria, coaduna-se perfeitamente com os preceitos contidos no Código de Ética tanto no que tange ao atendimento aos doentes cujo estado indique gravidade, quanto no que tange ao dever do médico em lutar por uma remuneração justa e digna para a categoria.

Quanto a RCRM-MT nº 006/91, conteúdo demonstra-se mais do que atual e legal uma vez que o próprio Conselho Federal de Medicina editou a 1401/93.

Nestes termos, opina esta Assessoria Jurídica pelo cumprimento dos atos normativos."

Pela importância da matéria faço a transcrição dos termos da Res. CRM-MT 006/91, entendendo que este tema deve ser de preocupação constante das entidades médicas, discutindo-o com profundidade e ouvindo inclusive os diversos segmentos da sociedade. Quanto à Res. 005/91, seu conteúdo está contemplado na Res. CFM 1401/93.

***RESOLUÇÃO CRM-MT Nº 006/91**

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO MATO GROSSO, no uso das atribuições que lhe conferem a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1.958, e,

CONSIDERANDO que no exercício da profissão médica, com honra e dignidade, são indissociáveis o respeito ao trabalho profissional e a atenção aos interesses dos pacientes e da população na área da saúde;

CONSIDERANDO que a dignidade profissional no exercício da Medicina pode estar sendo comprometida pela inexistência de condições de trabalho, pela vigência de normas e regulamentos institucionais que prejudiquem pacientes e pela imposição de padrões aviltantes de remuneração médica;

CONSIDERANDO o dever do médico posicionar-se contra situações que atinjam a dignidade profissional podendo assumir a decisão, individual ou coletivamente, de suspender suas atividades profissionais em instituições pública ou privada onde

prevaleçam tais condições;

CONSIDERANDO que em qualquer situação todos os médicos devem zelar primordialmente pela saúde do ser humano, com a irrecusável obrigação de garantir imediata assistência a pacientes que estejam em risco de vida;

CONSIDERANDO o dever ético de solidariedade de todos os médicos, ao empreender tais atitudes e de comunicar sua decisão ao Conselho Regional de Medicina, e,

CONSIDERANDO as normas constantes no Código de Ética Médica,

RESOLVE

Art. 1º - Ao tomar conhecimento da ocorrência de movimento de suspensão das atividades médicas de forma individual ou coletiva, o Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso adotará providências cabíveis para garantir o perfeito desempenho ético da Medicina.

Parágrafo Único - É obrigação do Diretor Clínico e Comissão de Ética das instituições onde ocorram paralizações, comunicar tal fato, de imediato, ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso.

Art. 2º - Os atendimentos de emergência e urgência bem como a continuidade de cuidados cuja interrupção possa propiciar agravamento, descompensação, irreversibilidade, invalidez ou morte de pacientes deverão ser assegurados como direitos de cidadania.

Art. 3º - **Compete exclusivamente a médicos, de forma e em ambientes adequados, avaliar os riscos de vida ou agravamento das condições clínicas dos pacientes.**

Art. 4º - Os médicos devem ser solidários aos movimentos reivindicatórios justos, independente de função ou posição hierárquica, constituindo infração ética tentar impedir a realização dos mesmos, promover ato de represália, assumir cargo ou função de médico demitido ou afastado como represália a participação em movimentos de tal natureza."

Este é o parecer s.m.j.

Brasília, 24 de maio de 1994

Nilo Fernando R. Vieira
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 08/06/94

QUEBRA DE SIGILO MÉDICO EM PARCEIROS SEXUAIS DE PACIENTES COM DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Parecer CRM

Este parecer tem origem em consulta enviada a este Conselho pela Dra. Lair Guerra Macedo Rodrigues, Coordenadora do Programa Nacional de Controle de DST/AIDS, nos seguintes termos:

“O Programa Nacional de Controle de DST/AIDS (PNC-DST/AIDS) recomendará, através de publicação do Ministério da Saúde, a utilização de métodos para a convocação e tratamento de parceiros sexuais portadores do DST. O tratamento dos parceiros permite a quebra da cadeia de transmissão das DST e se constitui numa das principais atividades para se obter o controle destas doenças.

O PNC-DST/AIDS recomendará a priorização nas atividades de convocação para os parceiros de gestantes com DST e de parceiras grávidas de homens com DST (Doença Sexualmente Transmissíveis).

No presente, o documento que trata deste tema encontra-se em fase final de elaboração.

As estratégias de convocação e tratamento de parceiros sexuais envolverão a participação de profissional médico. Tal participação pode variar desde a orientação do paciente, oferecendo um cartão (a ser entregue ao parceiro pelo próprio paciente), até uma participação mais ativa, como nos casos em que o paciente, não querendo contactar o parceiro, revelaria ao profissional os dados de identificação do parceiro. O profissional iniciaria, então, um processo confidencial de convocação do parceiro (pelo correio ou através de visita por profissional de saúde treinado).

A necessidade de manutenção de confidencialidade sobre os dados dos pacientes e seus parceiros é fundamental, de modo que apenas se recomenda a implementação de sistema de convocação de parceiros onde a confidencialidade possa ser garantida.

Listam-se a seguir quatro questões específicas (e suas justificativas) relacionadas às atividades do profissional médico na convocação de parceiros.

1 - Seria ético um médico quebrar o sigilo profissional para realizar a convocação de parceiro sexual de gestante com DST, sendo a DST capaz de provocar a morte do concepto e tendo se exaurido, pelo aconselhamento, as possibilidades da própria gestante realizar a convocação?

Justificativa

A DST que melhor se enquadra no contexto da questão é a sífilis, uma vez que é possível a ocorrência de transmissão vertical em qualquer trimestre da gestação, acarretando abortamento ou morte fetal (em 40% dos casos), além da prematuridade e das lesões da sífilis congênita.

A convocação do parceiro da gestante infectada é necessária, pois ambos precisam do tratamento para evitar que a gestante seja reinfectada.

Caso a Resolução nº 1359/92 do CFM, no seu artigo 2º, Parágrafo único (que trata da quebra de sigilo em relação aos pacientes com AIDS), possa ser extrapolada para o contexto apresentado, acredita-se que a resposta à questão seria "sim".

2 - Seria ético um médico quebrar o sigilo profissional para realizar a convocação de gestante cujo parceiro sexual é portador de DST, sendo a DST capaz de provocar a morte do concepto e tendo se exaurido, pelo aconselhamento, as possibilidades do parceiro da gestante realizar a convocação?

Justificativa

Esta situação é semelhante à descrita anteriormente, sendo a diferença que, nesta, a infecção na gestante pode ainda não ter ocorrido e, naquela, a infecção já estava confirmada. Entretanto, as chances da transmissão já ter ocorrido são elevadas e, deste modo, o concepto estaria exposto aos riscos mencionados anteriormente, sendo imprescindível que a gestante seja convocada para acompanhamento médico.

3 - Seria ético um médico quebrar o sigilo profissional para realizar a convocação de parceiro sexual de gestante com DST, sendo a DST capaz de provocar grave seqüela na criança e tendo se exaurido, pelo aconselhamento, as possibilidades da própria gestante realizar a convocação?

Justificativa

DST que se enquadram no contexto da questão são aquelas causadas por infecção pela *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, às quais são transmitidas durante o parto, a partir da mãe infectada.

Estas infecções podem causar desde a oftalmia neonatal (que pode evoluir com dano ocular, principalmente na etiologia gonocócica) até pneumonia no recém-nascido.

Novamente se levanta a questão da convocação do parceiro da gestante com DST para que ambos sejam tratados e se evite a reinfeção da gestante. Entretanto, o objetivo principal da pergunta é de se definir se uma doença capaz de causar grave seqüela na criança (como na oftalmia gonocócica), porém não a morte, justificaria a quebra do sigilo para realizar a convocação.

4 - Seria ético um médico quebrar o sigilo profissional para realizar a convocação de gestante cujo parceiro sexual é portador de DST, sendo a DST capaz de provocar grave seqüela na criança e tendo se exaurido, pelo aconselhamento, as possibilidades do parceiro da gestante realizar a convocação?

Justificativa

A questão também aborda o tema da capacidade da DST produzir grave seqüela na criança (exemplo: oftalmia gonocócica), influenciando na quebra do sigilo profissional para realizar a convocação, porém, como na questão de número 2, a infecção na gestante pode ainda não ter ocorrido (embora tal ocorrência seja altamente provável).

Salienta-se neste contexto que nas mulheres as infecções genitais causadas pela *Neisseria gonorrhoeae* ou pela *Chlamydia trachomatis* geralmente são

assintomáticas, até que surjam as complicações.

Parecer

O parecer CFM 14/88, elaborado pelos Drs. Antonio Ozório Leme de Barros e Guido Carlos Levi, então Conselheiros do CREMESP, posteriormente adotado no Conselho Federal de Medicina, trata do tema AIDS e Ética Médica. Procuramos responder às questões formuladas fazendo uma transposição dos conceitos em relação à infecção pelo HIV para as demais DST.

Assim, quanto aos critérios da justa causa da quebra do sigilo profissional foram estas as interpretações dos autores:

“Quanto aos comunicantes sexuais ou membros de uso de drogas endovenosas, há a necessidade de se buscar a colaboração do paciente na sentido de revelá-los ao médico quando for factível o rastreamento epidemiológico. Haverá aqui, nestas condições possibilidades de ruptura de sigilo plenamente justificada, posto que se está a proteger o bem estar social e a saúde (e mesmo a vida) de outras pessoas - tem aqui em vista o conceito de legítima defesa (CEM 102). Em nosso meio, infelizmente, as condições práticas para a realização do rastreamento de comunicantes, mesmo por parte dos órgãos públicos aos quais cabe esta tarefa, tem sido mínimas ou ausentes. Quando ele for efetuado, no entanto, será dever do médico, bem como dos demais membros da equipe encarregada desta atividade, usar do máximo cuidado a fim de impedir a disseminação de informações relativas ao paciente para além dos limites daquilo realmente necessário, evitando-se destarte, transtornos de ordem pessoal para este (CEM, 14, 44, 102, 107 e 108)”.

Estas colocações, enfocando especialmente o conceito da legítima defesa e o sentido de proteção de bens de maior relevância que o bem estar individual, isto é, o bem estar, a saúde, a preservação da vida de terceiros, aqui representados pelo parceiro e pelo conceito, aplicam-se inteiramente às demais DST.

Além disto, a estratégia a ser usada, através de um cartão entregue pelo próprio paciente (não há quebra de sigilo profissional) ou da convocação do parceiro pelo médico (através do correio ou de agente de saúde), sem informar os dados de identificação do paciente, garantem de certa forma a manutenção de confidencialidade.

É possível que, através desta metodologia, possam ser desenvolvidos programas de rastreamento de comunicantes que, certamente, terão impacto nas estatísticas de DST em nosso meio.

Brasília-DF, 09 de dezembro de 1993.

Nilo Fernando Rezende Vieira
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 10/12/93

TEMPO DE ARQUIVAMENTO DE PRONTUÁRIO DE CRIANÇA

POSSÍVEL CONFLITO ENTRE O ESTATUTO DA CRIANÇA E A RESOLUÇÃO CFM Nº 1331/89

Parecer CFM

A presente consulta foi dirigida a este Conselho através de carta datada de 25 de maio de 1993, assinada pela ilustre Bibliotecária do Hospital Municipal "Prof. Waldomiro de Paula" do Distrito de Saúde de Itaquera, da Prefeitura do Município de São Paulo.

Para melhor entendimento da dúvida suscitada pela signatária transcrevo, na íntegra, o teor de sua missiva:

"Na qualidade de Bibliotecária deste Hospital e membro da Comissão Setorial de Avaliação de Documentos da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, vimos consultar esse Órgão para o fim de obter um parecer sobre o período de guarda de prontuário médico de pacientes parturientes, nas questões abaixo articuladas:

I - o Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei 8/069/90, no artigo 27, estabelece como Direito Personalíssimo o reconhecimento do estado de filiação com caráter imprescritível e indisponível. No artigo 10 - inciso I, da mesma lei, o legislador impõe um período para guarda de informações dessa natureza, ao estabelecer prazo de 18 (dezoito) anos.

2 - A Resolução C.F.M. 1.331/89, interpretada pelo Processo Consulta C.F.M. 1.076/92, estabelece um prazo não inferior a 10 (dez) anos, após o último atendimento prestado ao paciente, para reprodução, substituição, e/ou incineração de prontuários médicos originais.

Face as controvérsias citadas, solicitamos a manifestação deste Conselho, no sentido de se adequar uma forma padronizada que possibilite racionalizar a manutenção de prontuários médicos, sugerindo para tanto, que prontuários médicos de parturientes, permaneçam nas Unidades pelo menos 30 (trinta) anos, podendo todavia, serem microfilmados ou informatizados, e decorrido esse tempo, manter seus originais por mais de 20 (vinte) anos em arquivo intermediário.

Diante do exposto, solicitamos apreciar e deliberar no âmbito de competência desse Conselho..."

Tratando do tema prontuários médicos, neste Conselho, temos o parecer 493/89, que originou a Resolução CFM nº 1331/89; o parecer 16/90, que define os documentos componentes do prontuário médico e o parecer 1076/92 que trata de hierarquia legal entre a Lei nº 5433/68 e a Resolução CFM nº 1331/89.

A dúvida suscitada e a sugestão oferecida pela missivista é com relação ao prazo não inferior a 10 (dez) anos, após o último atendimento prestado ao paciente para substituição dos prontuários médicos, previstos na Resolução CFM nº 1331/89 e o prazo de 18 (dezoito) anos, previsto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, que os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes são obrigados a manter registro das atividades desenvolvidas através de prontuários individuais.

O parecer CFM nº 1076/92 trata da hierarquia legal entre a Lei nº 5.433/68 e a Resolução CFM nº 1331/89, conforme podemos ver em sua conclusão transcrita na íntegra: "Baseado nos pareceres CFM nº 493/89 e 16/90, bem como na Resolução CFM 1331/89, atualmente o prazo para eliminação dos prontuários médicos (substituição) é de, no mínimo, 10 (dez) anos, após o último atendimento prestado ao paciente."

Ainda com base no parecer da ilustre Assessora Jurídica Gislaíne Jaciara Castro dos Santos, podemos dizer que com a Resolução CFM 1331/89, não há quebra

do princípio da hierarquia legal em relação a Lei nº 5433/68. Contudo, vale ressaltar que a referida Resolução não inviabiliza a reprodução destes originais em microfílm, no decorrer do prazo de 10 (dez) anos, desde que sejam mantidos os originais, conforme previsto na mesma."

A Resolução CFM nº 131/89, anterior ao parecer referido, foi o instrumento legal que determinou o prazo não inferior a 10 (dez) anos, a fluir da data do último registro de atendimento do paciente, para substituição dos prontuários médicos.

Também, a Resolução CFM nº 1331/89 não determina a destruição dos prontuários médicos, pois nos seus artigos 1º e 2º registra-se respectivamente: **"O prontuário médico é documento de manutenção permanente pelos estabelecimentos de Saúde e após decorrido prazo não inferior a 10 (dez) anos, a fluir da data do último registro de atendimento do paciente o prontuário pode ser substituído por métodos de registros, capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas"** (grifo nosso).

Ainda por entender pertinente e concordar com o mesmo transcrevo a seguir o parecer da Assessora Jurídica deste Conselho:

"Preliminarmente, faz-se necessária uma exegese correta da legislação, antes de conferir-lhe qualquer interpretação equivocada.

'O Estatuto da Criança e do Adolescente', em seu artigo 10, inciso I, reza o seguinte:

Art. 10 - 'Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes públicos e particulares, são obrigados a:

I - Manter registro das atividades desenvolvidas, através de prontuários individuais pelo prazo de dezoito anos;'

.....
A interpretação correta de tal período de guarda da referida documentação, diz respeito a um termo inicial **gestação** - e um termo final - **dezoito anos de idade** -; é exatamente o período temporal em que a criança encontra-se sob a égide do Diploma Especial citado, ou seja, de dezoito anos, torna-se o indivíduo maior e portanto, seus atos não mais terão incidência no âmbito do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Por outro lado, a Resolução nº 1.331/89, é clara ao disciplinar o procedimento em relação ao paciente no sentido mais amplo, ou seja, estaria totalmente fora de propósito que uma criança atendida em um hospital inicialmente aos 10 (dez) anos de idade, tivesse o seu prontuário guardado por 28 (vinte e oito) anos, ou seja, 10 (dez) mais 18 (dezoito), perfazendo a idade de 38 (trinta e oito) anos, ou então, em revogando-se o prazo de 10 (dez) anos, fosse o período obrigatório de 18 (dezoito) anos, perfazendo ao final, a idade de 28 (vinte e oito) anos, quando a mesma criança, se tornaria adulta, e portanto, não mais estaria no âmbito do Diploma Legal.

Isto posto, entende esta Assessoria que o prazo mínimo de dez anos, disposto na Resolução 1331/89, possui aplicação geral em todos os casos de arquivo de prontuário médico, abrangendo, inclusive, o menor de 17 (dezesete) anos, que terá o prontuário arquivado até que complete a idade de 27 (vinte e sete) anos, o que, se incidisse na norma especial, ao mesmo caberia só mais 1 (um) ano de arquivo, quando completaria então 18 (dezoito) anos e se tornaria maior para os fins dispostos no Estatuto da Criança e do Adolescente...."

Deste forma, podemos afirmar que não há controvérsias nem conflito de legislação entre o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Resolução CFM nº 1331/89, sobre o tempo de arquivamento de prontuários de crianças.

Este é o parecer, s.m.j.

Brasília, 10 de janeiro de 1993.

Tarcísio de Almeida Pimentel

Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 10/06/94

Arq. Cons. Region. Med. do PR.

QUEBRA DE SIGILO PROFISSIONAL ENVOLVE PERÍCIAS

Parecer CFM

O médico Marcelo Augusto L. Cardoso, da Legião Brasileira de Assistência, lotado na Seção de Benefício (GERAD/SEBEN) da Superintendência Estadual do Rio de Janeiro, atuando no atendimento médico dos servidores e, também, na JUNTA OFICIAL, responsável pelas Perícias Médicas de que trata a Lei nº 8.112/90, considerando que, no andamento processual habitual, após parecer de uma Junta Médica Oficial, o Processo segue para a Direção Nacional (DIRHI) - Diretoria de Recursos Humanos, de Brasília - de onde, **SISTEMATICAMENTE, é devolvido para que seja especificada no laudo pericial a doença do Servidor, por não aceitar, aquela Diretoria, que se faça apenas a referência de que o Servidor é portador de patologia enquadrada no art. 186, parágrafo 1º, da Lei nº 8.112/90, formula a seguinte consulta, in verbis:**

"Na burocracia processual envolvendo PERÍCIAS MÉDICAS, e, com relação à ÉTICA MÉDICA, a quebra de SIGILO PROFISSIONAL conforme sugere o ART. 205 da Lei nº 8.112, de 11/12/90, deve ser aceita como o "dever legal" de que trata o Art. 102 do CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, ou é suficiente que os médicos peritos façam apenas o enquadramento legal do caso, referindo tratar-se, p. ex., de "invalidez permanente" por "acidente em serviço", ou por "moléstia profissional", conforme preceitua o Art. 186 da referida Lei ou, então, em outro exemplo, referindo tratar-se de "doença grave", "contagiosa", ou "incurável", enquadrada no § 1º, inciso I, do Art. 186, da Lei nº 8.112, de 11/12/90?

No caso de prevalência da quebra do sigilo profissional, essa conduta deverá ser generalizada, ou haverá excessões?"

LEGISLAÇÃO:

1 - Lei 8.112, de 11/12/90, Seção IV - da licença para tratamento de Saúde, Art. 205: "O atestado e o laudo da junta médica não se referirão ao nome ou natureza da doença, salvo quando se tratar de lesões produzidas por acidente em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas no art. 186, § 1º."

2 - Lei 8.112, de 11/12/90, Seção I - Da Aposentadoria, Art. 186 "O servidor será aposentado:", inciso I: "por invalidez permanente, sendo os proventos integrais quando decorrente de acidente em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável, especificada em lei, e proporcionais nos demais casos."

3 - Parágrafo 1º - "Considera-se doenças graves, contagiosas ou incuráveis, a que se refere o inciso I deste artigo, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira posterior ao ingresso no serviço público, hanseníase, cardiopatia grave, doença de Parkinson, paralisia irreversível e incapacitante, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados do avançados Mal de Paget (osteíte deformante), síndrome de imunodeficiência adquirida - AIDS, e outras que a lei indicar, com base na medicina especializada."

4 - Código de Ética Médica, capítulo IX - Segredo Médico, Art. 102: "(É vedado ao médico:) "Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente."

DISCUSSÃO

Parece-nos claro que o consulente busca esclarecimentos neste Conselho, por entender com base no Art. 102 do Código de Ética Médica, que a excessão para revelar o segredo profissional, além da justa causa ou autorização expressa do paciente, reside, também, no dever legal e que o Art. 205 da lei nº 8.112/90 determina excessão para a quebra do Segredo Médico, quando permite referência ao nome ou natureza das doenças, quando se tratar de lesões produzidas por acidente em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas no Art. 186, parágrafo 1º.

O zeloso consulente entende que poderia preservar o sigilo, não expressando o nome ou a natureza da doença, mas, apenas, referindo no laudo que o servidor seria portador de patologia enquadrada no Art. 186, inciso I, parágrafo 1º, da Lei nº 8.112-90.

Entendemos que este artifício poderia, por um lado, beneficiar o paciente, por não expressar a natureza de sua patologia, que poderia ser, por exemplo, AIDS, Tuberculose, Alienação Mental, Hanseníase, e outras, todas causadores de discriminação social. Por outro lado, correr-se-ia o risco de, pela não referência à condição de afastamento, como nos casos de doença em serviço de moléstia profissional, colocar-se o servidor sob suspeita de ser portador de patologia que o submetesse à discriminação.

Contudo, não é essa questão a ser dirimida. O que se questiona é se o dispositivo legal apontado, que determina a quebra do Sigilo Médico, corresponde ao dever legal de que trata o Art. 102 do Código de Ética Médica. A legislação e jurisprudência citada em Parecer referente ao Processo Consulta nº 3016/86, aprovado por este Plenário, expressa que compete à lei, tendo em vista um interesse público superior, trazer excessões ao Segredo Médico e que a legislação brasileira menciona, entre as situações em face das quais o médico tem o dever de abrir excessão à regra do segredo, como é o caso da comunicação das doenças de notificação compulsória, o exercício da função pericial.

Assim, entendendo que os dispositivos citados da Lei nº 8.112/90 orienta o exercício da função pericial do médico, determinando as patologias que devem ser expressas no atestado médico e no laudo da junta médica, especificamente para licença para tratamento de saúde e para Aposentadoria dos servidores submetidos ao Regime Jurídico Único.

CONCLUSÃO

Face ao exposto, cabe razão à Diretoria de Recursos Humanos - DIRHU, esta, também, obrigada por lei ao dever do sigilo, pela exigência de ser especificada, no laudo pericial, a doença do Servidor, não caracterizando, dessa forma, lesão ao estatuto do segredo Médico, pois a autoridade legal detem a atribuição de determinar a perícia e o médico, face ao apoio das leis, tanto penal e civil, como ética, pode, por justa causa, quebrar o Segredo Médico, sem, no entanto desobrigar-se da guarda do mesmo.

É o parecer,

Brasília, 08 de setembro de 1992.

Hercules Sidnei Pires Liberal
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/ 12/ 92

PRAZO QUE UMA EMPRESA MÉDICA OU SEU RESPONSÁVEL TÉCNICO DEVE MANTER ARQUIVADO AS REQUISIÇÕES, LAUDOS, PEÇAS, LÂMINAS, ETC...

Parecer CFM

I - RELATÓRIO

A matéria objeto deste parecer é uma consulta feita ao CRM/ES pelo PAI - Centro de Diagnóstico Médico Laboratorial Ltda., através de missiva nos seguintes termos: "Sr. Presidente, solicitamos a esse Conselho um esclarecimento sobre a seguinte questão:

por quanto tempo esta Empresa de Serviços Médicos (ou seu Responsável, ou, ainda, os médicos que nela exercem atividades) é responsável pela guarda de documentos médicos (Informações, ou seja cópias de laudos e equivalentes) e materiais biológicos (peças cirúrgicas fixadas, blocos de parafina com materiais incluídos, lâminas com esfregaços ou com cortes histopatológicos)?"

O Consulente informa ainda que tal pergunta prende-se ao fato de que prevê um futuro remanejamento dos arquivos da citada empresa.

Alegando não encontrar legislação específica sobre o consultado, o presidente do CRM/ES solicita a este Conselho que seja regulamentado o assunto em tela.

Designado para analisar e emitir parecer sobre a consulta em agosto de 1993, este paracerista dirigiu-se às Sociedades Brasileira de Patologia e de Citopatologia, respectivamente, através de ofícios números 135 e 136, datados de 08 de setembro de 1993. E, por não haver recebido respostas, em abril de 1994 dirigiu-se ao Departamento de Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo consultando sobre o assunto. Esse Departamento respondeu enviando uma cópia do Decreto nº 12.479, de 18 de outubro de 1978. Referido Decreto Estadual aprova norma técnica especial relativa às condições de funcionamento dos estabelecimentos sob responsabilidade de médicos, dentistas, farmacêuticos, químicos e outros titulares de profissões afins.

Da norma citada ressaltamos:

Artigo 1º - Para os efeitos desta norma técnica especial, considera-se:

I -

II -

III -

IV - Correlato - substância, produto, aparelho ou acessório não enquadrado nos conceitos de droga, medicamento, consumo farmacêutico, cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa ou proteção da saúde individual ou coletiva à higiene pessoal ou de ambientes, ou a fins diagnósticos e analíticos, os cosméticos e perfumes, e ainda, os produtos dietéticos, óticos, de acústica médico, odontológicos e veterinários.

Artigo 45 - Esses estabelecimentos e congêneres deverão contar, no mínimo obrigatoriamente, com os equipamentos, controles e desempenhos seguintes:

I - Laboratórios de Análises Clínicas de Patologia Clínica:

a) Equipamentos:

b) Controles:

1) Arquivo de resultados técnicos mantidos durante 5 anos, em ordem cronológica.

II - Laboratórios de Anatomia Patológica:

a) Equipamentos:.....

b) Controles:

1) Arquivo de resultados técnicos mantidos, pelo menos durante 5 anos, em ordem cronológica.

2) -

3) -

4) - Arquivo de, lâminas, e blocos, com finalidade de documentação e ensino, mantidos pelo menos, durante 5 (cinco) anos.

III - Laboratórios de Citologia:

a) Equipamentos:

b) Controles:

1) - Arquivos de resultados técnicos mantidos, no mínimo, durante 5 (cinco) anos.

2) -

3) -

4) - Arquivos de Lâminas, com finalidade de documentação mantidos, no mínimo, durante 5 (cinco) anos.

IV - Laboratórios da Radioisotopatologia "in vitro" e "in vivo:"

a) Equipamentos:

b) Controles:

1) - Arquivo de resultados técnicos mantidos, pelo menos, durante 5 (cinco) anos.

V) - Laboratórios de líquido céfalo-raquidiano:

a) Equipamentos:

b) Controles:

1 - Arquivo de resultados técnicos mantidos, pelo menos, durante 5 (cinco) anos.

Artigo 46 - Os laboratórios congêneres satisfarão os requisitos mínimos adequados quanto a equipamentos, controle e desempenho, de acordo com as exigências para os laboratórios referidos no artigo 45 e a critério da autoridade sanitária competente.

O parecer consulta CFM nº 493/87 trata do prazo de manutenção do prontuário médico e o parecer consulta CFM nº 2969/89 versa sobre documentos constantes do prontuário médico e em ambos fica claro que o prontuário do paciente é documento de manutenção permanente pelos estabelecimentos de saúde, sendo os laudos de

resultados de exames laboratoriais e de outros métodos diagnósticos auxiliares partes integrantes do prontuário médico.

II - Parecer

Isto posto, e para melhor entendimento da resposta, dividimos o questionamento feito em duas partes:

a) Qual o prazo de manutenção para Empresa ou Entidade, das requisições e cópias de laudos laboratoriais de Anatomia Patológica e Citologia?

b) Qual o tempo de manutenção em arquivos, pela Empresa ou seu responsável legal, das peças anatômicas fixadas, blocos de parafinas, lâminas para citopatologia e histopatologia?

Quanto a primeira pergunta, entendemos que, por estes documentos fazerem parte integrante do prontuário, eles devem ser mantidos, permanentemente pelos laboratórios. No entanto, entendemos, também, que o prazo mínimo para manutenção dos originais desses documentos é de (cinco) 05 anos, findo o qual podem ser substituídos por microfilmagem, arquivos informatizados, ou outros métodos de registro, capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas, quando for exigido quer para a preservação da memória histórica dos arquivos quer para fins jurídicos ou de ensino.

Por outro lado, para a segunda pergunta entendemos que:

- 1 - as peças anatômicas fixadas devem ser mantidas, no mínimo, durante 03 meses.
- 2 - as lâminas para estudos citológicos e histopatológicos devem ser mantidos, no mínimo, durante cinco (05) anos;
- 3 - os blocos de parafinas devem ser mantidos, no mínimo durante 05 (cinco) anos.

Finalmente, findo os prazos mínimos acima fixados, para cada situação, tanto as peças anatomicas fixadas como as lâminas de citologia, histopatologia e os blocos de parafina podem ser destruídos.

Este é o parecer.

Brasília, 29 de setembro de 1994.

Tarcísio de Almeida Pimentel
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 30/ 09/ 94

Nota: a respeito do assunto vide "Arquivos" nº 13, 16, 23 e 26.

APLICAÇÃO AOS LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS DA RESPONSABILIDADE TÉCNICA DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES E DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

Parecer CFM

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, pelo ofício CREMIG - Dir 073/92, encaminha consulta a este Conselho, nos seguintes termos:

"Tendo em vista o disposto na Resolução 1342/91 e, considerando que a referida Resolução cuida da responsabilidade técnica das organizações hospitalares e de assistência médica, indagamos de V. Exa., em face da consulta que nos foi formulada, se as disposições da mencionada Resolução são aplicáveis aos laboratórios de análises clínicas..."

Modernamente, nota-se que, cada vez mais, ocorrem ligações e interposições entre as diversas áreas do saber. Especificamente nas áreas de saúde os avanços científicos e tecnológicos são grandes e em tempos cada vez mais curtos, o que torna mais difícil uma delimitação precisa entre uma área do conhecimento e outras.

Se tomarmos como base a presença do ato médico, verificaremos que no laboratório de análises clínicas o profissional de saúde, historicamente responsável pela sua ação, é o bioquímico e sua atividade precípua é a realização de exame laboratorial - exames complementares ao diagnóstico clínico. Considero, portanto, que não ocorre, no caso específico, ato médico e, se tal não ocorre, não há porque colocarmos um médico como responsável pela Direção clínica de um laboratório de análises clínicas.

Nos casos específicos citados pelo eminente Conselheiro Dr. Cláudio Franzen faço os seguintes comentários:

a) No processo consulta nº 1180/90, o médico Flávio César Bertoni do Sanatório Mato Grosso de Centro Espírita Discípulos de Jesus, indaga ao Conselho Federal de Medicina se "o Diretor Clínico de Hospital psiquiátrico deve ser um profissional especializado em psiquiatria?" Com "parecer de vista", o plenário do CFM aprovou o entendimento do ilustre Conselheiro Waldir Mesquita que, assim, concluiu: "Considerando o contido no artigo 29 do Decreto nº 20.931/32, no art. 4º e parágrafo único e no art. 5º do Decreto nº 24.559/34, a resposta ao quesito posto pelo suplente é sim. Do ponto de vista legal os estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou privados, deverão ser dirigidos por profissionais devidamente habilitados". Mais adiante o parecerista lembra a necessidade de alteração da referida lei, porquanto conflita com a lei que disciplina a profissão do médico e que dá a este o direito de exercer a medicina em todas as áreas.

b) A ilustre assessora jurídica deste CFM, Cecília Marcelino, em Parecer Aj 23/88 citado no Processo consulta nº 1212/88 invoca o artigo 15 da lei nº 3999, de 15 de dezembro de 1991, que preceitua: **"os cargos ou funções de chefia de serviços médicos, somente podem ser exercidos por médicos, devidamente habilitados na forma da lei."** Conclui, ao final, ciente de que as atividades a serem desenvolvidas pelo ocupante do cargo de "Diretor Geral de Saúde" envolvem questões atinentes ao exercício da Medicina,

assegurando que este cargo deve ser ocupado por médico que possua a habilitação exigida e prevista legalmente, como disposto no mencionado artigo da Lei nº 3999/61.”

No mesmo processo consulta acima citado, o ilustre Conselheiro Sérgio Ibiapina Ferreira Costa assim conclui: “1. O exercício da profissão de médico, dissociado de qualquer qualificação ou condição especial, seja decorrente do indivíduo, ou mesmo, a quem sejam prestados os serviços, pressupõe a habilitação e inscrição do profissional, nos termos da lei, perante o Conselho Regional de Medicina, ao qual esteja jurisdicionado. 2. Legalmente, só cargos e funções de chefia de serviços médicos são privativos dos profissionais médicos, regularmente habilitados na forma da lei. 3. Cometida infração decorrente do exercício da profissão de médico, dentre as previstas no Código de Ética Médica - Res. CFM 1246/88 é da responsabilidade do Regional em que estiver o facultativo inscrito, a apuração da responsabilidade ética, sem prejuízo, uma vez apurada falta de ordem penal, civil ou administrativa, da instauração de processo pela autoridade competente, esta a ser determinada pela natureza do deslize.”

Comentário - Novamente, estamos diante de fatos diversos da solicitação do consultante ou seja, a lei nº 3999 de 15/12/91, diz explicitamente, quais as funções que devem ser exercidas somente por médicos, que não é o caso dos laboratórios de análises clínicas.

c) No Processo Consulta CFM nº 499/88, o ilustre ex-Conselheiro Nelcivone Soares de Melo manifesta-se sobre a responsabilidade ética do médico na administração de sangue e hemoderivados firmando posição que o mesmo “é também responsável pelas conseqüências danosas ao paciente que delas poderão advir.”

E, finalmente, no Parecer AJ nº 17/88, referente ao Espediente CFM nº 2279/87 em que o Presidente do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Norte consulta se **bioquímico pode assumir a direção de serviço de Hemoterapia e de Banco de Sangue** a ilustre, já citada ex-assessora jurídica deste Conselho Federal de Medicina, assim se expressa: “O Decreto nº 60.969, de 07 de julho de 1967, no incisos I e II do seu artigo 1º, define o que vem a ser serviço de hemoterapia e banco de sangue, “in verbis”: “Art. 1º - I - **Serviço de Hemoterapia** - organização que processa diretamente a obtenção, coleta, controle, armazenamento, seleção e aplicação em transfusão, podendo, também, fornecer sangue a terceiro e preparar derivados de sangue não industrializados; II - **Banco de Sangue** - organização que processa diretamente a obtenção, coleta, controle, armazenamento e fornecimento de sangue, em condições de ser aplicado com finalidade terapêutica, podendo também selecionar sangue para transfusão e preparar derivados de sangue não industrializados;...” Pela análise do texto supra mencionado verificamos que entre as atribuições, quer do serviço de hemoterapia, quer do banco de sangue, encontram-se procedimentos que, necessariamente, devem estar sob a supervisão de um médico. Apenas a título exemplificativo e para elucidação, podemos ressaltar que tanto ao serviço de hemoterapia como ao banco de sangue competem a seleção e aplicação de sangue em transfusões, atos estes exclusivamente médicos e que exigem, portanto, que a sua supervisão fique a cargo de médico, posto que é este profissional que possui a competência e a formação necessária para assumir tal posição. Destarte, é certo que o serviço de hemoterapia e o banco de sangue devem ter na sua direção médico e não farmacêutico bioquímico, mesmo porque este profissional não possui competência para dirigir estabelecimento que promova a aplicação e a seleção de sangue em transfusão, conforme se deduz da leitura dos já citados incisos I e II, do artigo 1º do Decreto nº 60.969/67, combinado com o artigo 2º do Decreto nº 88.878, de 07 de abril de 1981, que assim dispõe: “Artigo 2º - I - a direção, o assessoramento, a responsabilidade técnica e o

desempenho de funções especializadas exercidas em: a) órgãos, empresas, estabelecimentos ou setores em que se preparem ou fabriquem produtos biológicos, imunoterápicos, soros, vacinas, alérgicos, opoterápicos para uso humano e veterinário, bem como derivados de sangue;...NOTE-SE - A outorga de competência que tal decreto faz para farmacêuticos-bioquímicos é para dirigir setores onde não haja a aplicação de sangue em transfusão, característica precípua do serviço de hemoterapia e banco de sangue, assim consignado no Decreto nº 60.969/67. É o parecer, s.m.j."

Comentário - Aqui, explicitamente, o parecerista delimita que em serviços de hemoterapia o médico deve ser o responsável. Inequivocamente, refere-se a tratamento médico que, sem dúvida deve ser exercida por médico - constitui ato médico e não deve ser efetuado por profissional não médico.

CONCLUSÃO: Diante do exposto consideramos que nos laboratórios onde se executam atos de análises clínicas e de patologia clínica a Direção Técnica deverá ser exercida exclusivamente por médico. Em laboratórios que executam exclusivamente, análises clínicas não há obrigatoriedade de ser médico seu Diretor Técnico.

É o parecer, s.m.j.

Wilson Seffair Bulbol
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 10/12/93



Sessão Plenária, com os Senhores Conselheiros

FORNECIMENTO DE LENTES DE CONTATO AOS PACIENTES

Parecer CFM

Em atenção ao solicitado por V.Sa. referente a questão levantada pela SOBLEC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE LENTES DE CONTATO E CÓRNEA - fornecimento de lentes de contacto aos pacientes - passo a opinar.

1 - No parecer CFM 37/90 adotamos o entendimento, já manifestado por esta Casa (PC 1591/84), que **"não se considera como comercialização quando o médico cobra seus honorários de maneira distinta dos custos das lentes, os quais são cobrados contra a apresentação da nota fiscal da empresa fornecedora, em nome do paciente"**.

2 - A SOBLEC considera tal procedimento inexecutável por razões técnicas e legais. Do ponto de vista técnico, pelo fato de, muitas vezes, ser necessário utilizar mais de uma lente no processo de adaptação e, sendo estas adquiridas pelo paciente, haveria um ônus financeiro insuportável para o mesmo.

Do ponto de vista legal a vedação decorre da Lei 6370/76 e do Decreto 79.094/77 que restringem o uso e venda de lentes de contacto, "uso profissional/ entidade especializada" e, ainda, da Lei 5991/73 e do seu Decreto regulamentador nº 74.170/74, com o mesmo entendimento. Assim, tais lentes só podem ser adquiridas através de intermediários especializados, responsáveis tecnicamente pela sua aplicação e adaptação, não sendo possível sua aquisição direta pelos usuários. Destarte, não se poderia agir conforme o sugerido nos pareceres supramencionados.

3 - Conclui a SOBLEC que "diante do exposto, entendemos que a adaptação de lentes de contato envolve atos médicos com a utilização de materiais em procedimento complexo. Os honorários médicos cobrados pelo ato de adaptação englobam, de forma una, não só a prática profissional que exige do médico o tempo de várias consultas, como também os custos de materiais empregados".

Face ao exposto, entendo que:

O procedimento correto é cobrar-se, de forma claramente separados, os valores de honorários profissionais dos valores dos materiais empregados. Estes deverão ter seus custos repassados aos pacientes, sem acréscimo para que não se constituam comércio, comprovando-se os valores através do fornecimento de recibo e cópia da nota fiscal emitida pelos fornecedores em nome de quem as adquiriu, no caso, o médico oftalmologista.

Cuiabá, 29 de junho de 1994

Nei Moreira da Silva
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/08/94

AUSÊNCIA DO CONSELHEIRO RELATOR NA SESSÃO DE JULGAMENTO DO PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL. POSSIBILIDADE DE EFETUAR-SE À SUA SUBSTITUIÇÃO.

Parecer CFM

Consulta-nos o Presidente do Conselho Federal de Medicina sobre:

A possibilidade de efetuar-se a substituição do Conselheiro Relator que falta à sessão de julgamento de Processo Ético-Profissional, dado ser esta a prática em muitos Conselhos Regionais de Medicina.

Parecer

1 - Os processos Éticos-Profissionais em tramitação perante os Conselhos Regionais e Federal de Medicina obedecem ao disposto na Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, no seu Regulamento aprovado pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, nas Resoluções editadas pelo Conselho Federal de Medicina e nas disposições do Regimento Interno.

Aliás é exatamente no Regimento Interno que podemos encontrar as normas que estruturam e organizam a forma de funcionamento das, v.g., entidades fiscalizadoras do exercício de profissão regulamentada, inclusive no que tange à forma de funcionamento do Tribunal Superior de Ética Médica, como de praxe acontece com os demais órgão integrantes do Poder Judiciário.

2 - Dentro da estrutura dos Conselhos de Medicina, a partir do momento em que o Processo Ético-Profissional entra para sua fase final há a sua distribuição para um Conselheiro Relator que se ocupará do seu estudo findo o que fará nos autos uma exposição resumida dos principais pontos do processo a fim de que na sessão de julgamento possam os demais integrantes inteirar-se sobre a questão em discussão.

Integrará este relatório uma parte conclusiva onde o Conselheiro Relator exporá os pontos que o levaram a concluir de uma forma ou outra e seu voto. Esta parte, no entanto, deverá ficar sob sigilo até a hora do proferimento dos votos.

4 - Mas, em ocorrendo a ausência do Conselheiro Relator no dia marcado para o julgamento como devem comportar-se os que estiverem presentes à sessão?

Para a resolução desta questão não encontramos qualquer subsídio à nível de Código Ético-Profissional ou Regimento Interno mas, buscando a solução para este impasse em regimentos internos de órgãos integrantes do Poder Judiciário estadual e federal, verificamos que nos casos de simples falta do Relator no dia do julgamento há o seu adiamento para a próxima sessão.

Etal se dá, sobretudo, porque o juiz relator, ou no nosso caso o Conselheiro Relator, é tido como juiz certo no processo.

À título ilustrativo podemos citar as disposições constantes do Regimento Interno do II Tribunal de Alçada Cível do Estado de São Paulo, publicado no Diário Oficial do Estado de 14 de fevereiro de 1985, que sobre esta questão assim dispõe:

*Art 65 - são juizes certos:

I - o relator desde a distribuição;

(...)*

Art. 56 - o juiz afastado a qualquer título por menos de três dias não será substituído nem excluído da distribuição.*

Portanto, não há a substituição do juiz relator que falta à sessão onde conste da pauta a apreciação do processo sob sua responsabilidade porque a sua designação dentro do processo é certa, específica, o que traz por consequência a inviabilidade da substituição.

Assim, a molde do que ocorre nos órgãos integrantes do Poder Judiciário como no citado caso do II Tribunal de Alçada Cível de São Paulo, havendo a falta do Conselheiro, ou antes, do juiz relator o adiamento da sessão é medida que se impõe.

Outrossim, mostra-se conveniente que nos casos em que o Conselheiro Relator não possa comparecer à sessão onde vai ser julgado o processo por ele relatado, assim comunicado previamente, que a substituição se dê num prazo mínimo de três dias antes da realização do julgamento.

Destarte, esta poderia ser a atitude a ser tomada tanto a nível de Conselho Regional como de Conselho Federal de Medicina.

É o parecer.

Rio de Janeiro, 09 de setembro de 1987

Cecília S. Marcelino
Assessora Jurídica

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/09/87

"Políticos honestos, porém despreparados, deixam de ser honestos.
Eles são uma fraude."

Gilbert Keith Chesterton (1874-1936), escritor inglês.

MÉDICO DA EUTANÁSIA ESCAPA DE PROCESSO

Amsterdã (AE-Reuter) - O Ministério da Justiça da Holanda informou ontem que o médico Wilfred Van Oijen, mostrado no documentário de TV "Death of Request" (pedindo para morrer), na noite de anteontem, praticando eutanásia em um doente terminal, não será processado. Segundo a porta-voz do ministério, o promotor-público não encontrou fundamentos para acusá-lo já que Van Oijen agiu de acordo com as regras gerais que regulamentam a prática da eutanásia no país. No documentário do diretor Maarten Nederhorst, de uma hora de duração, foram mostradas cenas inéditas. Van Oijen senta o paciente, Cees Van Weldel, e depois administra uma injeção letal que interrompe o funcionamento de seus pulmões e coração. Van Wendel sofria de uma grave e incurável doença neurológica, um tipo de esclerose conhecido como "doença de Lou Gehring".

A prática da eutanásia é formalmente ilegal na Holanda. Mas uma lei aprovada em 93 estabeleceu linhas gerais que regulam a prática. Uma das condições é que o paciente terminal deve sentir dores insuportáveis e pedir insistentemente para morrer. Parentes e um segundo médico devem ser consultados. Todas essas condições foram respeitadas por Van Oijen.

No filme, Van Wendel apareceu em uma cadeira de rodas, praticamente sem voz, explicando que suas condições estavam piorando rapidamente e que não desejava morrer no hospital.

Na gravação da morte de Van Wendel, conduzida no dia 3 de março último, aparece também Anthoinette, sua mulher. Ela ampara o marido, segurando a mão dele, quando o médico administra a injeção sedativa.

Em dez minutos ele adormecera.

Anthoinette, chora silenciosamente. O casal se olha fixamente, pouco a pouco Van Wendel perde a consciência. O médico então administra a segunda injeção, um relaxante muscular que paralisa a atividade de pulmões e coração. Depois disso Van Oijen pega a outra mão do paciente e abraça Anthoinette, confortando-a.

"Ele não está respirando mais, acabou", diz ela, em voz baixa, deixa o quarto, e começa a chorar. O documentário inicia com o médico chegando a casa do paciente e um diálogo entre os dois. Van Oijen pergunta se ele pensou bem e Van Wendel responde que não quer mais adiar suas decisões e que a opção da eutanásia vinha sendo um consolo para ele há meses.

A Associação Holandesa para a Eutanásia Voluntária, "NVVE", elogiou o documentário que evitou o sensacionalismo e salientou a integridade do médico. Segundo Léo Schrenk, diretor da TV que transmitiu o documentário, a linha telefônica especial para comentários sobre o programa recebeu 200 chamadas, a maioria delas favorável a eutanásia e ao programa.

"Matar alguém é pior coisa que se pode imaginar. Mas para mim, como médico, é bem diferente do que ajudar um paciente a parar de sofrer mais do que ele deseja", disse Van Oijen. O Vaticano não se pronunciou sobre o documentário, mas classifica a lei holandesa de "monstruosa aberração", apesar de evidências de que médicos de outros países do mundo aceitem a prática da eutanásia.

Transcrito da Gazeta do Povo de 22/10/94

INTEGRALIDADE DA COBERTURA ASSISTENCIAL PELAS EMPRESAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Comentários sobre a Resolução CFM 1401/93

Consoante sugestão apresentada na reunião de 04/02/94, havida entre os Conselhos Federal e Regionais de Medicina, procuramos abordar pontos mais controversos da Resolução CFM 1401/93, não sem antes registrar a sua extraordinária importância tanto para os usuários como para os médicos.

Para os pacientes, por tornar a assistência prestada pelas empresas de medicina de grupo, seguro-saúde, cooperativas e similares condizente com os princípios contidos na Constituição Brasileira que situa a Saúde como um bem público e a define como universal e integral. Para os médicos, por vedar as posturas restritivas dessas empresas que, com frequência, tolhem gravemente o seu trabalho, limitando o seu dever de atender a seus pacientes e de usar todos os meios disponíveis em benefício dos mesmos. Com a vigência plena da Resolução 1401/93, poderão os médicos brasileiros bem atender a todos os seus pacientes, portadores desta ou daquela condição, adremente excluídos da atenção necessária.

Convém, ainda, que se mencione o momento da promulgação da Resolução, quando, pela absoluta destruição da rede pública de saúde em nosso País, fruto de uma política verdadeiramente irresponsável, executada por sucessivos mandatários, cerca de 32 milhões de usuários foram compelidos a procurar uma melhor assistência, pagando novamente a um sistema complementar por aquilo que já pagaram sob forma de contribuição previdenciária e impostos. Cobrados e não atendidos pelo Governo, submetem-se a novo ônus em busca de uma segurança que, no mais das vezes, mostra-se ilusória. Se oportuna e bem vinda esta iniciativa do CFM, é necessário que se prossiga em defesa da efetiva implantação do SUS e da alocação dos recursos necessários ao seu pleno funcionamento.

Isto posto, passemos a considerar os aspectos mais importantes e, portanto, mais controversos da Resolução 1401. Sem sombra de dúvidas, **o primordial é a integralidade da cobertura assistencial, vedando-se cláusulas restritivas por grupos de patologias. De tão abundantes e vagas tais cláusulas contratuais, surpreendemo-nos com o restrito campo de possibilidades reais de atendimento que se coloca aos usuários.**

A exclusão de amplo aspectos de patologias, que inclui desde as doenças congênitas, passando pelas doenças infecciosas e doenças crônicas, concluindo pelas doenças "pré-existentes", constitui objeto de inexistente sustentação legal, face ao pressuposto constitucional da integralidade da assistência. Assim, quando as dúvidas especificamente manifestadas a este Conselho, pensamos ser claro que a cobertura deve abranger doenças congênitas, crônicas, de longa duração, "pré-existentes", tratamentos psiquiátricos, psicoterapias, próteses e órteses, cirurgias plásticas reparadoras, transplantes, inclusive naquilo que se refere ao doador, doenças associadas ao álcool e outros tóxicos, tentativas de suicídio, entre outras. Já em relação aos acidentes de trabalho

e doenças profissionais, o atendimento deverá ressaltar o que é previsto em legislação específica. Pensamos que esta obrigação não se estende a procedimentos com finalidade meramente estética nem a tratamentos experimentais, mesmo porque estes devem obedecer a rígidas normas referentes à pesquisa científica estabelecidas em nosso território. Outras situações aqui não mencionadas deverão ser analisadas caso a caso, procurando sempre preservar o máximo direito ao atendimento.

A Resolução em tela veda, também, restrições quantitativas ou de qualquer outra natureza. Tais vedações se fazem necessárias visto que, com freqüência, limitações quantitativas inviabilizavam o atendimento necessário aos usuários. Exemplos maiores disso se observaram na autorização de número ínfimo de diárias de UTI, controle rigoroso do número de procedimentos de maior complexidade (leia-se maior custo), tais como tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, ultrassonografias, etc. Igualmente são "racionadas" as sessões de fisioterapia e de outros procedimentos.

Em relação ao impacto financeiro sobre as mensalidades que esta integralidade venha a determinar, nada há que fundamente a suposição de que a adoção da integralidade nos contratos vigentes possa provocar a bancarrota do sistema. Assim, é necessário subsidiar esta discussão com dados numéricos que permitem uma avaliação real da sua extensão.

Muito se tem discutido sobre os prazos de carência contratualmente estabelecidos., Há os que defendem a sua extinção, valendo-se da já surrada comparação com o seguro de um automóvel que passa a vigir imediatamente após sua contratação, sendo, pois, descabido que para um ser humano exista um lapso temporal a ser percorrido até que se habilite ao benefício da assistência contratada. Por outro lado, há os que entendem ser o prazo de carência uma questão puramente financeira, argumentando que ao segurar-se um determinado bem (voltemos ao automóvel), está claramente definido o valor máximo que poderá ser dispendido em função daquele contrato: o valor total do bem. Já na assistência médica esse valor é imprevisível, podendo variar de uma única consulta a uma prolongada internação em UTI. Assim, parece-nos que, por hora, a questão da carência deve ser encarada como um elemento de segurança econômica e financeira do sistema, a ser estabelecida entre os contratantes, observando-se, evidentemente, os limites do razoável, com prazos racionais, obedecendo-se a uma lógica que não permita que tais carências constituam em uma forma velada de exclusão. Em contrapartida, suprimir-se-iam quaisquer carências para urgências e emergências.

Outro ponto freqüentemente questionado é o da livre escolha do médico pelo paciente. Se é livre mesmo ou se a liberdade é limitada aos profissionais credenciados ou cooperados ou outra denominação utilizada pela empresa. Entendemos que o efeito é para todos mesmo, abrangendo o território nacional por inteiro. Quando o usuário recorrer a profissional médico não pertencente aos quadros da empresa, deverá arcar com o pagamento dos honorários, conforme estipulado pelo médico e solicitar reembolso à empresa com a qual mantém contrato, cabendo a esta reembolsá-lo no menor prazo possível, respeitando, como piso, a Tabela Nacional de Honorários Médicos. Cumpre salientar a importância deste dispositivo da livre escolha não só para os pacientes como também para os médicos. Para os pacientes, pois, não raramente, descobrem que determinado profissional mencionado pelas empresas como pertencente a seus quadros não mais pertence (pertenceu algum dia, talvez) ou que o acesso a ele depende de guia de encaminhamento, quase nunca obtida. Para os médicos, pois, passam a poder ser

procurados por clientela que antes não podia optar por eles, já que não pertenciam ao sistema. Registre-se que, em muitos casos, as exigências impostas pelas empresas para credenciamento são inteiramente descabidas, impossibilitando o acesso aos sistema a profissionais novos, mascarando, sob a alegação de busca de melhor qualidade, uma odiosa reserva de mercado de trabalho. Aplica-se o mesmo entendimento para laboratórios e outros serviços complementares.

A respeito da livre escolha de estabelecimentos hospitalares e de serviços auxiliares de diagnóstico, tem sido freqüentemente a idéia de que os usuários dessas empresas irão, "obviamente", preferir os estabelecimentos "de luxo" e de maior renome. Conceituado articulista já se referiu a "quem vai deixar de internar-se na suite do Albert Einstein?". Trata-se, a nosso ver, de rematada tolice, pois o tipo de instalações disponíveis (coletivos, semiprivativos ou individuais) está definido em contrato. Além disso, ao optar por se internar em instituição não pertencente ao sistema com o qual mantém contrato, o usuário irá fazê-lo através do sistema de pagamento direto para posterior reembolso, o que funcionará como mecanismo regulador desta procura. É evidente que podem ser estabelecidos mecanismos de controle, mediante autorizações prévias e estipulação de prazos a serem obedecidos nas solicitações de serviços e reembolsos.

Cremos ser desnecessário tecer muitas considerações a respeito do direito do médico de livremente escolher os métodos de diagnóstico e terapêuticos, desde que consagrados pelo saber atual e utilizados em benefício unicamente do paciente e não do seu próprio ganho, como freqüentemente denunciam, as empresas, acusando profissionais de práticas abusivas e em proveito próprio, através da multiplicação de atos e da solicitação de procedimentos a serem realizados por eles mesmos, sem que correspondam as necessidades médicas do paciente. Tais casos, detectados pelas auditorias das empresas, além de providências cabíveis no âmbito destas, devem ser encaminhados aos Conselhos Regionais de Medicina para a devida apuração.

Quanto ao disposto no artigo 3º da Resolução em tela, nada há que inviabilize as auditorias por parte das empresas. Estas são necessárias por se constituírem em mecanismos de controle interno, devendo preocupar-se não só com os aspectos contábeis, mas com a própria qualidade dos serviços oferecidos. A Resolução apenas repristina o absoluto zelo com o sigilo das informações de natureza médica contidas no prontuário, existindo sobre o tema reiterados pareceres deste Conselho.

No que diz respeito ao registro das empresas nos respectivos Conselhos Regionais em cuja(s) jurisdição(ões) atuem, trata-se apenas de cumprir a Lei 6.839, de 30 de outubro de 1980, em pleno vigor no País. Em relação ao alegado pelas empresas de seguro-saúde, da não obrigatoriedade de se registrarem em Conselhos de Medicina, além do registro na SUSEP, parece-nos claro que devem as mesmas inscrever-se também nos Conselhos de Medicina, por serem atividades básicas a assistência médica. Somente assim poderá se cumprir o que determina a Lei 3.268, qual seja, a de que cabe aos Conselhos, por delegação do Poder Público, em nome da Sociedade, zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina. Como fiscalizar a atividade de uma empresa se dela não se tiver notícias, através do competente registro? Fica, pois, claro que também elas, seguradoras de saúde, devem registra-se. Aquelas empresas que não cumprirem com este dispositivo estarão em situação irregular e devem ser indicadas aos órgãos de fiscalização competentes, além da responsabilização ética do seu diretor-técnico, se houver.

Finalmente, a efetiva implantação do disposto na Resolução 1401/93 dar-se-á na medida em que a Sociedade for esclarecida do seu alcance e envolvida num movimento que, pela sua dimensão, já extrapolou da órbita mais restrita dos Conselhos de Medicina. É o parecer,

Brasília, 10 de março de 1994.

Nei Moreira da Silva
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/ 03/ 91



Mesa diretora das Reuniões Plenárias do CRM/ PR, as segundas-feiras, as 20:30h. Secretário (esquerda) Dr. Daebes Galati Vieira, Presidente (ao centro) Dr. Wadir Rupollo e Dr. Marcos Flávio Gomes Montenegro (direita).

O DIREITO DO MÉDICO REQUERER DESAGRAVO PÚBLICO AO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA

(Art. 26 do Código de Ética Médica)

O Art. 26 do Código de Ética Médica faz parte do conjunto de normas diceológicas agrupadas no Capítulo II sob o título genérico de "Direito do Médico".

Longe de serem consideradas normas de defesa do "espírito de corpo", elas abrangem os direitos do médico, como decorrência do cumprimento dos seus deveres. Foi esta a compreensão dos participantes da I Pré-Conferência de Ética Médica do Distrito Federal ao

apreciarem este conjunto de normas, de iniciativa do ilustre Conselheiro Heitor Vasconcelos Passos, encaminhado como contribuição à I Conferência Nacional de Ética Médica, em novembro de 1987.

O Artigo 26 está sob o agasalho do dispositivo constitucional de que trata o inciso V do art. 5º, Capítulo I - Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos:

"É assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem".

Constitui a norma do artigo 26 do Código de Ética Médica a garantia de que o Conselho Regional de Medicina providenciará o desagravo público por ofensa ou denúncia infundadas de domínio público, que atinja o médico por exercício de atividade profissional.

Consulta-nos o CREMERJ quanto ao procedimento a ser adotado em relação ao artigo em tela.

Entendemos que o Conselho Regional, diante de uma ofensa ou denúncia pública, cabe apurar, pela via processual, usual, do procedimento administrativo ou do Processo Ético Profissional e, conseqüentemente, definir de modo claro e seguro, a existência ou não de agravo infundado contra o médico.

O requerimento de desagravo público é direito do médico, sendo, portanto, de sua iniciativa, por foro íntimo, encaminhá-lo ao Conselho Regional que apreciou o fato para providenciar o requerido.

Entendemos que o desagravo a ser providenciado pelo Conselho Regional de Medicina será uma manifestação pública da autarquia, portanto oficial, divulgando a constatação de um fato apurado na conformidade da lei. A forma não poderá ser diferente das demais manifestações decorrentes dos procedimentos usuais de apuração dos fatos denunciados.

Acreditamos, pois, que a publicação nos órgãos de divulgação de maior circulação, no âmbito da respectiva jurisdição, de NOTA DE DESAGRAVO, e sob este título, à semelhança dos editais, será o procedimento a ser adotado em relação ao Art. 26 do Código de Ética Médica.

Ao médico atingindo cabe, ainda, as prerrogativas asseguradas nos termos acima referido, de uma resposta proporcional ao agravo, indenização, etc, previstas na legislação, como direito de cidadania.

Este é o parecer, s.m.j.

Brasília, 21 de março de 1990.

Hercules Sidnei Pires Liberal
Cons. Secretário Geral

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 06/04/90

ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA PRATICADA PELO MÉDICO

Parecer CFM

O Dr. João da Costa Machado Junior, médico CRM nº 11.559, residente à rua Duque de Caxias, 197/ 403 - Rio Grande - RS, consulta este egrégio Conselho sobre a **obrigatoriedade do médico de, ao ser nomeado Perito na área de Psiquiatria mediante mandado judicial, ter que prestar tal serviço gratuitamente em prol da justiça.**

Parte Conclusiva

Já tivemos a oportunidade de nos manifestar sobre matéria de similar teor (Processo-Consulta CFM nº 1327/89). Afirmamos naquela oportunidade estar, o médico, obrigado a aceitar o munus de Perito por força do Art. 277 do Código de Processo Penal, exceto nos casos previstos nos Art. 105, 112 e 280 do mesmo Código.

Na ocasião afirmamos também que se por um lado havia a obrigação legal do médico acatar um mandado judicial, nada entretanto o impedia de ser remunerado de forma justa por atos médicos realizados tal como estabelece o Art. 3º do Código de Ética Médica.

Conclusão

Somos, portanto, de parecer que o médico nomeado perito mediante mandado judicial, salvo escusa atendível, está obrigado a aceitar tal encargo, podendo entretanto encaminhar à justiça a justa cobrança dos seus honorários médicos.

Este é o nosso parecer s.m.j.

Hilário Lourenço de Freitas Junior
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/08/90

CONSELHO DE ESPECIALIDADES APROVA TÍTULO COM REALCE PARA HABILITAÇÃO

O Conselho de Especialidades da AMB aprovou por unanimidade, no dia 26 de novembro, a proposta elaborada pelo professor Antônio Carlos Lopes que estabelece os conceitos de especialista e especialidade médica e que cria o Conselho Científico da associação. Esta nova instância será composta também por sociedades médicas que não dispõem dos requisitos para se tornarem Sociedades de Especialistas, mas que têm importância incontestável na Medicina.

Além disso, o trabalho cria outro conceito, o de "Habilitação" na área médica, o qual evitará o aparecimento de uma "nova especialidade" quando, na realidade, já há correspondente. Ele cria normas para serem observadas em situações excepcionais, como por exemplo, quando surgem áreas de atuação com interface definida entre duas especialidades. Abaixo, a íntegra do documento aprovado pelo Conselho de Especialidades:

1 - INTRODUÇÃO

O grande progresso da Medicina e das ciências biológicas leva à identificação de áreas de conhecimento de grande importância para a prática médica. A Associação Médica Brasileira, entidade maior no cenário médico nacional, tem por objetivo reunir em seu Conselho Científico todas as sociedades médicas científicas e a comissão permanente de ensino médico, residência e pós-graduação, proporcionando-lhes condições para o seu desenvolvimento e a transmissão de conhecimento por meio de uma integração abrangente. Cumpre, assim, um de seus ideais, que é o progresso científico, tecnológico e cultural do médico, para o melhor atendimento do docente e promoção da saúde.

2 - CONCEITO DE ESPECIALISTA, ESPECIALIDADE MÉDICA E HABILITAÇÃO

Especialista é o profissional que dedica sua prática médica às doenças de um órgão ou de um ou vários sistemas orgânicos afins com conhecimento de etiopatogenia, fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e prevenção específica que lhes confere condições para uma atuação completa em relação à assistência ao indivíduo.

O especialista assim conceituado e com atuação predominante em uma das etapas acima está, também, habilitado na mesma. Evidentemente existem os que reúnem os requisitos para serem especialistas, mas que pela sua atuação e conhecimento teórico e prático possuem condições para terem o Título de Habilitação.

Especialidade Médica representa um campo da Medicina que reúne especialistas afins e que é de reconhecida validade científica com os objetivos de permitir troca de conhecimentos e sua divulgação, colaborar nos vários níveis do ensino médico e na orientação profissional.

Para caracterizar uma área de atuação médica como Especialidade, é necessário que ela reúna pelo menos 100 especialistas afins e que exista há pelo menos dois anos como entidade civil organizada.

3 - A) CONSELHO DE ESPECIALIDADES

Compreende as Especialidades Médicas reconhecidas pela AMB, por satisfazerem as normas do convênio AMB/ Sociedades. Nas reuniões do Conselho de Especialidades elas tem direito a voz e a voto.

3 - B) SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Além de suas atribuições já citadas, confere os Títulos de Especialistas de acordo com o convênio AMB/ FM e os Títulos de Habilitação correspondentes aos seus Departamentos e segundo normas por elas estabelecidas (e aprovadas pela AMB).

3 - C) DEPARTAMENTOS DAS SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Correspondem às áreas específicas de atuação médica dentro de uma Especialidade (sub-especialidade) e por ela reconhecida.

Nos casos em que o Departamento de uma Especialidade envolve uma outra Especialidade (p. ex. Neurologia Infantil, que não é reconhecida pela AMB/ CFM como Especialidade), o Título de Especialista deverá ser fornecido por uma das duas Especialidades envolvidas, com exame realizado por uma comissão paritária. O Título será da Especialidade a qual o interessado pertence (Neurologia ou Pediatria) com o realce *Habilitação** na área correspondente ao Departamento (Título de Especialista) em Pediatria e Habilitação em Neuro-Pediatria ou Título de Especialista em Neurologia e Habilitação em Neuro-Pediatria).

** ou distribui-se título de habilitação específico.*

3 - D) CONSELHO DE SOCIEDADES MÉDICAS NACIONAIS

Compreende as Sociedades Médicas Científicas de caráter nacional que não preenchem os requisitos necessários para constituírem uma Sociedade de Especialidade.

3 - E) SOCIEDADES MÉDICAS NACIONAIS

Não preenchem os requisitos necessários para filiação à AMB como Sociedade de Especialidade, mas por corresponderem a uma área de atuação médica e por serem entidade civil organizada são de importância científica, contribuindo para a divulgação do conhecimento médico. Poderão tornar-se Departamento de Sociedades de Especialidades Médicas afins. Têm participação nas atividades científicas da AMB e nas reuniões do seu Conselho das Sociedades de Especialidades Médicas com direito a voz e sem direito a voto.

Para serem filiados à AMB necessitam ser aprovadas pelo seu Conselho de Especialidades, seguindo os mesmos trâmites das Sociedades de Especialidades.

Transcrito do JAMB (Dez. 94)

Nota: A respeito do tema - Especialista, vide "Arquivos nº 42.

HÁ IMPEDIMENTO TÉCNICO E PROFISSIONAL PARA O MÉDICO PORTADOR DE DISCROMATOPSIA DE REALIZAR EXAMES PARA FINS DE OBTENÇÃO À CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO?

CONSULTA

O Presidente do Conselho Nacional de Trânsito, através do Ofício nº 585/89 de 29 de dezembro do mesmo ano, indaga ao Presidente do Conselho Federal de Medicina, sobre possível impedimento técnico e profissional para que o médico especialista em oftalmologia, portador de discromatopsia, realize exames oftalmológicos em candidatos à obtenção da Carteira Nacional de Habilitação.

PARECER

A avaliação da capacidade visual não está restrita a averiguação do senso cromático, daí porque em sendo ou não o examinador portador de discromatopsia, não o impede de realizar tal exame, uma vez que equipamentos e métodos técnicos-científicos permite ao examinador subscrever os atestados especializados.

Incorporo a este, por total concordância, o Parecer do Corpo de Conselheiros do egrégio Regional de Medicina do Estado do Pará, constante deste Processo Consulta.

É o nosso entendimento, s.m.j.

Brasília, 13 de julho de 1990.

José Hamilton Maciel Silva
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/08/90

Parecer CRM/ PA

Considerando as razões apresentadas pelo Conselheiro Taro Hoshino e pelo Dr. Antonio Fernando C. Nogueira, Assessor Jurídico do CREMEPA, em resposta à consulta feita pelo Departamento de Trânsito do Estado do Pará, através do Of. nº 521/89, quanto à existência de impedimento técnico e profissional para um médico especialista em

oftalmologia, portador de discromatopsia, realizar exame oftalmológico em candidatos à obtenção de Carteira Nacional de Habilitação, o Corpo de Conselheiros reunido em sessão plenária resolve aprovar o seguinte parecer:

1) Em princípio, na dependência do equipamento utilizado e método de exame seguido, não existem razões técnicas que impeçam um médico oftalmologista portador de discromatopsia de praticar exame oftalmológico em candidatos à Carteira Nacional de Habilitação, tendo em vista que a avaliação da capacitação visual não se restringe à averiguação do senso cromático o que, por sua vez, acusa resultados objetivos que independem das circunstâncias do médico examinador, habilitado na especialidade, ser ou não portador de discromatopsia;

2) A suspeita da infringência de normas estabelecidas pelo Código de Ética Médica que inclusive possam ser caracterizados como "imprudência" imputável a médico inscrito no CRM devem ser comunicadas de forma explícita ao Conselho, para os procedimentos cabíveis;

3) Ainda de acordo com a Resolução 129/89 de 08/06/1989 do Conselho Federal de Medicina cabe ao Conselho Regional de Medicina apurar em procedimento administrativo, com perícia médica, a existência de doença incapacitante para o exercício da medicina.

Conforme Ata da Sessão Plenária do CRM-PA, de 11/09/89

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 11/09/89

ERRATA: Alertamos aos colegas para erros de numeração de páginas acontecidos no número 44 de "Arquivos" e para os quais pedimos desculpas.

Na página 176, na referência ao pé da página saiu sob nº 177

184, na referência ao pé da página saiu sob nº 185-189

191, na referência ao pé da página saiu sob nº 192-193

206, na referência ao pé da página saiu sob nº 207-209

209, na referência ao pé da página saiu sob nº 210-213

218, na referência ao pé da página saiu sob nº 219-227

Na página 185, na referência ao pé da página não saiu como nº 185-189

189, na referência ao pé da página não saiu como nº 189

199, na referência ao pé da página não saiu como nº 199

202, na referência ao pé da página não saiu como nº 202

204, na referência ao pé da página não saiu como nº 204

205, na referência ao pé da página não saiu como nº 205

213, na referência ao pé da página não saiu como nº 213

227, na referência ao pé da página não saiu como nº 227

ERRATA: No número 44 de "Arquivos", em sua página 206, no processo ético-profissional nº 013/91, o denunciado é em verdade o DR. A.L.O. e não o DR. LUIZ ANTONIO MUNHOZ DA CUNHA, que aliás é um dos excelentes e competentes Conselheiros do CRMPR. O editor pede desculpas ao Conselheiro, que foi na realidade neste processo, seu Relator. O DR. ANTONIO CARLOS CORREA KÜSTER FILHO não participou neste processo, embora conste como relator.

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.* Ana Zulmira 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 Réa Neto
Cons. Luiz Carlos Sobania
Cons.* Wilma Brunetti
Cons.* Zaira Lúcia Letchacovski de Mello

3. COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Presidente: Cons. Hélio Bertolozzi Soares
Cons. Antonio Katsumi Kay
Cons.* Marília Cristina Milano Campos
Cons. Ricardo Rydgyier de Ruedige
Cons. Zacarias Alves de Souza Filho

4. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS - CODAME

Presidente: Cons. Agostinho Bertoldi
Cons. Donizete Dimer Giambardino Filho
Cons. Ivani Pozzi (Londrina)
Cons. Mário Luiz Luvizotto
Cons.* Mara Alboneti Dudeque Planovski

5. COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Presidente: Cons.* Eleusis Boncorini de Nazareno
Cons. João Batista Marchesini
Cons. Mônica De Blase Wright Kastrop

6. COMISSÃO DE REMUNERAÇÃO MÉDICA

Presidente: Cons. Marcos Flávio Gomes Montenegro
Cons. Carlos Castello Branco Neto
Cons. José Carlos de Miranda
Cons. Luiz Jacintho Siqueira (Ponta Grossa)
Cons.* Mônica De Blase Wright Kastrop
Cons. Nelson Antonio Baruffati Filho (Foz do Iguaçu)

7. COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS SECCIONAIS

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

8. COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO

Presidente: Cons. Daebes Galati Vieira
Cons. Carlos Roberto Goytcaz Rocha
Cons. Luiz Fernando Bittertour Beltrão
Cons. Alberto Acioly 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.* Mara Alboneti Dudeque Planovski

11. COMISSÃO DE LICITAÇÃO E LEILÃO

Presidente: Gerson Zafalon Martins
Cons.* Ivanira Maria Martins
Cons.* Mônica De Blase Wright Kastrop

12. COMISSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS

Cons. José Carlos de Miranda
Cons.* Mônica De Blase Wright Kastrop

DELEGACIAS REGIONAIS

DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA

Dr. Ivani Pozzi (Presidente)
Dr. José Luiz de Oliveira Camargo (Secretário)
Dr. Junior Cordeiro
Dr. Antonio Celso Busiardo
Dr. Carlos Alberto Dorotheu Mascarenhas
Dr. Edgar Luiz Westphalen
Dr. João Henrique Steffen Junior
Dr. Luiz Carlos Polonio Oliveira
Dr. Mário Tadaíl Iria
Dr. Sinésio Moreira Junior
Dr.* Sueli Aparecida Kublack Gorla
Dr. Walter Marcondes Filho

DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

Dr. Nelson Couto Rezanda
Dr. Kemel Jorge Chammas (Presidente)
Dr. Dacymar Caputo de Carvalho (Vice-Presidente)
Dr. Mirao Okawa
Dr. Giancarlo Sanches (Secretário)
Dr. Paulo Afonso de Almeida Machado
Dr. Natal Domingos Glarotto
Dr. Mário Massaru Miyazato
Dr. Cláudio Cordeiro Albano
Dr. Osvaldo Rodrigues Tuitie (Tesoureiro)
Dr.* Maria Tereza Coimbra
Dr. Murilo Nardso

DELEGACIAS SECCIONAIS

DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

Dr. Achilles Bus Junior (Presidente)
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Secretário)
Dr. Isaac Silva Melnick (Colaborador)
Dr. Elio Garlotti (Suplente)
Dr. Fernando José Puppi (Suplente)
Dr.* Marlí Marcias Techy (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

Dr. Gilberto Sacloto (Presidente)
Dr. Manoel Luiz Brum (Secretário)
Dr. Argos Von Linsinger (Colaborador)
Dr. Antonio França de Araújo (Suplente)
Dr.* Iara Rodrigues Vieira (Suplente)
Dr. Libero Mezzadri Neto (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

Dr. Sylvio José Boreia (Presidente)
Dr. Ildelfonso Amoedo Canto (Secretário)
Dr. Eduardo Emesio 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 Masayuki Tanaka (Colaborador)
Dr. Namir Cavalli (Suplente)
Dr. Faustino Garcia Alferez (Suplente)
Dr. Luiz Roberto Gonçalves Meilo (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

Dr. Luiz Antonio de Mello Costa (Presidente)
Dr. Guilherme Antonio Schmidt (Secretário)
Dr. Fumiyo Sakabe (Colaborador)
Dr. Nilson de Almeida (Suplente)
Dr. Roberto José Linath (Suplente)
Dr. Ronaldo Borges Ferreira (Suplente)