

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina do PR.

PORTE PAGO

DR/PR

ISR - 48-189/84

ISSN 0104 - 7620

IMPRESSO v. 12, n. 48 - out / dez - 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
Drª Eleusis Ronconi de Nazareno
Dr. Gerson Zafalon Martins
Dr. Hélcio Bertolozzi Soares
Dr. Ivan Pozzi (Londrina)
Dr. João Batista Marchesini
Dr. Kernel Jorge Chammas (Maringá)
Dr. Luiz Carlos Sobania
Dr. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão
Dr. Luiz Sallim Emed
Drª Mara Albonei Dudeque Pianovski
Dr. Marcos Flávio Gomes Montenegro
Dr. Mário Lobato da Costa
Drª Mônica De Biase Wright Kastrup
Dr. Miguel Ibrahim Abboud Hanna Sobrinho
Dr. Odair de Floro Martins
Dr. Roberto Bastos da Serra Freire
Dr. Wadir Rúpollo
Dr. Zacarias Alves de Souza Filho

MEMBROS SUPLENTES

Dr. Adolar Nicoluzzi (***)
Dr. Alvaro Réa Neto
Dr. Alberto Accioly Veiga (*)
Drª 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)
Drª 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
Drª Wilma Brunetti
Drª Zaira Lúcia Letchacovski de Melo

Consultor Jurídico: Adv. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque

Assessor Jurídico: Adv. Afonso Proença Branco Filho

(*) Licenciado

(**) Falecido

(***) Destituído

SECRETARIA

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

Telefone: (041) 322-8238 - Fax: (041) 322-8465



ISSN 0104 - 7620

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq. Cons. Region. Med. do PR.	Curitiba	v. 12	n. 48	p. 172-228	Out/Dez	1995
--------------------------------	----------	-------	-------	------------	---------	------

EDITOR

Ehrenfried O. Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Carlos Ehike Braga Filho

Duilton de Paola

Ehrenfried O. Wittig

Farid Sabbag

IMPRESSÃO

Comunicare Criação Gráfica

Rua Francisco Screminy, 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

Anuidade e taxas de 1996.....	172
É obrigação do Médico proceder exames de lesões corporais?	175
Censura Pública	176
Cobrança de Honorários aos familiares, dependentes e descendentes	177
Pedidos de exames complementares requisitados por enfermeiros	178
Mais uma vitória contra o múltiplo registro em conselhos	179
Inscrição Secundária em ocupação de cargo público é obrigatória?	180
Cuidado com o atestado de procedimento e o seguro-saúde	183
Aborto por Anomalia Fetal grave e incurável.....	185
A pena de cassação do exercício profissional do médico e sua impropriedade ...	187
Podem os médicos não radiologistas fornecer laudo radiológico?	191
Regimento do corpo clínico	193
Quais os limites dos enfermeiros obstetras?	198
Pode o médico atestar para si mesmo suas condições de saúde?	207
Enfermeiros podem realizar lavagem de ouvidos?	209
Deve o Hospital registrar-se no Conselho Regional de Farmácia?	211
O que podem receber os conselheiros	213
Fixação de Diárias, Jetons e Ajudas de Custo	215
Fixação de Diárias, Jetons e Ajudas de Custo - Resolução CFM Nº 1452/95	219
Pode o médico receber bonificação por encaminhamento de paciente?	221
Um Ano bom dentro de nós mesmos	222
Processo Ético-Profissional nº 020/91	223
Parabéns Maringá pela sede própria	224
Responsabilidade Profissional	225
Museu de Medicina da AMP	228

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", órgão oficial do CRM/ PR, é uma revista trimestral dedicada a publicação de trabalhos, artigos, pareceres, resoluções e informações de conteúdo ético. Os artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores, não representando necessariamente a opinião do CRM/ PR. A reprodução do conteúdo da revista, afora os artigos traduzidos, sem fins comerciais, pode ser realizada mediante a citação da fonte. Todos os artigos serão submetidos a análise editorial e a revista se reserva o direito de recusar sua publicação ou fazer sugestões quanto ao conteúdo e a forma. O autor deve dispor de cópia do trabalho porquanto o original, mesmo recusada a publicação, não será devolvido. Poderão ser publicados artigos originais ou transcritos, em língua portuguesa ou estrangeira, que deverão ter um resumo em português. A autorização para a publicação de ilustração como fotografia ou transcrição de tabela, gráfico, etc. é de responsabilidade do autor, a qual, poderá ser solicitada. As ilustrações devem ser entregues numeradas e em envelope anexado. Os artigos devem ser datilografados em papel tipo ofício, em espaço duplo e no máximo 20 páginas. Na primeira página do artigo deve constar o título do artigo, nome do autor e da ilustração onde foi realizado. Os títulos do autor devem ser reduzidos no essencial. A revista não oferece separatas. Os unitermos serão preparados pelo autor. Esta revista segue as normas da ABNT - 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 cartilina: relato de 8 casos com estudo clínico, eletromiográfico, histoquímico e bioquímico muscular. Arq. Neuro-Psiquiat. (São Paulo) 43 (Nº 02): 281-295, 1985.

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

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

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

RECEITA DE ANO NOVO

*Para você ganhar belíssimo Ano Novo
cor de arco-íris, ou da cor da sua paz,
Ano Novo sem comparação com todo o tempo já vivido
(mal vivido talvez ou sem sentido)
para você ganhar um ano
não apenas pintado de novo, remendado às carreiras,
mas novo nas sementinhas do vir-a-ser,
novo
até no coração das coisas menos percebidas
(a começar pelo seu interior)
novo, espontâneo, que de tão perfeito nem se nota,
mas com ele se come, se passeia,
se ama, se compreende, se trabalha,
você não precisa beber champanha ou qualquer outra birita,
não precisa expedir nem receber mensagens
(planta recebe mensagens?
passa telegramas?)
Não precisa
fazer lista de boas intenções
para arquivá-las na gaveta.*

*Não precisa chorar arrependido
pelas besteiras consumadas
nem parvamente acreditar
que por decreto da esperança
a partir de janeiro as coisas mudem
e seja tudo claridade, recompensa,
justiça entre os homens e as nações,
liberdade com cheiro e gosto de pão matinal,
direitos respeitados, começando
pelo direito augusto de viver
Para ganhar um ano-novo
que mereça este nome,
você, meu caro, tem de merecê-lo,
tem de fazê-lo novo, eu sei que não é fácil,
mas tente, experimente, consciente.
É dentro de você que o Ano Novo
cochila e espera desde sempre.*

(Carlos Drummond de Andrade)

ANUIDADE E TAXAS DE 1996

RESOLUÇÃO CFM N° 1.458/95

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

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

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

CONSIDERANDO o decidido pelos Conselhos Regionais de Medicina durante o Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina, no dia 25 de outubro de 1995;

CONSIDERANDO o decidido pelo Plenário do Conselho Federal de Medicina, em Sessão realizada no dia 27 de outubro de 1995.

RESOLVE:

Art. 1º - O valor da anuidade de pessoa física, no exercício de 1996, será de R\$ 160,00 (cento e sessenta reais), que poderá ser pago até o dia 29 de março de 1996.

Parágrafo Único - O pagamento poderá ser efetuado com desconto, nos seguintes prazos e percentuais:

a) 5% (cinco por cento) até 31 de janeiro de 1996, ficando, então, a anuidade em R\$ 152,00 (cento e cinquenta e dois reais);

b) 2% (dois por cento) até 29 de fevereiro de 1996, ficando, então, a anuidade em 156,80 (cento e cinquenta e seis reais e oitenta centavos).

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

Até 31.01.96 - R\$ 152,00

Até 29.02.96 - R\$ 143,77

Até 29.03.96 - R\$ 133,30

Até 26.04.96 - R\$ 119,97

Até 31.05.96 - R\$ 106,64

Até 28.06.96 - R\$ 93,31

Até 31.07.96 - R\$ 79,98

Até 30.08.96 - R\$ 66,65

Até 30.09.96 - R\$ 53,32

Até 31.10.96 - R\$ 39,99

Até 29.11.96 - R\$ 26,66

Até 31.12.96 - R\$ 13,33

Arq. Cons. Region. Med do PR.

11 (48):172-174,1995

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

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

Até R\$ 4.175,00	R\$ 160,00
Acima de 4.175,00 até 25.050,00	R\$ 240,48
Acima de 25.050,00 até 108.550,00	R\$ 360,72
Acima de 108.550,00 até 1.085.500,00	R\$ 511,08
Acima de 1.085.500,00 até 2.254.500,00	R\$ 811,62
Acima de 2.254.500,00 até 4.425.500,00	R\$ 1.217,43
Acima de 4.425.500,00	R\$ 2.738,80

Art. 4º - Após 31 de março de 1996 as anuidades para pessoa física e jurídica sofrerão os seguintes acréscimos:

- a) multa de 10% (dez por cento);
- b) juros de 1% (hum por cento) ao mês.

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

a) Taxa de inscrição	R\$ 160,00
b) Primeira via de certificado	R\$ 33,64
c) Segunda via de certificado	R\$ 33,64
d) Certidão	R\$ 33,64
e) Visto e alteração contratual	R\$ 20,19
f) Visto e distrato social	R\$ 20,19
g) Visto e retificação de contrato	R\$ 20,19

Art. 6º - Não poderá ser cobrada nenhuma taxa para pessoa física no exercício de 1996. Assim, o médico está isento de qualquer cobrança por:

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

Art. 7º - A cobrança da anuidade devida por pessoas físicas para o ano de 1996 será feita por meio de um sistema em que a parcela do Conselho Federal de Medicina será automaticamente creditada em conta deste Conselho Federal no ato de seu recolhimento.

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

Art. 8° - Os carnês de cobrança serão emitidos e postados pelo Conselho Federal de Medicina;

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

Parágrafo Segundo: Os Conselhos Regionais que optarem pelo disposto no Parágrafo Primeiro deste artigo deverão fazê-lo através de convênio com instituições bancárias oficiais, encaminhando cópia do mesmo ao Conselho Federal de Medicina até 20.12.95.

Brasília-DF, 27 de outubro de 1995.

WALDIR PAIVA MESQUITA
Presidente

ANTONIO HENRIQUE PEDROSA NETO
Secretário-Geral

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 30/10/95

*"Se tivesse esperado que outros
fizessem minhas coisas,
não teria feito nada do que fiz."*

*Izaak Newton
(1642-1727)
físico britânico*

É OBRIGAÇÃO DO MÉDICO PROCEDER EXAMES DE LESÕES CORPORAIS?

Fomos designados pela Portaria nº 045/95-DIR., para emitir resposta a consulta encaminhada pelo Hospital e Maternidade São Paulo, sobre exames de lesões corporais, com as seguintes perguntas:

"1 - Obrigatoriedade dos médicos de realizar exames de lesões corporais? Em quais casos? Há obrigatoriedade?"

2 - Direito de remuneração dos exames realizados. Existe meios para recebimento? É devido?"

Pelo Parecer nº 08/90, do Conselho Federal de Medicina, aprovado em 06/04/1990, os médicos nomeados peritos pela autoridade competente, estão obrigados a aceitar o munus de perito, exceto nos casos previstos em Lei. Diz no artigo 277 do Código de Processo Penal: **"O perito nomeado pela autoridade será obrigado a aceitar o encargo, sob pena de multa de duzentos cruzeiros a mil cruzeiros, salvo escusa atendível. Parágrafo Único - Incorrerá na mesma multa o perito que, sem justa causa, provada imediatamente: a) deixar de acudir à intimação ou ao chamamento de autoridade; b) não der o laudo, ou concorrer para que a perícia não seja feita, nos prazos estabelecidos"**, não restando dúvida quanto a obrigatoriedade do médico em aceitar o ônus de perito quando nomeado pela autoridade competente.

O médico é obrigado a acatar a designação legal, a não ser nos casos previstos nos artigos 105, 112 e 280 do Código de Processo Penal, a saber:

"Artigo 105 - As partes poderão também argüir de suspeitos, os intérpretes e os serventuários ou funcionários de Justiça, decidindo o juiz de plano e sem recurso, à vista da matéria alegada e prova imediata."

"Artigo 112 - O juiz, o órgão do Ministério Público, os serventuários ou funcionários de Justiça e os peritos ou intérpretes abster-se-ão de servir no processo, quando houver incompatibilidade ou impedimento legal, que declararão nos autos. Se não se der a abstenção, a incompatibilidade ou impedimento poderá ser arguido pelas partes, seguindo-se o processo estabelecido para a exceção de suspeição."

"Artigo 280 - É extensivo aos peritos, no que lhes for aplicável, o disposto sobre suspeição dos juízes."

É o previsto no artigo 120 do Código de Ética Médica que reza: **Que é vedado ao médico: "Ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho."**

No que se refere a cobrança de honorários por exames de corpo de delito entende-se que mesmo não havendo referências explícitas no Código de Processo Penal deve o médico ser remunerado de forma justa pelo exame realizado como é previsto no Código de Ética Médica no seu artigo 3º que diz: **"A fim de que possa exercer a medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa"**, devendo ser cobrado do Estado, a quem cabe a responsabilidade em arcar com o ônus para realização de tais exames e não da vítima, a quem não cabe qualquer despesa por procedimentos médicos realizados por perito nomeado por autoridade competente.

É o parecer.

Curitiba, 24 de abril de 1995.

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 24/4/95

Marília Cristina Mulano Carlos
Cons. Relator

Nota - veja a respeito do assunto " Arquivos" Nº

COBRANÇA DE HONORÁRIOS AOS FAMILIARES, DEPENDENTES, DESCENDENTES

Parecer CFM

EMENTA

Cobrança de honorários de familiar inscrito em plano de saúde (atendido por médico) não configura ilícito ético embora, não seja recomendável.

Em resposta a consulta feita pela CAMED, cabe esclarecer a priori que o impedimento não é de cobrança de honorários aos familiares, dependentes, ou des / ascendentes, posto que o Código de Ética Médica é omissivo a respeito e deixa a cortesia da gratuidade a critério do médico prestador, para não macular a nobreza dos gestos ou inibir o direito de remuneração.

O Código de Ética Médica no cap. 11, art 120 veda ao médico: "Ser perito de paciente seu, de pessoa de família ... ()."

O parecer 05/91 CFM relatado pelo ex-conselheiro Hercules Sidnei Pires Liberal dispõe que o médico devidamente habilitado e em conformidade com a legislação em vigor pode emitir atestado (exame médico e consulta) para pessoa da própria família, sendo omissivo quanto ao direito de cobrar pelo ato conforme omissão do próprio Código. Vale ponderar que quem pode o ato e o atestado respectivo, pode também pleitear remuneração, inobstante tratar-se de parente. Quanto à possível cobrança à terceiros pelo atendimento prestado a familiar, mediante convênio ou outras formas de remuneração, nada consta que impeça o médico de pleitear ressarcimento pelo ato prestado. Há que se considerar apenas o constrangimento moral, ressalvadas as emergências, que a atenção ao parente pode gerar, razão pela qual não parece recomendável ao médico atender a familiar, inobstante a remuneração advir do próprio ou de terceiros. No entanto caso pare suspeita de ilícito ou motivo de denúncia sugiro à empresa consulente representar junto ao CRM da jurisdição que apreciará o caso em seus detalhes e circunstâncias.

Após as considerações preliminares que espero contribuam para esclarecer a questão ofereço ainda o artigo anexo alusivo à matéria.

Este é o meu parecer

Brasília, 07 de novembro de 1994

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 8/2/95

Júlio Cesar Meirelles Gomes
Cons. Relator

PEDIDOS DE EXAMES COMPLEMENTARES REQUISITADOS POR ENFERMEIROS

Parecer CFM

EMENTA

1- É vedado a enfermeiro solicitar exames complementares.

2- É lícito aos enfermeiros a prescrição apenas de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

Em 20/09/94 o Presidente do CREMESP, Cons. Ailton Pita Falcão encaminhou a este Conselho Federal consulta sucintamente formulada, dizendo da preocupação com "o volume de receitas e pedidos de exames complementares requisitados por enfermeiros", solicitando posicionamento a respeito.

Em 29/12/94 o presente processo me foi enviado, por determinação do Conselheiro Júlio César Meirelles Gomes, responsável pelo Setor de pareceres.

O exercício da enfermagem é regulamentado pela Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, prevendo a competência dos diversos profissionais da área. No artigo 11 da referida Lei estão as competências dos Enfermeiros, divididas em "privativas" e "como integrante da equipe de saúde".

Dentre estas, transcrevemos a alínea "c" do inciso II:

"c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde."

Assim, qualquer outra prescrição feita por Enfermeiros fora do previsto acima, constitui-se em ilegalidade, cabendo denúncia ao Conselho Regional de Enfermagem e à autoridade policial competente.

Igualmente, não prevê a Lei a solicitação de exames complementares por parte dos Enfermeiros, posto que, por tratar-se de etapa do diagnóstico, é privativa de profissionais médicos e odontólogos, estes na sua área restrita de atuação, cabendo nessas circunstâncias o mesmo entendimento acima manifesto.

É o parecer.

Brasília, 12 de janeiro de 1995.

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 8/2/95

Nei Moreira da Silva
Cons. Relator

Arq. Cons. Region. Med do PR.
11 (48): 178, 1995

MAIS UM VITÓRIA CONTRA O MÚLTIPLO REGISTRO EM CONSELHOS

**PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL - SEÇÃO DE
SÃO PAULO**

**MANDADO DE SEGURANÇA
COLETIVO**

PROCESSO Nº 94.0024374-0

IMPETRANTE: SINDICATO DOS HOSPITAIS, CLÍNICAS, CASAS DE SAÚDE, LABORATÓRIOS DE PESQUISAS E ANÁLISES CLÍNICAS, INSTITUIÇÕES BENEFICENTES, RELIGIOSAS E FILANTRÓPICAS DO ESTADO DE SÃO PAULO.

IMPETRADO: PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO

JUIZ: JOSÉ EDUARDO BARBOSA SANTOS NEVES

Vistos em apreciação de liminar

O Impetrante, entidade de classe qualificada na inicial, ajuizou a presente segurança coletiva, com pedido de liminar, a fim de eximir a categoria econômica que representa do registro exigido pelo Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Aduz que, a teor do artigo 1º da Lei nº 6839/80, esse registro é feito em razão da atividade básica, ou em relação à qual prestem serviços à terceiros, já estando esses estabelecimentos de saúde registrados no Conselho Regional de Medicina, não se justificando duplo Registro.

Em juízo superficial e de plano, tenho por demonstrada a relevância do fundamento, e bem assim a possibilidade de se tornar ineficaz a segurança caso afinal concedida, pressupostos do artigo 7º, II, da Lei nº 1533/51.

Isto posto, **CONCEDO A LIMINAR** tal como postulada na inicial, a fim de suspender o ato impugnado, referente à imposição do registro no Conselho Regional de Farmácia, de Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde e estabelecimentos correlatos, e bem assim as multas conseqüentes, porventura aplicadas

Oficie-se para ciência, cumprimento e requisição de informações, a serem prestadas no prazo. Decorrido o prazo, ao Ministério Público Federal.

Int.

São Paulo, 21 de outubro de 1994

José Eduardo Barbosa Santos Neves
Juiz Federal Substituto
em exercício na T Vara

INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA EM OCUPAÇÃO DE CARGO PÚBLICO É OBRIGATÓRIA?

Parecer CFM.

O presente processo tem origem em consultas feitas pela Dra. Ozélia Pereira Evangelista aos Conselhos Regionais de Medicina de Minas Gerais e Distrito Federal nos seguintes termos:

"Eu, OZÉLIA PEREIRA EVANGELISTA, habilitada profissionalmente pelo Conselho Regional do Distrito Federal, sob o número de inscrição 7299, solicito desse Conselho um parecer acerca da seguinte questão:

O fato de ocupar atualmente o cargo comissionado de Diretora do Departamento de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba-MG (conforme decreto anexo), sem, no entanto desenvolver o exercício profissional da medicina, ou seja, sem estar clinicando, me confere ou não a OBRIGAÇÃO LEGAL de ter uma inscrição secundária no CRM de Minas Gerais.

A título de esclarecimento, informo a Vossa Senhoria, que o Departamento de Saúde Pública (o qual dirijo) tem como competência: assegurar a execução das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde à população Uberabense. Estas atividades são executadas pelas equipes locais de saúde (unidades da rede municipal de saúde), sob o comando dos gerentes locais, e assessoradas pelas seguintes coordenadorias:

Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Meio Ambiente, Educação e Comunicação Social para Saúde, Informação em Saúde, Organização de Serviços, além da equipe multiprofissional de supervisão técnica, todos subordinados ao referido Departamento.

Informo, ainda, que o Departamento de Saúde funciona no nível central da Secretaria Municipal de Saúde, onde é desenvolvida a administração 'marco' da política do SUS no Município..."

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, através do Cons. João Batista Gomes Soares, assim se pronunciou:

"...Para respondermos, citamos o artigo 15 da Lei 3.999, de 15/12/61, que diz:

'Os cargos ou funções de serviços médicos somente podem ser exercidos por médicos habilitados na forma da lei'

Ao nomear a Dra. Ozélia, o Prefeito de Uberaba decreta:

Arq. Cons. Region. Med do PR.
11 (48): 180-182, 1995

'Art. 1º fica nomeada, em comissão, a Médica Sanitarista OZÉLIA PEREIRA EVANGELISTA, para exercer o cargo de Diretora do Departamento de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde.'

Por se tratar de cargo de Diretora do Departamento de Saúde Pública e pela nomeação citar Médica Sanitarista, entendemos que a Dra. Ozélia deverá ter inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais."

Inconformada, a referida médica recorreu ao Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, que, através de sua Assessoria Jurídica, emitiu o seguinte parecer:

" ...1- A Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957 que dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências, estabelece em seu artigo 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' (o grifo é nosso).

2- Da análise deste dispositivo, vê-se de forma evidente que as duas exigências básicas, ou seja: o registro do Diploma e/ou títulos, etc., no Ministério da Educação e a inscrição no CRM, da jurisdicional se fazem obrigatórias para o exercício legal da medicina, em todos os seus ramos ou especialidades, não se estendendo assim, esta última, aqueles que não estão no âmbito deste exercício.

3- Assim, diante as considerações expendidas, não vejo sujeição à presente Lei, por parte da médica em causa no tocante à obrigatoriedade da inscrição secundária junto ao CREMENG para ocupação do cargo em referência, visto que nas atribuições inerentes a este, não se faz presente o exercício da medicina, fator de exigência legal para a questionada inscrição.

4- Entretanto, cabe ressaltar que tal fato se constitui numa incoerência, visto o cargo ora mencionado referir-se a chefia de serviços médicos, inclusive a meu ver, respaldado pelo art. 15 da Lei nº 3.999/61. Casos como este, nos dão uma amostragem de que a Lei nº 3.268/57, está defasada no tempo, pois o óbvio seria que a obrigatoriedade da inscrição, se fizesse presente nestes casos para que os dirigentes dos serviços médicos, diante os atos praticados no exercício desse mister estivessem resguardados pelo poder disciplinar do Conselho da localidade jurisdicional.

Assim, diante as considerações feitas, concluo opinando pela não obrigatoriedade da inscrição no presente caso, mas contudo deixando a sugestão de que por medida cautelar deveria a referida médica inscrever-se no CREMENG."

Este parecer da Assessoria Jurídica do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal foi enviado ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais que solicitou ao Conselho Federal de Medicina dirimir a dúvida.

Nesta casa, a Assessoria Jurídica, através da Dra. Gislaíne Jaciara Castro dos Santos, assim se pronunciou:

" Conforme exegese predominante na leitura do Código de Ética Médica, 'as normas éticas devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem.' Em termos práticos, inicialmente há de se perguntar se o cargo ocupado pela requerente, é ou não privativo do médico. Em sendo, seus atos serão fiscalizados pelo órgão da classe, o que implica em obrigatória. No entanto, se for um cargo destinado igualmente a técnicos de outras áreas adotamos in totum o parecer da Douta Assessoria Jurídica do CRM/DF."

PARECER

Entendo que o cargo de Diretora do Departamento de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Uberada é cargo técnico, que deve ser exercido por profissional legalmente capacitado ao exercício profissional. Embora não seja privativo de médico, é necessário que esteja submetido à ação fiscalizadora de Conselho Profissional. No caso do cargo ser preenchido por médico, a ação é de competência do Conselho Regional de Medicina. As consequências dos atos sob a inspiração daquele Departamento, ou suas omissões, podem ser motivo de infrações éticas, por isso a subordinação aos órgãos de fiscalização profissional deve ser garantida.

Concluo, portanto, pela obrigatoriedade da inscrição médica no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais.

Este é o meu parecer.

Brasília, 09 de dezembro de 1993.

Nilo Fernando R. Vieira
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 10/03/94

CUIDADO COM O ATESTADO DE PROCEDIMENTO E O SEGURO-SAÚDE

Seguro - Saúde - Despesas médico- hospitalares - Cirurgia plástica restauradora - Negativa de cobertura porque o contrato exclui despesas com plásticas embelezadoras - Descabimento - Cirurgia decorrente de recomendação clínica - indenização devida.

Ementa oficial: Indenização, referente a operação cirúrgica, a ser paga por seguradora.

Responsabilidade da Companhia de Seguros, a decorrer dos termos das condições gerais ajustadas no respectivo contrato.

Operação cirúrgica decorrente de recomendação clínica, não pode ser considerada como plástica embelezadora, quando só esta liberaria a seguradora de responsabilidade. Apelação não provida.

Ap. Civ. 1.649 - Rio de Janeiro - Apte.: Bradesco Seguros S/A - Apdo.: Arthur Carlos da Silva - Rel.: Des. Jorge Loretti - J. em 06/06/1969 - TJRJ.

ACÓRDÃO

Acordam, por unanimidade, os Desembargadores que integram a 5ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, em sessão realizada em 08 de agosto de 1989, negar provimento à Apelação.

O Apelado propõe ação contra a Apelante para obter indenização, prevista em contrato de seguro, relativa a operação cirúrgica, a que se submetera sua esposa.

O conflito de interesses entre os litigantes como explica a sentença - fls. 86 - decorre de interpretação do contrato. O Julgador conclui ter a Ré obrigação de indenizar as despesas médicas e hospitalares decorrentes de cirurgias plásticas restauradoras, como seria operação médica decorrente do fato da mulher do Autor encontrar-se acometida de mal nas mamas, o que a levou a tratamento cirúrgico, ante o insucesso do clínico. Julgou procedente em parte o pedido para excluir as despesas com acompanhamento, não incluídas nas cláusulas contratuais.

A esposa do Autor submeteu-se a cirurgia das mamas, em face de indicação clínica. Nesse ponto as partes não divergem.

A prescrição contratual, a se aplicar, redige-se na forma abaixo, de acordo com as "condições gerais" do contrato de seguro:

"3 - Despesas excluídas

g) cirurgias plásticas que não sejam restauradoras e decorrentes de acidentes ocorridos na vigência do seguro...

Logo, não se encontram acobertadas pelo seguro as cirurgias plásticas, que visem embelezar ou corrigir deformidades. Mas a em espécie decorreu de indicação clínica. Daí, não ser plástica embelezadora.

A execução da responsabilidade da seguradora só existiria na cirurgia estritamente plástica para dar beleza e impedir a marcha da senilidade. Tal exame não atinge à cirurgia que decorre de recomendação de médico, por imposição de seu saber como profissional, a fim de corrigir mal que afeta o paciente.

Caso a esposa do Autor comprovadamente possuísse defeito anterior ao contrato, excluída estaria a responsabilidade da seguradora, com base em outro preceito da relação contratual, porém só a hipótese da referida letra "g", do item 3 das despesas gerais foi invocada. Minúcia esta que leva a concluir-se que o mal corrigido realmente definiu-se após o compromisso firmado; como, aliás, deduz-se de prova dos autos, não enfrentado esse ponto pela Ré.

Não vale a argumentação da Apelante de que a restauração para não ser excluída deveria decorrer de acidente, pois o que beneficia o A. é a cláusula genérica, relativa às despesas médico-hospitalares cobertas e as cirurgias em geral.

A operação em espécie, embora características que a poderiam aproximar de uma cirurgia plástica, é a uma cirurgia geral, tanto que indicada por clínico, não por especialista em cirurgia plástica embelezadora.

As providências estéticas a que se refere a Ré, tomadas pelo cirurgião que visou proteger aspectos simétricos das mamas da paciente, são medidas a serem tomadas por qualquer profissional no bom desempenho de seus misteres de cirurgião.

Isto posto, nega-se provimento à apelação para manter-se a sentença.

Rio de Janeiro, 08 de agosto de 1989.

Barbosa Moreira
Presidente sem voto

Jorge Loretti
Relator

ABORTO POR ANOMALIA FETAL GRAVE E INCURÁVEL

Medicina Fetal e posturas ultrapassadas

THOMAZ RAFAEL GOLLOP

Diretor-clínico de Instituto do Medicina Fetal e Genética Humana

"Tem sido sempre o dever e a obrigação do médico, desde tempos imemoriais, fazer tudo que ele puder para preservar a vida e jamais tirar uma vida inocente. Eu, sem dúvida reconheço que há alguns entre nós, na profissão médica, que pensam que em determinadas circunstâncias rígidas esta obrigação deve ser colocada de lado".
Eduard J. Lauth Jr., professor de Obstetrícia, USA, 1907, sete anos antes da mudança da lei de aborto naquele país.

O diagnóstico pré-natal " (DPN) de anomalias fetais através de ultra-sonografia, amniocentese, amostra de vilos coriais ou cordocentese é uma realidade nas grandes cidades e em diversos centros universitários do Brasil. O DPN se aplica a casais com risco genético aumentado (grávidas com mais de 40 anos, filho anterior malformado ou portador de aberração cromossômica, afecção genética familiar ou anomalias fetais encontradas em ultra-sonografia de rotina). Trata-se de casais que desejam ardentemente ter seus filhos e que se deparam com o infortúnio do diagnóstico de uma anomalia grave.

Nosso anacrônico código penal de 1940, permite o aborto apenas quando há risco de vida materno ou quando a gravidez resulta de estupro. É importante considerarmos que em 1940 a ciência não dispunha de meios para avaliar a saúde fetal. Felizmente a Medicina Fetal surgiu e com ela a necessidade de revermos posturas ultrapassadas. Devemos salientar que há projetos do Conselho Federal de Medicina e da Comissão de Reformulação do Código Penal que descriminalizam o aborto quando se comprova que o nascituro venha a nascer com graves e irreversíveis malformações física ou psíquicas, desde que a interrupção da gravidez ocorra até a vigéssima quarta-semana de gravidez. Entretanto a reformulação do Código Penal demanda muito tempo e depende de aprovação do Congresso Nacional. Cientes desse fato, grupos responsáveis de médicos em diversas cidades do país têm procurado aliar-se ao poder judiciário procurando obter alvarás para interrupção de gestação em anomalias fetais graves. O primeiro deles foi obtido em Londrina através de sentença memorável do juiz Miguel Kfoury Neto em 19/12/1992. Pelo menos dez outros alvarás em diferentes cidades foram obtidos até 1994.

Não se trata de uma questão consensual. Trata-se de permitir que gestões de risco genético sejam adequadamente investigadas. Uma vez diagnosticada uma anomalia fetal parece-nos uma questão de direito individual a opção por manter a gravidez ou ao contrário interrompê-la. Caso a decisão do casal for interromper a gravidez, pensamos que a gestante deverá ter direito a atendimento dentro dos mais elevados padrões de atenção médica e em consonância com alta ética profissional!

Um debate do qual não se pode fugir

João Eduardo Charels
Diretor de Imprensa de Cremesp

Não é a primeira vez que a defesa da legalização do aborto de feto malformado vem à tona e provoca discussões polarizadas. Não se trata aqui de defender apaixonadamente esta ou aquela posição, como fazem as correntes feministas que pregam a descriminalização generalizada do aborto ou a Igreja Católica, que fecha olhos ao condená-lo, esquecendo da estimativa de 1,5 milhão de abortos clandestinos realizado anualmente nos artigos 124 e 127, excetuando as situações de perigo de vida da gestante e estupro. Também o Código de Ética Médica, em seus artigos 42 e 43 falam do assunto. É fato que o abortamento por indicação médica em caso de feto com enfermidade grave, não é permitido e é passível de condenação. Mas é fato também que os avanços tecnológicos, a evolução dos conhecimentos científicos e a mudança de comportamento por parte da sociedade nos levam a refletir mais atentamente sobre a questão.

Em novembro de 1993, da senadora Eva Blay e do deputado José Genoíno, tramitam lentamente e tem sido alvo de, calorosas defesas e ataques, vindos dos de todos os lados.

O Conselho Federal de Medicina apresentou proposta de anteprojeto de lei em 1991, que dispõe sobre a legalização do aborto em casos de mal-formação até 28 semanas após início da gestação. Erroneamente interpretado na época, ganhou a ira das entidades em defesa dos portadores de doenças mentais, como a Síndrome de Down, sendo imediatamente engavetado.

Transcrito do JAMB. 7
Controversias em Medicina
Coordenador - Antonio Carlos Lopes

Arq. Cons. Region. Med do PR.
11 (48), 1995

A PENA DE CASSAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO MÉDICO E SUA IMPROPRIEDADE

Odair de Floro Martins*

A pena de cassação do exercício profissional do médico "ad referendum" do Conselho Federal de Medicina está contemplada no artigo 22, letra "E", do Código de Processo Ético-Profissional. É aplicada por voto de maioria nos Conselhos Regionais e confirmada obrigatoriamente pelo Conselho Federal de Medicina.

CONCEITO

Cassação do registro do diploma do médico significa excluí-lo do rol dos médicos habilitados para o exercício da Medicina em todo o País (6). Para sempre! É, portanto, de caráter perpétuo. O ilícito ético", ou melhor, "a falta disciplinar"(7) ou "improbidade administrativa" é punida com sanção de efeitos legais, pois torna nulo o direito adquirido pelo profissional de trabalhar na profissão para a qual investiu (ele próprio, seus pais ou o país) no mínimo um quarto de século. A cassação significa também a confissão oficial da impossibilidade de atingir a recuperação do médico punido e incoerentemente acredita na ressocialização e recuperação de marginais encarcerados em presídios até por crimes hediondos. Significa bani-lo do convívio de seus pares eternamente. Retirando a possibilidade de viver com o suor do próprio rosto, ultrapassa, portanto, a própria pessoa do agente punido, pois sem trabalho, deixa-o à mingua; não pagará escola dos filhos, sustento de cônjuge, além de cominá-los moralmente. Decreta ou a falência de pessoa física ou a sua morte civil. Não se constituindo pena de caráter ético, ou moral.

A sanção máxima, a pena-castigo ou compensar o mal pelo mal para fins de recuperação não traz nenhum resultado, tem mais conotação com vingança do que com justiça. Assemelhando-se com vingança, transforma o réu em vítima.

Cassação significa tornar nulos ou sem efeitos direitos do cidadão conforme define Buarque de Holanda em seu dicionário e cite um exemplo " A revolução cassou numerosos políticos e profissionais liberais" (5).

Note-se, portanto, a ligação entre a cassação e regimes revolucinários ou autoritários ou de exceção, o que não condiz com o progresso cultural das civilizações relativamente aos direitos humanos, que propugna a abolição de penas que perante a consciência universal se mostram indignas do processo de evolução ética da personalidade (4).

(*) Vice-Presidente do CRM PR; médico da disciplina de Deontologia Médica, do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria da UFPR. Poster apresentado na II Jornada Oscar Freire da Faculdade de Medicina da USP, em 28/30 de abril de 1994.

A MOTIVAÇÃO

Em 06.06.88 o valoroso Mestre Genival Veloso de França emitiu parecer que a pena perpétua é um critério ilógico e que deveríamos convencer o legislador que a pena de cassação definitiva do exercício profissional é um ato repugnante e que não deve caber numa legislação de quem tem se debruçado sobre os horrores da injustiça (ó).

Passados seis anos do parecer (e algumas cassações) a pena de cassação permanece ! E sua permanência denuncia um imobilismo, uma insensibilidade, falta de solidariedade, de cultura e de vontade política para modificar, não a descrença na recuperação de um médico, mas a descrença nos valores da raça humana. O assunto está sendo estudado pelo CFM há vários anos e agora tem uma proposta oficial de mudança.

AS INCOERÊNCIAS

Promulgada a nova Constituição Brasileira, chamada de cidadã, as leis antigas, ipso facto, dever-se-iam adaptar.

O regulamento ministerial a que se refere a lei 3.268 é de 30 de setembro de 1957, onde constam no artigo 17 as penas disciplinares.

Em 1988 o Conselho Federal de Medicina por RESOLUÇÃO de nº 1246 aprovou o atual Código de Ética Médica, entretanto não investiu na modificação do rito processual notadamente no que tange às penas.

Quem tem autoridade (por resoluções) de definir o fato punível (tipificar), sistematizá-lo em Código não teria autoridade para definir as penas?

No mesmo livro que se publica o Código de Ética Médica e o de processo ético-profissional consta a Declaração Universal dos Direitos do Homem, da qual transcrevemos o artigo XXIII:

**“Todo homem tem direito ao trabalho
a livre escolha de emprego,
condições justas e favoráveis de trabalho
e proteção contra o desemprego”.**

Pertinente também uma indagação referente ao artigo XVII. 2:

“Ninguém será arbitrariamente privado de sua propriedade”.

- Não seria a profissão ou o talento uma propriedade?
- Não seria a cassação uma forma de arbitrariedade?

A Constituição cidadã no seu capítulo de Direitos e Deveres Individuais e Coletivos preceitua no seu artigo 5º (nº XLVII)

"Não haverá penas de caráter perpétuo...

O artigo 15 -

**"É vedada a cassação dos direitos políticos,
cuja perda ou suspensão se dará em casos de:
V - improbidade administrativa nos termos do artigos 37."**

A Nação Brasileira ainda sofre dos motivos que levaram a suspensão (por tempo determinado, 8 anos) dos direitos políticos do ex-presidente Collor, ou dos direitos de exercer a profissão ou seu trabalho político. Não é cassação. Mesmo que sua improbidade administrativa tenha injuriado milhões de pessoas e a própria Nação.

Tamanha ofensa, suficiente para perder um mandato presidencial, não é suficiente para merecer a cassação.

O médico é realmente um ser muito esdrúxulo, inclusive na proteção de seus direitos e punição de seus desvios de conduta.

Apelando para a inconstitucionalidade do veredicto da cassação, absolve-se quem mais se ajeita punir.

O SENTIDO DA PENA

A ameaça do castigo tem a função de impor limites a conduta do ser humano que vive em sociedade. Na eventualidade de transgredir norma imposta pela comunidade aplica-se a pena com o sentido de corrigir o faltoso; dar-lhe a oportunidade de refletir e recuperar-se para que retorne ao meio ao qual se apartou pela conduta desviante e, assim fazendo, realimentar as infinitas esperanças depositadas no ser humano, criado a imagem e semelhança de Deus, Dele apartado pelo pecado, mas eternamente aguardado pelo arrependimento ou pela expiação do mal praticado.

Não é este o sentido nem o propósito nem a esperança embutida na pena de cassação do exercício profissional do médico.

O médico juridicamente é tratado diferente e com maior severidade que os demais cidadãos. Ao cometer um homicídio culposo responde penalmente e pode cumprir pena de prisão, como os demais cidadãos responderá civilmente pela reparação do dano, porém diferente dos demais, poderá ter cassado o direito de continuar trabalhando na profissão (mesmo que tenha que reparar o dano). A improbidade administrativa ou falta disciplinar tem pena superior ao crime de matar alguém.

- Que dizer nos polêmicos dias atuais se um médico condenado pela prática de aborto a pedido da mulher, tiver seu registro cassado e no próximo Governo se descriminalizar o aborto?

As penas enumeradas no artigo 17 carecem de regulamentação. São de aplicação subjetiva. As sanções de maior severidade só têm cabimento para reincidentes, entretanto a cassação do registro dos médicos tem sido aplicada em réus primários. Não existe relação taxativa das sanções com a conduta punível; ignorando as tradicionais tendências dos penalistas de todo o mundo civilizado.

FINALMENTE

O Código de Processo Ético-Profissional dos médicos precisa ser revisto. Com urgência e obstinação.

As penas precisam conter normas ou diretrizes para sua aplicação.

A cassação do exercício profissional precisa ser substituída por suspensão do exercício por prazo determinado e com objetivos específicos.

Oportuno, talvez a inclusão de prestação de serviços à comunidade como forma de censura.

Inclusão de sanções apropriadas para entidades jurídicas, incluídas como sujeitas as normas do Código de Ética Médica (Preâmbulo II), porém sem cominação de penas.

As atuais iniciativas de aperfeiçoamento do Código de Processo Ético-Profissional estão limitados a um círculo pequeno de interessados, Conselheiros ou Assessores Jurídicos, entretanto, os interessados são ou devem ser todos os médicos brasileiros, suas associações e sindicatos. A maior parte dos quais não tem conhecimento da formidável e severa espada que lhes ameaça o pescoço.

Referências

- (1) Código de Ética Médica, Resolução nº 1246/88 - Arq. Cons. Regional Med. do PR, V: (17) 4-17, 1988.
- (2) Cassação, aborto com morte (CREMESP) - Arq. Cons. Region. Med. do PR IV - nº 13/1987, IV: (13) 59, 1987
- (3) CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA. Coleção Brasiliense, 1988.
- (4) DOTTI, René Ariel. Bases e alternativas para o sistema de penas (Tese / UFPr), Editora Liteto-técnica, 1980.
- (5) FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo dicionário da Língua Portuguesa. Ed. Nova Fronteira.
- (6) FRANÇA, Genival Veloso de. Interpretação no disposto na letra "E" do art. 22 da lei 3268/57 Arq. Cons. Region. Med. do PR. VI: (24) 17-19, 1989.
- (7) REALE, Miguel. Consultas e pareceres - 1974. O Código de Ética Médica. Revista dos Tribunais, 503.

PODEM OS MÉDICOS NÃO RADIOLOGISTAS FORNECER LAUDO RADIOLÓGICOS?

Parecer CFM

EMENTA

Os honorários médicos profissionais legalmente devem ser pagos aos habilitados para o exercício da profissão que tenham afetivamente participado dos atos médicos correspondentes à cobrança, independentemente da especialidade registrada no Conselho Regional da respectiva jurisdição.

EXPOSIÇÃO

A UNIMED Mossoró solicita ao Conselho Federal de Medicina esclarecimentos a respeito de **cobrança de procedimentos radiológicos (exames e laudos) por médicos não radiologistas.**

Segundo o Diretor de operações da UNIMED Mossoró, tais procedimentos decorrem do fato de que as Clínicas de atendimento emergenciais daquela Cidade, não dispõem de radiologistas de plantão, sendo os exames e as respectivas emissões de laudos realizados pelos ortopedistas e traumatologistas que efetuam os atendimentos aos pacientes, gerando tal fato, protestos por parte dos radiologistas de Mossoró/RN.

PARECER

Pela análise do documento da UNIMED Mossoró em que solicita posição do CFM para o caso da emissão de laudos radiográficos por médicos não radiologistas, percebemos que o conflito é de interesse pecuniário entre radiologistas e traumato-ortopedistas; de um lado, a Cooperativa - a quem pagar? e do outro, os profissionais - todos querem receber.

Na cidade de Mossoró, as clínicas que atendem urgências traumatológicas não contam com radiologistas, seja por não haver número suficiente daqueles profissionais, ou por desinteresse dos especialistas em trabalharem em plantões ou até por dificuldades no relacionamento pessoal entre os integrantes das especialidades litigantes; de qualquer forma, há uma precariedade nos serviços em relação a equipes de atendimento de urgência/emergência, vez que não se pode prescindir de radiologistas em instituições que se propõem a tal atividade.

Por outro lado, há de se considerar que o atendimento médico deve, sempre que possível, ser prestado por profissional especificamente treinado e qualificado na área de conhecimento requerido.

Entendemos que um médico, ao se propor a prestar atendimento de urgência deve ter plena consciência de seus conhecimentos e de suas limitações, sendo por tudo responsável ética e legalmente e sempre em benefício do paciente.

A emergência, requer medidas imediatas para o restabelecimento da saúde e o urgentista deve estar preparado para realizar o atendimento mais amplo possível, pois do contrário contribuirá para o elastecimento do período de sofrimento do paciente com todos os riscos daí decorrentes.

O ideal é que todos os serviços dispusessem de equipes completas de profissionais nas diversas especialidades, mas a nossa realidade está longe disso, mesmo nas grandes Cidades, e o que ocorre é o fato de equipes reduzidas assumirem o atendimento globalizado, o que de certa forma beneficia o paciente que tem atendimento imediato e não fica à mercê de "sobreavisos" e encaminhamentos, que postergam as soluções e aumentam o seu sofrimento.

Não podemos concordar que um paciente ao ser atendido em emergência traumatológica não tenha acesso a exames radiológicos por falta de especialista ou que o urgentista deixe de prestar atendimento pela inexistência do exame, o que seria descaracterizar a assistência médica necessária e imperiosa a quem sofre.

CONCLUSÃO

Por entendermos que:

- 1 - O ato médico deve ser remunerado a quem o praticou;**
- 2 - Não há legitimidade na cobrança de honorários por quem não participou do ato médico;**
- 3 - Os médicos plantonistas de traumatologia realizam atendimentos e emitem laudos de competência exclusiva de médicos;**
- 4 - Não há radiologistas nos plantões referidos;**

Somos de parecer que a UNIMED - Mossoró efetue os pagamentos dos atos médicos aos profissionais que os tenham efetivamente praticado.

Brasília, 27 de janeiro de 1995.

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 9/2/95

Rubens dos Santos Silva
Cons. Relator

Arq. Cons. Region. Med do PR.
11 (48), 1995

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO

(Os hospitais devem elaborar, registrar e encaminhar ao CRM)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.445/94

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

CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer diretrizes gerais para a elaboração de Regimentos Internos dos estabelecimentos de assistência médica do País, que assegurem condições de relacionamento harmonioso entre instituições e profissionais visando a melhoria da assistência prestada a saúde da população;

CONSIDERANDO que nesses Regimentos devem estar claramente expressos os deveres e direitos dos médicos e dos dirigentes das instituições prestadoras de assistência médica, visando garantir o exercício ético da Medicina;

CONSIDERANDO, ainda, ser obrigatório o registro e aprovação desses Regimentos nos Conselhos Regionais de Medicina, conforme dispõe a Resolução CFM 1.124/83;

RESOLVE:

1 - Determinar que as instituições prestadoras de serviços de assistência médica no País deverão adotar nos seus Regimentos Internos do Corpo Clínico as diretrizes gerais abaixo relacionadas.

2 - Os Diretores Técnico e Clínico das Instituições acima mencionadas terão o prazo de 60 dias para encaminhar ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição em que atuam documentação comprobatória do atendimento a esta Resolução, a saber:

- a - Cópia do Regimento Interno com as devidas alterações;
- b - Cópia da ata da Assembléia de Corpo Clínico que aprovou o Regimento Interno com as alterações previstas nesta Resolução .

Parágrafo Único - Caso o Regimento Interno da Instituição não atenda o previsto nesta Resolução, os Diretores Técnico e Clínico deverão encaminhar cópia do mesmo e da ata da Assembléia que o aprovou.

3 - Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação.

Brasília-DF, 29 de setembro de 1994

Ivan de Araujo Moura
Cons. Presidente

Hercules S. P. Liberal
Cons. Secretário Geral

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 29/09/94

Arq. Cons. Region. Med do PR.
11 (48): 193-197, 1995

MODELO

"DIRETRIZES GERAIS PARA OS REGIMENTOS INTERNOS DE CORPO CLÍNICO DAS ENTIDADES PRESTADORAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DO BRASIL"

DEFINIÇÃO

O **Corpo Clínico** é o conjunto de médicos de uma instituição com a incumbência de prestar assistência aos pacientes que a procuram, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural.

Obs. Nas instituições em que a expressão "corpo clínico" designar a totalidade de profissionais de nível superior que nela atuem, estas diretrizes aplicar-se-ão ao conjunto de médicos reunidos sob qualquer outra denominação.

OBJETIVOS

O Corpo Clínico terá como objetivos, entre outros:

- contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos;
- assegurar a melhor assistência à clientela da Instituição;
- colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Instituição;
- estimular a pesquisa médica;
- cooperar com a administração da Instituição visando a melhoria da assistência prestada;
- estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

COMPOSIÇÃO

O Regimento Interno deverá prever claramente as diversas categorias de médicos que compõem o Corpo Clínico, descrevendo suas características, respeitando o direito do médico de internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição (art.25 do Código de Ética Médica).

ORGANIZAÇÃO DO CORPO CLÍNICO

O Regimento Interno deverá prever a existência e a duração dos mandatos dos Diretores Técnico e Clínico, sendo este obrigatoriamente eleito pelo Corpo Clínico, de forma direta. Da mesma forma se procederá em relação à Comissão de Ética da Instituição. A existência de Conselhos e outras Comissões e de outros Órgãos deverá ser explicitada, prevendo-se a representação do Corpo Clínico. As competências dos Diretores Técnico e Clínico e da Comissão de Ética estão previstas em Resoluções específicas do Conselho Federal de Medicina.

ELEIÇÃO

O Diretor Clínico, seu substituto e os membros da Comissão de Ética serão eleitos por votação direta em Assembléia especialmente convocada com essa finalidade, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, por maioria simples de votos, com quórum mínimo de 2/3 dos membros do Corpo Clínico, em primeira convocação, e com qualquer número, em segunda convocação, após 1 hora. O Diretor Técnico assegurará a investidura dos eleitos.

COMPETÊNCIAS

O Regimento Interno deverá discriminar as competências do Corpo Clínico, garantindo aos seus integrantes, de acordo com sua categoria:

- frequentar a Instituição assistindo seus pacientes, valendo-se dos recursos técnicos disponíveis;
- participar das suas Assembléias e Reuniões Científicas;
- votar e, conforme a categoria pertencente, ser votado;
- eleger o Diretor Clínico e seu substituto, Chefes de Serviço, bem como a Comissão de Ética Médica;
- decidir sobre a aceitação de convênios;
- decidir sobre a admissão e exclusão de médicos;
- colaborar com a administração da instituição, respeitando o Código de Ética Médica, os regulamentos e as normas existentes.

DELIBERAÇÕES

O Corpo Clínico deliberará através de Assembléias convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros e em segunda com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos, exceto para a exclusão de membros, quando serão exigidos 2/3 dos votos. Mediante requerimento de 1/3 dos seus membros, o Corpo Clínico poderá convocar assembléias extraordinárias, com antecedência mínima de 24 horas.

DIREITOS E DEVERES

O Regimento Interno deverá prever os direitos dos seus integrantes, respeitando como fundamentais:

- a autonomia profissional;
- a admissão ao Corpo Clínico através de mecanismos claramente definidos e de forma aberta e democrática;
- o acesso à Instituição e seus serviços;
- a participação nas Assembléias e Reuniões;
- o direito de votar e, conforme o caso, ser votado;
- de receber a remuneração pelos serviços prestados de forma o mais direta e imediata possível;
- decidir sobre a aceitação de convênios;
- comunicar falhas observadas na assistência prestada pela Instituição e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes.

Os deveres dos integrantes do Corpo Clínico também deverão ser claramente expressos, prevendo-se, inclusive, a possibilidade de punições no âmbito da Instituição, por fatos de natureza administrativa, através de sindicância, garantindo-se ampla defesa aos acusados. A penalidade de exclusão deverá ser homologada em assembléia do Corpo Clínico. Devem ser claramente mencionados os deveres de:

- obediência ao Código de Ética Médica, aos Estatutos e ao Regimento Interno da Instituição;
- assistir os pacientes sob seu cuidado com respeito, consideração, e dentro da melhor técnica, em seu benefício;
- colaborar com seus colegas na assistência aos seus pacientes, quando solicitado;

Arq. Cons. Region. Med do PR.
11 (48), 1995

- participar de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário;
- cumprir as normas técnicas e administrativas da Instituição;
- elaborar prontuário dos pacientes com registros indispensáveis à elucidação do caso em qualquer momento;
- colaborar com as Comissões específicas da Instituição.
- deverá também o médico restringir sua prática à (s) área (s) para a(s) qual (is) foi admitido, exceto em situações de emergência.

Caberá aos médicos que se julgarem prejudicados por decisões de qualquer natureza, recurso ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição em que se encontra registrada a Instituição.

(Modelo elaborado pelo CMF)

Hercules S. P. Liberal
Cons. Secretário-geral

Nota: Veja a respeito do assunto em "Arquivos" N^{os} 1, 5, 7, 8, 12, 13, 16, 18, 28, 33, 34 e 36.

QUAIS OS LIMITES DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS?

Parecer CMF

EMENTA

Em estabelecimento de saúde onde há ambulatório e plantão médico o (a) enfermeiro (a) obstétrico (a) não pode atuar sem orientação e supervisão daquele, responsável final pelo atendimento. Ao diretor clínico cabe estabelecer os limites que devem ser respeitados.

I - A CONSULTA

O Dr. Carlos Magno expôs e consultou

"Sou obstetra do Hospital Estadual Rocha Faria, e desejo orientação sobre os fatos a seguir. 1) Enfermeiros 'obstétricos' fazem partos, com e sem episiotomia, sem a supervisão direta de um médico; 2) Os mesmos prescrevem medicação no pós-parto; 3) Também fazem 'pré-natal', em substituição aos médicos Pré-natalistas, inclusive prescrevendo e medicação para a gestante.

Pergunto:

- Todos os procedimentos citados não competem ao médico realizar?
- Quais justificativas para num centro urbano, com profissionais habilitados, médicos, tais procedimentos serem realizados por paramédicos?
- A responsabilidade ética e legal será do médico plantonista, caso ocorram intercorrências no pré, no parto e pós-parto?
- Qual o limite para a atuação do profissional citado, sem relação aos procedimentos 'estritamente médicos'?"

Essa consulta envolve tema que de há tempo vem sendo discutido pela categoria médica, ou seja, a definição do ATO MÉDICO. Também, por conseqüência, este Conselho Federal tem se debruçado sobre o assunto. Há necessidade, portanto, de extensa discussão permitindo, se possível, não apenas uma resposta a consulta específica, mas também uma formulação doutrinária para toda a classe médica e à sociedade.

Arq. Cons. Region. Med do PR.
11 (48): 198-206, 1995

II- ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A assistência ao parto foi exercida, ao longo da História da Humanidade, por mulheres. As parteiras, ou obstetrizas, possuidoras de curso específico. Quando não, denominadas vulgarmente "curiosas" ou "entendidas", por muito tempo atuaram, no passado, especialmente no interior, onde rara era a presença de médico e habitual o parto domiciliar.

Os escassos recursos da Medicina e de médicos, aliados à moralidade da época, permitiam essa primazia. Eram numerosos os cursos que formavam parteiras. Com o progresso da Medicina e o aumento do número de médicos, passou a ser atividade exercida por estes.

Assim também ocorreu com a cirurgia, que nos primórdios da Civilização era exercida por barbeiros, hábeis no manuseio da navalha. O cirurgião não era médico em seu sentido mais amplo. Resquícios dessa época são ainda as expressões "operador", ou mesmo "cirurgião", para diferenciá-los dos médicos. Nos Estados Unidos da América é ainda visível essa distinção, demonstrando as origens diversas. Assim vemos no "Blakiston's Illustrated Pocket Medical Dictionary - Second Edition - Library of Congress Catalog Card Number 59-11923":

"Physician - One who is authorized to practice medicine."

"Surgeon - 1. One who practice surgery. The term implies the possession of a medical degree and license and is used irrespective of the field or limitation of practice."

Não fosse essa origem diversa, seria desnecessário o lembrete "**o termo subentende a posse do grau de médico**".

Assim, na medida em que o progresso geral da Ciência Médica, e no particular da Obstetrícia e Cirurgia, exigindo maiores conhecimentos, passaram ao domínio exclusivo do médico, agora então especialista em obstetrícia e em cirurgia. Desapareceram então os cursos para formação de parteiras, ou pelo menos foram reduzidos drasticamente.

III - OMISSÃO MÉDICA

Paradoxalmente, o grande avanço obtido nas especialidades médicas, aliado às deformações estruturais e funcionais da assistência à saúde, estas em especial no Brasil, causaram:

- o avanço tecnológico passou a exigir mais do médico, e por consequência a necessidade de pessoal auxiliar paramédico também especializado. Aliado a isto, também muitos médicos relegaram a segundo plano a atividade de menor exigência técnico-científica. E o cirurgião que deixa à enfermagem a tarefa de retirar pontos; é o clínico que atribui à atendente a medida da pressão arterial e pulso do paciente; é o ortopedista deixando ao técnico a tarefa de aplicar o aparelho de gesso, etc. Parecem-lhes tarefas "indignas" de sua elevada posição. Essas e outras tarefas similares podem ser executadas por pessoal técnico auxiliar, porém SEMPRE supervisionadas pelo

médico. Ele não poderá transferir responsabilidade, por exemplo, ao técnico de gesso que por negligência, imperícia ou imprudência colocou-o apertado demais, causando "necrose isquêmica". O médico será o único responsável.

- a estrutura e funcionamento da assistência médica gerou situações inusitadas, sendo marcante a distinção que muitos médicos fazem entre os pacientes. Aqueles que particularmente custeiam suas despesas, e de alguns convênios, são considerados seus pacientes. Os beneficiários do SUS, antigamente INAMPS ou INPS, ou equivalentes no âmbito estadual, são tidos, por esses médicos, como pacientes do convênio, e não seus. Ouvimos com frequência: Fulano é meu paciente, está internado no apartamento X; eu operei Sicrano, mas não é meu paciente, é do SUS. Assim é que, se Fulano procura o médico, porque após a cirurgia apresenta algumas queixas, será prontamente atendido; se Sicrano fizer o mesmo, não é raro que fique sem atendimento, sendo-lhe dito que procure o ambulatório da instituição, pois seu trabalho terminou com a cirurgia. Quando muito atenderá superficialmente e dará o mesmo destino. Se o médico atende também no ambulatório da instituição, o paciente poderá ter a sorte de ser atendido.

Cito exemplo concreto ligado à obstetrícia: numa maternidade as pacientes beneficiárias do SUS, na época INAMPS, dependendo do médico de plantão, pariam e não chegavam a conhece-lo. Todo o atendimento era prestado pela parteira, salvo quando complicava. Também na dependência do médico de plantão, pois sempre há honrosas exceções, na verdade maioria, se a parteira constatava alguma intercorrência, o plantonista, sem ver o paciente, determinava que fosse chamado o clínico. Sendo paciente particular, a decisão de chamar o clínico era tomada sempre depois de examiná-la, e mesmo assim, somente se ele, o plantonista, não tivesse condições de resolver o caso.

IV - OCUPAÇÃO DE ESPAÇO

Rei morto, rei posto. Espaço vago e imediatamente ocupado. O médico que delega atribuições, e tacitamente, ou mesmo expressamente, também a responsabilidade, esta criando condições para que outras categorias profissionais assumam essas funções. Nada contra outras categorias. Nem mesmo de longe menosprezar sua importância no conjunto assistencial à saúde. É simples questão de ordem legal e ética.

Para citar exemplo de primeiro mundo, onde ocorreram e certamente ocorrem problemas do gênero, cito: sangue para transfusão, lá como aqui, não raro os auxiliares técnicos fazem a coleta, classificação, exame sorológicos, e o médico entra em cena somente quando é descartado por apresentar sorologia positiva para lues, Aids, ou qualquer outra infecção. Isto se simplesmente não for informado, pelos técnicos, que seu sangue foi rejeitado e que deve procurar um médico, entregando-lhe o laudo laboratorial.

A médica Dra. Elenice Deffune, atuando na área de Medicina Hematológica e especialização em transfusão, com curso de mestrado em imunobiotecnologia, imunogenética e transfusão sangüínea na França, doutorada em biotecnologia, hoje trabalhando no laboratório de pesquisas monoclonais, em Botucatu, São Paulo, concedeu entrevista ao Jornal do HEMOSC, da Secretaria de Estado da Saúde - Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina, Ano I - nº 4 - Quadrimestre de

Nov./93 a Fev./94, sob o título TRANSFUSÃO EXIGE ÉTICA E INFORMAÇÃO TRANSPARENTE, da qual transcrevo alguns trechos, dos quais sublinho os mais importantes.

"JH - O que significa Bioética?

ED - Para nós, brasileiros, é um termo novo e que na Europa, desde os anos 80, vem sendo usado por aqueles profissionais que se preocupam com a ética em torno da vida. A bioética se aplica a todos os seres vivos, e seu renascimento se deve ao drama da transmissão da AIDS através da transfusão sangüínea, não somente hemofílicos, mas sobretudo com o que vem acontecendo em todo o mundo com os pacientes contaminados em período de janela imunológica.

JH - Em sua palestra, a senhora insistiu na questão da ética na transfusão sangüínea.

ED - A questão da ética na transfusão sangüínea baseia-se numa só palavra: a transparência com honestidade, o que vale para qualquer outra área. A transfusão é uma área extremamente conflitante por lidar com sangue, e este está envolvido com uma série de tabus e mitos. E muito mais agora pela questão da Aids, porque se liga à vida, à morte, homossexualidade e transsexualidade. Por ser assunto tão complexo, os profissionais da área de transfusão sangüínea tem que ter uma lisura do ponto de vista do comportamento técnico, e muita clareza ética para não deixar de passar ao paciente uma informação verdadeira.

JH - Refere-se ao escândalo da contaminação de hemofílicos na França?

ED - Sim, e podemos afirmar que esse drama serviu para o regulamento de toda a transfusão sangüínea nesses últimos 3 anos. No caso francês, em certo momento profissionais confundiram as coisas e inverteram prioridades humanitárias em nome de defesa de interesses econômicos da nacionalidade. E o resultado foi que 1.210 hemofílicos foram contaminados, ou já estavam contaminados, e foram a óbito em curto espaço de tempo por que receberam uma carga antigênica maior. Então, a ética vem ao encontro de prevenir esse tipo de tragédia. Acho que a questão da ética se liga também à presença de um médico na triagem, porque é de sua responsabilidade, a exemplo da Europa, que vem reforçando essa presença. É uma responsabilidade que não deve ser delegada ao pessoal de nível técnico. Do ponto de vista jurídico, a responsabilidade da triagem, da transfusão ou pela troca de bolsas é exclusivamente médica."

V - LEGISLAÇÃO

É comum ouvirmos que muitas leis estão ultrapassadas, que temos leis em excesso, que precisam ser atualizadas. Tudo isso é verdadeiro. Mas também é verdadeiro que outras tantas leis são ainda absolutamente válidas, permanecendo atuais pela sabedoria com que foram editadas.

É também verdadeiro, tristemente, que o nível do legislador atual parece inferior ao do passado. Salvo as sempre honrosas exceções, muitos deputados patrocinam, por doloso interesse eleitoreiro, por incompetência, ou por ambas, projetos-de-lei que acabam promulgados e sancionados, com graves vícios danosos à sociedade, às categorias profissionais, e não raro àquelas pretensamente beneficiadas. Vejamos alguns exemplos das duas afirmações:

- O Decreto nº 20.931 de 11 de janeiro de 1932, que "Regula o exercício da Medicina, da Odontologia, da Medicina Veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas." Foi elaborado com tanta sabedoria que pouquíssimos dispositivos mereceriam exclusão, modificação, ou acréscimos, se quiséssemos reeditá-lo. Tanto é assim que vige até hoje e a maior parte de seu conteúdo foi incorporado a leis e decretos posteriores, e aos Códigos de Ética Médica editados, inclusive o atual. Para demonstrar vou transcrever apenas um artigo, onde estará sublinhado o texto enxuto caso o decreto regulamentasse apenas o exercício da Medicina.

"Art. 24. Os institutos hospitalares de qualquer natureza, públicos ou particulares, os laboratórios de análises e pesquisas clínicas, os laboratórios de soros, vacinas e outros produtos biológicos, os gabinetes de raios X e os institutos de psicoterapia, fisioterapia e ortopedia e os estabelecimentos de duchas ou banhos medicinais, só poderão funcionar sob responsabilidade e direção técnica de médicos ou farmacêuticos, nos casos compatíveis com esta profissão, sendo indispensável para seu funcionamento, licença da autoridade sanitária."

Foi sublinhado "institutos de psicoterapia" porque neste artigo representam os hospitais ou clínicas psiquiátricas, onde são utilizados medicamentos. A atividade dos psicólogos, sem prescrição medicamentosa, fica obviamente excluída, bem como os de fisioterapia, que apenas aplicam o prescrito pelo médico.

Observe-se a sutil mas fundamental diferença entre dizer que **"ao médico compete assumir a direção técnica dos hospitais"** e **"os hospitais devem ter um diretor técnico médico"**.

Vejamos agora o exemplo negativo: Lei nº 8.234 de 17/09/91, que regulamenta a profissão de nutricionista.

É no todo de cunho eminentemente corporativista, e certamente resultou de intenso **"lobby"**. Citarei apenas um dos itens.

"Art. 3º. São atividades privativas dos nutricionistas:
I.....
IV - ensino das matérias profissionais dos cursos de graduação em nutrição."

Aparentemente muito lógico, mas não é. Este dispositivo pode, e deve constar, na legislação que especificamente trate do curso e seu funcionamento, mas não nesta lei.

Imagine-se, no caso do médico, se quiséssemos especificar em lei que atividades lhes devem ser atribuídas. Numa lista infundável, lá estaria: **"o ensino de Clínica Médica"**. Evidente absurdo. Na legislação que disciplina a organização e funcionamento do curso, aí sim, constará como requisito para ensinar Clínica Médica, **"ser médico"**.

É a natureza da atividade que requer este ou aquele profissional, e não o contrário. Ninguém requisita um bombeiro hidráulico para consertar uma instalação elétrica.

Por isso nenhuma lei **deverá dizer o que esta ou aquela profissional deverá fazer**, mas sim qual profissional **deverá ser requerido para esta ou aquela atividade**.

VI - ATO MÉDICO

Criança levou um tombo e ralou o joelho. Sua mãe lavou a região escoriada e aplicou mercúrio cromo. Praticou um ato médico? Não, ainda que na verdade tenha feito um diagnóstico, lesão epidérmica; um prognóstico, lesão leve de evolução benigna; um ato terapêutico, limpeza e aplicação de medicamento.

Se essa mãe, assustada pelo choro da criança, com medo de alguma lesão mais grave, a levasse na emergência de um hospital, e o médico tivesse feito o mesmo que ela fizera na primeira situação, este teria praticado um ato médico. Se, por sua orientação, a enfermeira fizesse a limpeza e aplicação do anti-séptico, esta teria praticado um ato de enfermagem e ele um ato médico.

Aumentemos a complexidade da situação. A enfermeira, constatando a benignidade da lesão, fez o curativo, tranquilizou a mãe e dispensou-a. Houve apenas o ato de enfermagem. E se houvesse uma fratura da patela que passasse despercebida em todas as situações propostas?

No primeiro caso apenas o sofrimento da criança seria maior pelas conseqüências da lesão. Quando muito, sua mãe teria "dor de consciência" por não ter de imediato levado o filho ao médico.

Na segunda situação, o médico poderia ser responsabilizado por falta ética, ter negligenciado no exame não diagnosticando a fratura, com possíveis conseqüências civis e penais.

No terceiro a enfermeira poderia ser responsabilizada, bem como o médico por permitir, ou admitir passivamente, que alguém procurando o serviço de sua responsabilidade fosse atendido por não médico.

Dessa exemplificação deduz-se que:

- eventualmente, jamais como rotina, enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar, parteira, etc. pode atuar de forma independente, sem supervisão médica;

- a responsabilidade por atos que visem diagnóstico, prognóstico e terapêutica é, em última instância, dentre os profissionais da saúde, do médico.

Isto flui da tradição e da legislação vigente. Somente o médico atesta o óbito, incapacidade para o trabalho, temporária ou definitiva, higidez física e mental, enfim, tudo que se relacione à saúde, doença, vida, que possa gerar direitos ou deveres.

Não se trata de considerar profissões mais nem menos importantes. Não temos dúvidas que um enfermeiro, bem qualificado tecnicamente, terá condições de diagnosticar uma pneumonia, por exemplo, e mesmo indicar o antibiótico adequado, melhor talvez do que um ou outro médico. Nem por isso terá direito a atuar no lugar do médico.

Alguém que decida estudar com afinco, autodidata, a legislação civil, penal e processualística, pode adquirir conhecimentos jurídicos em grau maior do que alguns advogados. Nem assim, entretanto, poderá patrocinar uma causa em juízo.

Estabelece a Constituição Pátria:

"Art.5º.....
XIII - é livre o exercício de qualquer profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer;"

Para o exercício da Medicina a lei exige a habilitação técnica, que é conferida pelo diploma obtido no curso ou faculdade de medicina, seu registro no MEC e inscrição no Conselho.

O mesmo diga-se para o advogado, engenheiro, etc.

VII - RESPOSTA AOS QUESTIONAMENTOS

Face à extensão do parecer, os informes, e serão repetidos, seguindo comentários e respostas adequadas.

1) Enfermeiros "obstetras" fazem partos, com e sem episiotomia, sem a supervisão direta de um médico.

Comentário. Num estabelecimento hospitalar, havendo obviamente médicos, plantonistas ou não, é imperativo que qualquer procedimento assistencial que exija diagnóstico, prognóstico ou terapêutico (clínico ou cirúrgico), seja efetuado por médico, ou sob sua supervisão e responsabilidade.

2) Os mesmos prescrevem medicação no pós-parto.

O comentário anterior demonstra a irregularidade. O que pode acontecer e, sob a supervisão e responsabilidade do médico, seja administrado ao paciente a medicação de rotina, e mesmo assim não exime o médico da responsabilidade.

3) Também fazem "pré-natal", em substituição aos médicos pré-natalistas, inclusive prescrevendo medicação para a gestante.

Comentário. Descabido sem supervisão médica.

Todos os procedimentos realizados não competem ao médico realizar?

Resposta. Sim. Ou que sejam realizados sob sua supervisão e responsabilidade. Se a obstetriz causar algum dano o médico será responsável. Ainda que o Decreto nº 94.406 de 08/06/87, que regulamenta a Lei nº 7.498, em seu artigo 9º inciso III permita ao enfermeiro obstétrico praticar a episiotomia, este é um ato médico. Autorização para fazer não implica em exclusividade. O Artigo 30 do Código de Ética Médica diz ser falta ética:

"Art. 30. Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica."

Delegar implica também transferir a responsabilidade, como prevêm os artigos seguintes que complementam o anterior.

"Art. 31. Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente."

Art. 32. Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal."

- Quais as justificativas para num centro urbano, com profissionais habilitados, médicos, tais procedimentos serem realizados por paramédicos?

Resposta. Não há justificativa. Podem haver explicações: omissão dos próprios médicos; incapacidade gerencial de alguns dirigentes que não exigem do médico o exercício pleno de suas atribuições e responsabilidades; menor custo financeiro quando essas práticas são atribuídas a pessoal menos qualificado e outras.

- A responsabilidade ética e legal será do médico plantonista caso ocorram intercorrências no pré, no parto e pós-parto?

Resposta. Sim, será do médico plantonista enquanto aceitar passivamente essa situação. Cessará somente a partir do momento em que, por escrito, manifestar sua discordância ao diretor clínico, à comissão de ética, dando ciência também ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição, conforme artigo 22 do código de Ética Médica. O diretor clínico pode também ser responsabilizado por infração ao artigo 17 do mesmo código.

- Qual o limite para a atuação do profissional citado, em relação aos procedimentos "estritamente médicos"?

Resposta. Por todo o exposto o limite será estabelecido pelo médico responsável, limite este também previsto na própria Lei nº 7.498 e Decreto nº 94.406 de 08/06/87 que estabelece:

"Art. 8º. Ao enfermeiro incumbe:

.....
JI - como integrante de equipe de saúde:

- a).....
c) prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;"

Comentário. Obviamente não é o caso concreto. A gestante hígida não precisa de medicamentos. A anêmica, hipertensa, edemaciada, ou com qualquer outro problema de saúde, necessita avaliação médica, sendo irregular estabelecer "rotina" para a enfermagem "prescrever".

Programação de saúde com medicamento de rotina são, por exemplo, a administração de vermífugos, vacinações, práticas de higiene, orientação alimentar e outras assemelhadas.

"d) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

.....
1) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia."

Comentário. A clareza dos dispositivos dirime qualquer dúvida e repito, a permissão legal não obriga. Se na equipe há médico, a este cabe a responsabilidade e decisão diagnóstica e terapêutica, executando ou supervisionando sua execução.

VIII - CONCLUSÃO

Este parecer, salvo melhor juízo, esclarece a dúvida do consulente em particular, e fundamenta doutrinariamente a conceituação do que entendo por ato médico, e que os conceitos aqui emitidos possam estimular e subsidiar a posição deste Conselho Federal em resolução normativa.

Brasília, 14 de fevereiro de 1994.

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 09/02/95

Leo Meyer Coutinho
Cons. Relator

PODE O MÉDICO ATESTAR PARA SI MESMO SUAS CONDIÇÕES DE SAÚDE?

Parecer CFM

PARECER

Em face dos condôminos do "Conjunto Residencial Recreio das Canoas" terem decidido em assembléia que a permissão para usar o conjunto de piscinas e saunas ali existentes, seria facultado mediante apresentação de atestado médico, o Dr. Luiz da Costa Mattos emitiu, em favor de si mesmo, um atestado em que afirma sua própria higidez física e mental.

Esse procedimento levou a administração do citado condominio a consultar o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro sobre sua validade, o que fez este Regional, então, encaminhar a consulta à apreciação deste Egrégio Conselho Federal, uma vez que admite ser o assunto matéria a ser regulamentada através de Resolução.

Como está tradicionalmente conceituado, o atestado médico é uma declaração simples e por escrito, dada por um profissional da medicina, regularmente inscrito no Conselho competente e cuja finalidade é afirmar o estado mórbido ou a higidez, e as suas conseqüências. Vale dizer, afirmar o que resultou do exame feito pelo médico em seu paciente, no que diz respeito a sua sanidade e suas implicações mais diretas.

Desse modo, é o atestado médico um documento utilizado pelo profissional da medicina no exercício regular do seu mister, e quando esse instrumento está revestido dos requisitos que lhe conferem validade, atesta a realidade da constatação feita pelo médico para as finalidades previstas em lei. E a exigência de sua veracidade é um direito que tem o Estado de proteger o bem jurídico da fé pública.

No entanto, a situação que fundamenta a presente consulta, de o médico atestar para si mesmo suas condições de saúde, é estranha e inusitada, pois o que referem a norma, a doutrina consagrada e até a própria jurisprudência, são sempre considerações sobre o médico atestando para terceiros suas condições de saúde.

É difícil aceitar o fato de o médico concentrar, num só tempo, em si próprio, a condição de examinado e de examinador, de médico e de paciente, concentrando todas as responsabilidades e todos os privilégios, policiando-se para que um não se sobreponha ao outro. É claro que, por mais fina e delicada que seja sua consciência, a decisão exigida para a emissão do atestado médico está prejudicada pois o que for consignado em atestado é suspeito, tanto pelas razões ditas pelo médico como pelos benefícios do paciente.

Ainda mais: ninguém pode sair de si mesmo, para dar a ele próprio. Essa dívida é indispensavelmente vedada, é impossível. Seria o mesmo que um juiz julgar seu próprio pleito ou um clérigo dar a si mesmo o último sacramento. Isso faz lembrar São Roque, que a todos salvou da peste fazendo sobre eles o sinal da cruz. E quando o mundo o viu fez do mesmo mal, cuidavam todos que ele se salvaria também a si. Não se salvou porque ele era o próprio remédio.

Portanto, não apenas natural suspeição do comprometimento da veracidade do atestado médico, quando este trata sobre as próprias condições de saúde de quem subscreve, mas ainda, pela impraticabilidade de ajustamento aos procedimentos legais e as justificativas de ordem moral, resta-nos, tão-somente, desaconselhar e censurar tal prática.

É o parecer, S.M.J.

João Pessoa, 28 de agosto de 1987

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 10/10/87

Genival Veloso de França
Cons. Relator

Nota - a respeito do assunto veja "Arquivos" Nº 14 ou 16.

ORIENTAÇÃO JURÍDICA

O Conselho Regional de Medicina do Paraná lembra aos seus filiados que o seu Departamento Jurídico coloca a disposição, o Consultor Jurídico Advogado Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque e o Assessor Jurídico Advogado Afonso Proença Branco Filho para consultas sobre ética médica ou de outra natureza.

ENFERMEIROS PODEM REALIZAR LAVAGEM DE OUIDOS?

Parecer CFM

EMENTA:

A LAVAGEM DE OUIDOS, SENDO PROCEDIMENTO PASSÍVEL DE COMPLICAÇÃO COM POSSIBILIDADE DE ACARRETAR PREJUÍZO PERMANENTE À INTEGRIDADE FÍSICA DO INDIVÍDUO, NÃO PODE SER REALIZADA POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM, INCAPAZES LEGAL E TECNICAMENTE PARA TAL MISTER. O MÉDICO QUE AUTORIZÁ-LA DESSA FORMA, AFRONTA O ARTIGO 30 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA.

O Conselho Regional de Medicina do PARANÁ envia ao CFM Parecer nº 0327/93 CRM/PR no qual responde à consulta do Conselho Regional de Enfermagem do Paraná.

Designado pelo Senhor Conselheiro Júlio Cezar Meirelles Gomes (OFÍCIO CFM Nº 3008/94) a emitir parecer sobre o procedimento "lavagem de ouvido por profissionais de enfermagem", passo a análise dos fatos.

EXPOSIÇÃO

À primeira vista, a lavagem de ouvido parece ser procedimento simples, passível de execução por profissionais de enfermagem, desde que indicado por médico e sob sua supervisão. Entretanto, complicações poderão advir se a técnica não for devidamente aplicada.

Além da remoção de rolha de cerume, a lavagem de ouvido se presta à remoção de qualquer tipo de corpo estranho. A ocorrência de complicação, como perfuração timpânica e possível contaminação do ouvido interno por material séptico, caso não seja imediatamente identificada, poderá acarretar prejuízo permanente à integridade física do indivíduo.

PARECER

A Lei 7498/86, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, não fornece suporte legal a estes profissionais para a execução de tais atos. O capítulo III do Código de Ética Médica trata da Responsabilidade Profissional e o seu art. 30 especificamente diz: "É vedado ao médico delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica".

Entendo que qualquer procedimento no qual haja possibilidade de aumento na morbidade deva ser realizado criteriosamente por quem, por direito e por competência, esteja habilitado a realizá-lo e, principalmente, diagnosticar e tratar possível complicação.

CONCLUSÃO

Isto posto, entendo que não há embasamento legal, nem técnico, para que a lavagem de ouvido seja realizada por profissional de enfermagem.

É O RELATÓRIO, SALVO MELHOR JUÍZO.

Brasília (DF), 10 de novembro de 1994.

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 9/2/95

José Abelardo Garcia de Meseses
Cons. Relator

NÃO É MOLE FAZER JORNAL

Se a letra é miúda, não se pode ler.
Se a letra é grande, quase não se tem o que ler.
Se trata de política, é intrometido.
Se não trata é monótono.
Se desenvolve a notícia, é mentiroso.
Se não desenvolve, é falho.
Se é satírico, não é sério
Se não é, foi escrito para estátua de pedra.
Se interessa às senhoras, é um jornal de mulheres.
Se interessa aos homens, é um jornal machista.
Se é caro , explora.
Se é barato , não presta.
Se chega em tempo, apenas cumpriu a obrigação.
Se chega atrasado, recebe reclamações.
Se falha um dia, está indo à falência.
Se sai todos os dias, é escrito por analfabetos.
Se usa o linguajar profundo, é esnobe.
Se usa palavras vulgares, não tem qualidade.
Se não tem notas policiais, é comprometido.
Se tem notas policiais, é desumano.
Se é suscinto, é superficial.
Se é profundo, é cansativo.

(Extraído do Jornal IMPACTO. MG)

DEVE O HOSPITAL REGISTRAR-SE NO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA?

Parecer CFM

EMENTA

O hospital deve estar devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina e por possuir farmácia, o seu responsável sempre estará inscrito no seu Conselho na forma da lei. Sendo equivocada a exigência de registro do hospital no Conselho de Farmácia.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo recebeu informações de que o Conselho Regional de Farmácia aplicou multa a um hospital de sua jurisdição, devidamente inscrito naquele Regional, por possuir uma farmácia e um laboratório de análises clínicas de utilização exclusiva para paciente do hospital.

O relatório de visita expedido pelo CRF-ES informa que "a firma se encontra autuada e possui processo administrativo fiscal de multa" e aponta como irregularidades encontradas o fato de não possuir farmacêutico-bioquímico responsável técnico, "infringindo o art. 24 da Lei 3820/60 e não se encontram inscritos no CRF, infringindo a Lei 6839/80".

PARECER

A Lei 3.820/60, que cria o CFF e os CRFs, e dá outras providências, determina em seu Art. 24 que "as empresas e estabelecimentos que exploram serviços para os quais são necessárias atividade de profissional deverão prover perante os Conselhos Federal e Regionais que essas atividades são exercidas por profissional habilitado e registrado".

A portaria nº 316, de 26 de agosto de 1977, do Ministério da Saúde estabelecia para a unidade hospitalar ou equivalente, com capacidade acima de 200 leitos a necessidade do profissional farmacêutico em sua farmácia, mas dispensava a responsabilidade técnica específica para as empresas menores. Entretanto a portaria nº 930 do mesmo Ministério de 15 de maio de 1992 que criou a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, no seu item 4, estabelece a necessidade de ter representante de nível superior do serviço de farmácia. Finalmente, o Decreto nº 793 de 5 de abril de 1993 no seu Art. 1º muda a redação do Art. 27 do Decreto 74170 de 10 de junho de 1974 passando a vigorar de modo seguinte: A farmácia e a drogaria terão, obrigatoriamente, a assistência de técnico responsável.

Parágrafo 1º: o técnico responsável de que trata esse Artigo será o farmacêutico inscrito no Conselho Regional de Farmácia, na forma da lei.

Parágrafo 2º: contarão também, obrigatoriamente, com a assistência técnica de farmacêutico responsável os setores de dispensação dos hospitais públicos e privados e de demais unidades de saúde, distribuidores de medicamentos, Casas de Saúde, Centro de Saúde, Clínicas de Repouso e similares que distribuam ou manipulem medicamentos sobre controle especial ou sujeitos a prescrição médica. (o grifo e nosso).

Por outro lado, a responsabilidade técnica não da farmácia mas do laboratório de análises clínicas não é atribuição exclusiva do profissional farmacêutico.

Quanto à obrigatoriedade de inscrição da empresa no CRF, contrapomos o entendimento da Lei nº 6.839/80 que determina o registro da empresa no órgão fiscalizador estabelecido pela sua atividade principal.

CONCLUSÃO

Pelo acima exposto verificamos que há necessidade da presença de assistências técnica de farmacêutico responsável no setor de dispensação de medicamentos dos hospitais e demais unidades de saúde sendo necessário apenas o seu registro no CRF respectivo na forma da lei. Consideramos portanto equivocada a ação do CRF-ES e entendemos que a empresa deva apresentar recurso à mesma instância, de cuja decisão, não sendo de reconhecimento do equívoco praticado, permitirá medida judicial por abuso de poder.

É o parecer, s.m.j.

Brasília 26 de agosto de 1994.

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 9/2/95

Luiz Carlos Sobania
Cons. Relator

DIVULGAÇÃO E PUBLICIDADE

Antes de fazer publicidade ou declarações à órgãos de divulgação, reveja as normas publicadas no "ARQUIVOS".

É vedado ao médico:

ARTIGO 68 - Fazer publicidade em desacordo com a legislação vigente e com as normas do Conselho Federal de Medicina.

Arq. Cons. Region. Med do PR.

11 (48),1995

O QUE PODEM RECEBER OS CONSELHEIROS

(Diárias, Jetons, Ajudas)

Parecer CFM

1 - Em 21 de junho de 1994 o TCU, através de sua 1ª Secretaria de Controle Externo, ao mesmo tempo em que dava ciência da regularidade das contas deste Conselho Federal referentes ao exercício de 1992, recomendava a adoção de "I - providências no sentido de suspender, de imediato, a aplicação de seus recursos no Fundo de Aplicação Financeira...; e II - as normas adotadas relativamente a diárias devem estar de conformidade com as normas estabelecidas pela Administração Federal, as quais fixam as respectivas diárias em Unidade Real de Valor - URV, Portaria SAF 1430, de 11.05.94...".

2 - A referida Portaria regulamenta o Decreto 343, de 19.11.91, que dispõe sobre a matéria, do qual destacamos:

2.1 - Atinge o servidor civil da administração direta, das autarquias, inclusive especiais e das fundações públicas federais (art. 1º);

2.2 - Estipula que as diárias serão concedidas por dia de afastamento, cabendo metade dos valores quando não houver pernoite, no dia do retorno à origem, quando for fornecido alojamento em próprio público e ainda quando compoendo equipe de apoio às viagens do Presidente ou o Vice-Presidente da República. (art. 20).

2.3 - Concede um adicional de despesas de deslocamento correspondente a 80% (oitenta por cento) do valor básico da diária do nível C do anexo (art. 9º).

2.4 - Estende a sistemática aos colaboradores eventuais (art. 11).

2.5 - Em anexo, classifica cargos, empregos e funções em níveis (4), estabelece os valores da diária para cada um deles e estipula que para determinadas cidades haverá um acréscimo no valor da diária a saber, 40% (quarenta por cento) para Salvador, Brasília, Rio Branco, Macapá, Boa Vista e Porto Velho e 20% (vinte por cento) para Recife, Rio de Janeiro, São Paulo, Maceió e Manaus.

2.6 - A Portaria 1430/94 altera os níveis para cinco e estabelece valores em URV portanto em Reais.

3 - Em agosto de 1994 o Assessor Contábil desta Casa sugere representação ao TCU contestando a aplicabilidade da referida norma legal ao Conselho Federal de Medicina, ao mesmo tempo em que informava a posição da Ciset do Ministério do Trabalho, em fazer cumprir as normas mencionadas.

4 - Em 22.12.94 este Conselho Federal enviou à 1ª Secretaria de Controle Externo do TCU o OF. 3843/94 argumentando nesse sentido, alegando a natureza corporativa e peculiar do Conselho Federal de Medicina, isenta de supervisão ministerial, com seus dirigentes eleitos pelos seus pares e não recebedora de recursos públicos. Inexiste, porém, resposta do órgão até momento.

5 - O Conselho Federal de Medicina permanece pagando diárias de igual valor a Conselheiros e Funcionários obedecendo a Resolução CFM Nº 1437/94 não respeitando os mencionados diplomas legais.

6 - Paralelamente, alguns Conselhos Regionais encaminharam a este Conselho dúvidas acerca da fixação dos valores do "jeton", especialmente após nova manifestação sobre matéria financeira do TCU, constante da Decisão 746/94, na qual informa ter desconhecido consulta anteriormente encaminhada por este Conselho Federal, "por não preencher requisitos de admissibilidade". No entanto, mesmo assim, o voto do Relator recomendava que a base de cálculo do jeton deva ser em conformidade com a Lei 5.708, e Decreto nº 69.382/71, que classificam os Conselhos como órgãos de 3º grau, correspondendo o jeton a 50% (cinquenta por cento) do salário mínimo por sessão, com um máximo de 08 sessões por mês.

7 - Em parecer sobre a matéria, o Consultor Jurídico desta Casa, Dr. Antonio Carlos Mendes, reafirma o conceito de autonomia administrativa, que decorre do art. 1º do Decreto-Lei 968 de 13 de outubro de 1969;

"As entidades criadas por lei com atribuições de fiscalização do exercício de profissões liberais, que sejam mantidas com recursos próprios e não recebam subvenções ou transferências à conta do orçamento da União, regular-se-ão pela respectiva legislação específica, não se lhes aplicando as normas legais sobre pessoal e demais disposições de caráter geral, relativas à administração interna das autarquias federais".

Rechaça ainda a tese da supervisão ministerial sobre as autarquias especiais e corporativas, prevista nos arts. 19 e 26 do Decreto-Lei 200/67 e no parágrafo único do artigo supratranscrito, pois este parágrafo foi revogado pelo DecretoLei 2.299, de 21 de novembro de 1986.

Conclui o ilustre Consultor que portanto não se aplicam aos Conselhos de Medicina a Lei 5.708/71 e o Decreto 69.382/71 e sim a Lei 3.268/57 e o Decreto 44.045/58.

Finalizando, resume seu entendimento:

“(c) dessa maneira, o Conselho Federal de Medicina pode e deve disciplinar o pagamento de “jeton”, verba de representação, diárias e ajuda de custo, por meio de resolução; (d) pode, eventualmente, adotar os critérios contidos no Decreto 69.382, de 19 de outubro de 1971, regulamentando a Lei 5.708, de 04 de outubro de 1971; (e) não estando vinculado àquele Decreto, o Conselho Federal de Medicina poderá erigir seus próprios critérios visando a fixação daquelas verbas de ressarcimento ficto das despesas efetuadas por Conselheiros e membros da Diretoria quando do exercício do mencionado “munus público”.

Assim sendo, proponho a edição de RESOLUÇÃO do CFM disciplinando o pagamento de diárias e jetons por parte do Conselho Federal de Medicina aos seus Conselheiros e a seus funcionários, aplicando-se a legislação específica, procurando a maior analogia possível com a legislação geral disciplinadora da matéria, estabelecendo um valor de remuneração para conselheiros, consultores, assessores e convidados especiais e outro para os funcionários.

Brasília-DF, 06 de abril de 1995.
Nei Moreira da Silva
Conselheiro

Arq. Cons. Region. Med do PR.
11 (48), 1995

FIXAÇÃO DE DIÁRIAS, JETONS E AJUDAS DE CUSTO

Parecer do Prof. Antonio Carlos Mendes.
Universidade de São Paulo e
Universidade Católica de São Paulo

I- RELATÓRIO

FATOS

1. O Conselho Federal de Medicina reportando-se ao expediente oriundo do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, com base em alentado parecer da lavra do Dr. José Márcio Cataldo dos Reis, II. Assessor Jurídico, relata que o Tribunal de Contas da União não conheceu consulta acerca dos critérios jurídicos destinados à fixação dos "jetons", verba de representação e ajuda de custo aos Conselheiros e membros da Diretoria pela participação nas atividades da autarquia especial ou corporativa.

2. A controvérsia decorre de orientação do Controle Interno do Ministério do Trabalho em face da Lei nº 5.708/71, instituindo "a gratificação pela participação em órgão de deliberação coletiva" (jeton), determinando a aplicação dos critérios de cálculo contidos no Decreto nº 69.382/71. Contra essa orientação insurgiu-se o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, com fulcro no parecer do Dr. José Márcio Cataldo dos Reis, sustentando tomar o "salário mínimo" com base de cálculo do "jeton".

CONSULTA

3. Em face disso, formula os seguintes quesitos:

(A) O Decreto nº 69.382/71 deve servir para quantificar o "jeton", verba de representação e ajuda de custo como ressarcimento aos Conselheiros e aos membros da Diretoria dos Conselhos ?

(B) Na hipótese negativa, quais critérios aplicáveis no caso vertente?

II - DIREITO

4. O Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina constituem-se "autarquia" visando à fiscalização do exercício profissional da Medicina "ex vi" do art. 1º caput da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957.

Dessa maneira, têm-autonomia administrativa, nos limites da lei, podendo gerir seu patrimônio e pessoal. Essa constatação decorre do regime jurídico a que se submetem essas "pessoas jurídicas de direito público".

5. Isto é, a lei instituidora da autarquia estipula os limites dessa "autonomia administrativa", assegurando-lhe dispor, nos lindes da legalidade, acerca da prestação do serviço público, do patrimônio e dos servidores autárquicos, inclusive sobre o regime ressarcimento facto das despesas efetuadas pelos Conselheiros e membros da Diretoria no exercício do munus público atinente à fiscalização do exercício profissional.

6. Essa noção de autonomia administrativa, nessa matéria, decorre, especialmente, do direito positivo. O art. 1º do decreto-lei nº 968, de 13 de outubro de 1969, estipula, verbis:

"As entidades criadas por lei com atribuições de fiscalização do exercício de profissões liberais, que sejam mantidas com recursos próprios e não recebam subvenções ou transferências à conta do orçamento da União, regular-se-ão pela respectiva legislação específica, não se lhes aplicando as normas legais sobre pessoal e demais disposições de caráter geral, relativas à administração interna das autarquias federais".

Entretanto, o § único desse dispositivo legal submetia as "autarquias especiais ou corporativas" à supervisão ministerial prevista nos arts. 19 e 26 do decreto-lei nº 200/67. Todavia, esse § único foi revogado pelo decreto-lei nº 2.299, de 21 de novembro de 1986¹.

7. Conseqüentemente, as denominadas "autarquias especiais ou corporativas", a exemplo do Conselho Federal de Medicina e dos Conselhos Regionais de Medicina, estão à margem das restrições e disciplina legais aplicáveis às autarquias federais "strito sensu". Sequer existe, atualmente, a supervisão ministerial que submetia essas autarquias ao princípio hierárquico a que elude o art. 1º da Lei nº 5.708, de 4 de outubro de 1971.

8. Portanto, o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina regulam-se, no que concerne à fixação do "jeton", verba de representação, diárias ou ajuda de custo devidos aos Conselheiros e membros da Diretoria, pela legislação específica. No caso, a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958.

¹) O § único do art. 1º do Decreto -lei nº 968, de 13 de outubro de 1969, revogado pelo Decreto-lei nº 2.299, de 21 de novembro de 1986, tem a seguinte redação: "As entidades de que trata este artigo estão sujeitas à supervisão ministerial prevista nos artigos 19 e 26 do Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, restrita à verificação da efetiva realização dos correspondentes objetivos legais de interesse público".

9. Logo, não se aplica à matéria objeto da consulta a Lei nº 5.708, de 4 de outubro de 1971 e o seu Regulamento veiculado pelo Decreto nº 69.382, de 19 de outubro de 1971, porque esses normativos se restringem aos "órgãos de deliberação coletiva da administração federal direta e autárquica" stricto sensu.

10. Na legislação específica, encontramos nos arts. 6º e 13, § 2º, da Lei nº 3.268/57 a cláusula segundo a qual o mandato dos membros do Conselho Federal de Medicina e dos Conselhos Regionais de Medicina "será meramente honorífico".

Dessarte, não cabe remuneração do trabalho dos Conselheiros e membros da Diretoria. Entretanto, essa cláusula legal não impede que se atribua a esses agentes públicos contraprestação pecuniária visando ao ressarcimento dos gastos efetuados quando do exercício desse "munus público".

11. Conseqüentemente, o Conselho Federal de Medicina, com fulcro no art. 5º, "g", da Lei nº 3.268/57, pode e deve, por meio de resolução, baixar instruções disciplinando ou quantificando o pagamento do "jeton", verba de representação, diárias e ajuda de custo aos Conselheiros e membros da Diretoria.

No exercício dessa atribuição de controle interno, decorrente de seu "poder hierárquico" legalmente estipulado, pode, eventualmente, tomar como paradigma, o Decreto nº 69.382, de 19 de outubro de 1971. Porém, não tem o dever de observá-lo em face das disposições contidas no art. 1º do decreto-lei nº 968, de 13 de outubro de 1969, que se encontra em pleno vigor. Dessa maneira, poderá, se assim entender, disciplinar esses pagamentos consoante os padrões que erigir à míngua de norma específica vinculando o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina².

III - CONCLUSÃO

12. Em suma: (a) o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina constituem-se "autarquia" e, assim, têm autonomia administrativa, nos limites da lei; (b) o decreto-lei nº 968, de 13 de outubro de 1969, submete o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina a regime jurídico distinto das autarquias federais, excluindo, expressamente, a aplicação das "normas legais sobre pessoal e demais disposições de caráter geral, relativos à administração interna das autarquias federais"; (c) dessa maneira, o Conselho Federal de Medicina pode e deve disciplinar o pagamento de "jeton", verba de representação, diárias e ajuda de custo, por meio de resolução; (d) pode, eventualmente, adotar os critérios contidos no Decreto nº 69.382, de 19 de outubro de 1971, regulamentando a Lei nº 5.708, de 4 de outubro de 1971; (e) não estando vinculado àquele Decreto, o Conselho Federal de Medicina poderá erigir os seus próprios critérios visando à fixação daquelas verbas de ressarcimento facto das despesas efetuadas por Conselheiros e membros da Diretoria quando do exercício do mencionado "munus público".

²) O poder hierárquico e de controle interno decorre, especialmente, da natureza autárquica unitária do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Medicina embora cada um deles constituem-se em pessoas jurídicas de direito público interno. O fundamento desta constatação encontra-se, especialmente, no art. 5º, "b", "e", "g", "h", "i", da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957.

Ante o exposto, respondo os quesitos:

(A) Não. O Decreto nº 69.382/71 pode servir para quantificar pecuniariamente o "jeton", a verba de representação, diárias ou ajuda de custo. Porém, não vincula o Conselho Federal de Medicina em face de sua autonomia administrativa.

(B) O Conselho Federal de Medicina, por meio de resolução, pode e deve estipular os critérios de quantificação das sobreditas verbas observando princípios de razoabilidade que devem nortear todos os atos emanados da autoridade pública, sejam eles administrativos ou normativos. Não há um parâmetro de direito positivo. A resolução, baixada com fulcro no art. 5º, "g", da Lei nº 3.268/57, assumirá as características desse paradigma.

É O PARECER, SMJ.

Brasília, 8 de março de 1995

Antonio Carlos Mendes.

FIXAÇÃO DE DIÁRIAS, JETONS E AJUDAS DE CUSTO

RESOLUÇÃO CFM Nº 1452/95

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

CONSIDERANDO que as entidades criadas por Lei com atribuições de fiscalização do exercício de profissões liberais, que sejam mantidas com recursos próprios e não recebam subvenções ou transferências à conta do orçamento da união, regular-se-ão pela respectiva legislação específica, não se lhes aplicando as normas legais sobre pessoal e demais disposições de caráter geral, relativas à administração interna das autarquias federais, conforme o Art. 1º do Decreto-Lei nº 968 de 13 de outubro de 1969.

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária de 07 de abril de 1.995.

RESOLVE:

Art. 1º - Os Conselheiros, Assessores, Convidados e Servidores do CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA farão jus à percepção de diárias, na conformidade desta Resolução, quando na prestação dos serviços e atividades que lhes são afetos houver deslocamento da sua cidade de origem.

Art. 2º - O valor das diárias dos Conselheiros do Conselho Federal de Medicina para pernoite, locomoção e refeição, na prestação dos serviços e atividades que lhes são afetos, a partir de 15 de abril de 1995 será R\$ 196,00 (cento e noventa e seis reais).

Parágrafo 1º - Os reajustes das diárias serão de acordo com o reajuste da Unidade Fiscal de Referência - UFIR ou outro índice que venha a substituí-lo.

Parágrafo 2º - Haverá um aumento de 50% (cinquenta por cento) sobre o valor da diária, quando o deslocamento ocorrer para outra cidade que não Brasília-DF.

Parágrafo 3º - Será pago 50% (cinquenta por cento) do valor das diárias quando não houver pernoite.

Parágrafo 4º - As propostas de concessão de diárias, quando o afastamento iniciar-se a partir da sexta-feira, bem como os que incluam sábados, domingos e feriados, serão expressamente justificadas, configurando, a autorização de pagamento pelo ordenador de despesas, a aceitação da justificativa.

Art. 3º - O valor das diárias por deslocamento para fora do Território Nacional será arbitrado em Reunião de Diretoria do CFM, "ad referendum" do Plenário;

Art. 4º - Os Conselheiros dos CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA, quando convocados para execução de tarefas do CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, farão jus à percepção de diárias na forma e valor estabelecidos no Artigo 2º e seus Parágrafo;

Art. 5º - Os Consultores, Assessores e Convidados do CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA farão jus à percepção de diárias na forma e valores estabelecidos no Artigo 2º e seus parágrafos.

Art. 6º - Os Servidores do CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA e dos CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA, quando convocados para execução de tarefas do CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, farão jus à percepção de diárias correspondentes a 80% (oitenta por cento) do valor estabelecido no Artigo 2º e seus parágrafos.

Art. 7º - A gratificação de presença em reunião ("jeton") do Conselho Federal de Medicina será no valor de 70 (setenta) UFIR's por reunião num máximo de 8 (oito) reuniões mensais.

Parágrafo Único - A gratificação prevista neste artigo é específica para o(s) Conselho(s) quando em reunião em sua cidade-domicílio, não podendo ser acumulativa ao disposto no Art. 2º e seus parágrafos.

Art. 8º - Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria do Conselho Federal de Medicina.

Art. 9º - Os Conselhos Regionais de Medicina definirão os valores das diárias e jeton na sua jurisdição observando as peculiaridades locais.

Art. 10º - Ficam revogadas a Resolução CFM Nº 1.437/94 e as demais disposições em contrário.

Brasília-DF, 07 de abril de 1995.

Waldir Paiva Mesquita
Presidente

Nei Morreira da Silva
Tesoureiro

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 07/04/95

Arq. Cons. Region. Med do PR.
11 (48), 1995

PODE O MÉDICO RECEBER BONIFICAÇÃO POR ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE?

O Departamento de Patologia da Associação Catarinense de Medicina faz consulta sobre exames colpocitológicos ao CREMESC levantando as seguintes questões:

QUESTAO 1 - É lícito/ético que profissionais de outras especialidades, principalmente ginecologistas garantam exclusividade no encaminhamento de exames colpocitológicos à determinado colega patologista, enquanto pessoa física ou jurídica, solicitando em troca "bonificação" de valor variável a qualquer título?

RESPOSTA DO CREMESC - À luz do artigo 9º do Código de Ética Médica não é lícito nem ético o que foi perguntado, pois a medicina não é um comércio; igualmente, e à luz do Artigo 87 do Código de Ética Médica também não é lícito nem ético o argüido, pois é vedado ao médico dar ou receber comissões por serviços não efetivamente prestados.

QUESTÃO 2 - É ilícito/ ético, que os colegas patologistas (pessoa física ou jurídica) contratem profissionais outros, que não médicos, em seus laboratórios privados, resultando como consequência dessa opção, na restrição ao mercado de trabalho dos patologistas?

RESPOSTA DO CREMESC- Neste item há uma questão trabalhista de mercado de trabalho. O cito-técnico ou cito-escrutinador, sendo profissional legalmente habilitado, pode ser empregado do laboratório de citopatologia ou de anatomia patológica ou patologia, nos quais deverá ter um profissional médico habilitado no campo, como responsável. Fica a critério do empregador contratá-lo ou não. Aí há um ponto comercial a considerar, isto é, considerando as condições de mercado poderá ser contratado um médico (opção mais dispendiosa) ou um cito-técnico (opção menos dispendiosa).

Do ponto de vista associativo e profissional a opção recomendável é contratar o médico, mas não é anti-ético, ilícito ou obrigatório contratar o cito-técnico legalmente habilitado. O aspecto "serviço público de massa" não altera o raciocínio. Todo laboratório privado é de uso público.

O exame colpocitológico (a coleta de material biológico e a leitura da lâmina) pode ser encaminhado a cito-técnico (já que é profissional habilitado e legalizado) ou a um laboratório de análises clínicas (pessoa jurídica sob responsabilidade de farmacêutico bioquímico) onde um cito-técnico o examinará. Já o exame colposcópico da paciente é ato médico e portanto privativo daquele legalmente habilitado e registrado para o exercício da medicina.

QUESTÃO 3- É lícito/ético, a qualquer laboratório de patologia clínica que não disponha de patologista (cito ou anátomo-patologista) "intermediar" a execução de tais exames, efetuados em termos de coleta/recepção e liberação dos laudos sem ônus para o dito laboratório, cobrando do profissional médico, bonificação/comissão, pela exclusividade do encaminhamento de tais exames?

RESPOSTA DO CREMESC- A intermediação com vantagens pecuniárias são vedações aos médicos, condenadas pelos Artigos 9º e 10 do Código de Ética Médica.

(Transcrito do J. do CREMESC)

UM ANO BOM DENTRO DE NÓS MESMOS

O que esperar do ano que está começando hoje? A primeira providência, para quem não quiser se decepcionar, é tirar da cabeça a esperança de um milagre, tipo "Plano Cruzado", ou a expectativa de que as melhoras virão sem que tenhamos de fazer alguma coisa, tipo "aquela Constituição que iria botar feijão-com-arroz na mesa". Somos um país pouco civilizado, pobre em criatividade - sem embargo dos que proclamam o "jeiti nho" - e que ainda precisa trabalhar muito para melhorar de vida. Ninguém espera tão pouco que o governo vá fazer alguma coisa por nós. O governo não cria riqueza. Ao contrário, consome. Só quem cria riqueza somos nós, os cidadãos privados. Os japoneses, lá no Japão, não criam riquezas para dar a nós; nem mesmo o Papai Noel trouxe algo da Lapônia para ajudar a erguer-nos de nossas misérias. Só quem pode fazer isso somos nós.

Por culpa de nossa cultura paternalista, estamos sempre esperando que o governo nos dê alguma coisa, resolva os nossos problemas. Os que têm alguma coisa e já resolveram os seus problemas descobriram que esperar pelo governo é prejuízo. Investir em si próprio é sempre lucro. Somos um imenso cassino em que o governo é o principal banqueiro do jogo. As loterias são o imposto de renda dos pobres. Mais do que tirar o pouco dinheiro dos pobres, as loterias tiram dos pobres a capacidade de apostar em si próprios. Acabam apostando numa folhinha de papel, cheia de números, que tira de milhões, para dar milhões a uns poucos. Mas tira, primordialmente, a capacidade de investir em si, no seu trabalho, no seu progresso, no seu aperfeiçoamento - que são substituídos pela esperança de um dia virar rico sem fazer força. Pelas loterias, o governo distribui ao país inteiro essa cultura de, apostando na sorte, e não em si, ficar rico sem precisar trabalhar. É esse o pós-graduação do nosso subdesenvolvimento.

Neste ano, mais uma vez, vão morrer uns 50 mil de nós, brasileiros, no nosso trânsito desorganizado. Essa é a maior prova de que Deus é brasileiro. Da forma como nós dirigimos, agredindo os outros e a nós próprios, se Deus não fosse brasileiro, seríamos 500 mil mortos por ano.

Alguns milhões entre nós vão ficar incapacitados pelo álcool, o fumo e as drogas. A cachaça e o cigarro incapacitam muito cedo aqueles que mais precisariam trabalhar.

Porque são os mais pobres. A cachaça e o cigarro minam a resistência física e a vontade e levam a uma morte lenta e dolorosa. Quanto às drogas, que estão destruindo os brasileiros já na adolescência, é preciso perguntar aos pais por que os filhos foram buscar as drogas.

Hoje é o dia da confraternização universal. Um novo mundo está surgindo, sem fronteiras, moderno, na busca do bem-estar para todos. Composto por países que, de seu, só têm o povo, com sua vontade e seus costumes, porque as fronteiras econômicas e políticas começam a cair como o muro de Berlim. Os países fortes são os que têm empresas fortes, porque a empresa é para a economia o que é a família para a nação. Não existe país rico sem que as pessoas queiram enriquecer. Não existe nação sem família forte, unida. Não existe indivíduo feliz sem uma família sadia. Só quem conhece essa felicidade sabe que não precisa procurar fora da família.

Transcrito da Gazeta do Povo

Alexandre Garcia
Articulista

Arq. Cons. Region. Med do PR.
11 (48): 222, 1995



ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 020/91

DENUNCIANTE - D.A.M.
DENUNCIADO - Dr. C. J. B.
RELATOR - Cons^a Solange Borba Gildemeister
REVISOR - Cons. Duilton de Paola
ACÓRDÃO - 004/93

RELACIONAMENTO MÉDICO-PACIENTE - OBSTETRÍCIA - DENÚNCIA DE ABUSO SEXUAL - ARTIGO 65 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA - ABSOLVIÇÃO POR FALTA DE PROVAS.

EMENTA: Se a denunciante durante a instrução não conseguiu provar as acusações, impõe-se a improcedência da denúncia e a conseqüente absolvição do denunciado de infração ao artigo 65 do Código de Ética Médica.
Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional nº 020/91, em que figura como denunciante a Sr^a D.A.M. e denunciado o Dr. C.J.B,

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. C.J.B. de infração ao artigo 65 do Código de Ética Médica, conforme ata nº 660, de 24 de maio de 1993.

Curitiba, 25 de maio de 1993

Solange Borba Gildemeister
Cons^a Relatora

Duilton de Paola
Cons. Relator

Wadir Rúpolo
Cons. Presidente

Parabéns à Maringá

CRM PR recebe a escritura de terreno doado pela Prefeitura para a construção da sede da Delegacia Regional de Maringá, em 19/10/95



Presentes ao ato de assinatura estiveram o Dr. Kernel J. Chamas (delegado Presidente da Regional de Maringá), Dr. Said F. Ferreira (Prefeito de Maringá), Dr. Wadir Rupulio (Presidente do CRM PR), Dr^a Maria T. Coimbra, Dr. Natal Gianotto, Dr. Osvaldo Truite (membros da Regional de Maringá) e Dr. Gerson Z. Martins (Tesoureiro do CRM PR).

Aspiração antiga do homem UM MÉTODO PARA DETERMINAR SUA QUALIDADE DE VIDA

LUIZ ROBERTO TOMMASI
do Instituto Oceanográfico da USP

Vou atender a um leitor que me telefonou, solicitando algumas informações a mais sobre o conceito de qualidade de vida de que tratamos em nosso artigo da semana passada. Fala-se hoje em dia, com grande freqüência, em qualidade de vida. Mas o que é efetivamente qualidade de vida? É em realidade uma medida complexa, indefinível mesmo (para vários autores), da determinação de uma sociedade, em seu desejo em impedir a degradação das condições em que vive. É o desejo de um povo de algo que quer obter, ou que perdeu. Qualidade de vida é o conjunto de todos os fatores que fazem feliz uma pessoa. Assim qualidade de vida é um novo nome para uma velha aspiração humana, a felicidade, o bem-estar.

Qualidade de vida tem significado diferente para diferentes povos. Cada fator ligado à qualidade de vida tem valor diferente para cada povo e mesmo para cada população e muitas vezes para diferentes indivíduos. É uma situação tão complexa, que nos lembráramos de Schopenhauer ao dizer que somente duas coisas são infelizes, não ter o que desejamos e ter o que desejamos!

Qualidade de vida para uns é um número indefinido de estados e não implica na avaliação de estilos de vida.

O conceito de qualidade de vida inclui o ambiente natural (preservação das paisagens naturais e da vida selvagem), o ambiente vivo (manutenção da vida urbana, suburbana, rural, áreas profissionais, ar limpo, água pura, estética urbana etc.) salário, segurança econômica, treinamento, educação, cultura, oportunidade para a livre expressão e escolha do estilo de vida, níveis de tolerância social etc.

ParasSinger, a qualidade de vida diminui quando aumentam os custos de problemas como poluição, acidentes de tráfego etc. Ele mostra que muitas pessoas percebem a felicidade apenas em termos de conforto material. Assim, para elas, haveria redução da qualidade de vida quando existirem necessidades econômicas.

O conceito de qualidade de vida deve se aplicar a todos indivíduos (homem, mulher, branco, negro, chinês, índio etc.) deve incluir questões sobre as quais haja concordância geral, enfocar áreas nas quais os indivíduos tenham especial interesse, fatores que sejam influenciados pelo conhecimento ou por estratégias da organização social. Deve considerar a necessidade de refletir diferenças entre povos, deve ser sensível às mudanças sociais e ambientais, deve ser aberto ao criticismo baseado em critérios científicos.

Vamos relacionar a seguir, 13 grupos de fatores, em ordem decrescente de sua importância, na determinação da qualidade de vida. O leitor poderá tentar determinar a sua qualidade de vida (ou de sua região). Basta para isso, dar a cada item, analisando seu caso especial, uma nota de 0 a 10. Em seguida multiplique pela porcentagem indicada em cada um. Some então os 13 produtos que obteve e divida o resultado dessa soma por 10. O valor encontrado indicará, numa escala de 0 a 100, sua qualidade de vida. É evidente que essa é apenas uma abordagem superficial, subjetiva,

pois dependerá muito de seu estado de espírito, da fase econômica, social, familiar etc., de sua vida. O resultado poderá, em outra situação, vir a ser diferente. Mas será um interessante exercício sobre uma das mais preocupantes questões dos dias de hoje. Procure ser o mais imparcial possível e especialmente, o mais honesto consigo mesmo.

1. Amor, afeto, comunicação, companheirismo, honestidade, sinceridade, altruísmo, tolerância, religião.....	15%
2. Auto-respeito, auto-satisfação, egoísmo, segurança, estabilidade, conhecimentos, permanência.....	11,5%
3. Tranquilidade mental, estabilidade emocional, falta de conflitos, ansiedade, humilhação, fantasias.....	10%
4. Sexo, satisfação e prazer sexual.....	9,5%
5. Desafio, estímulo, competição, competitividade, ambição, oportunidade, mobilidade social, estímulo educacional e intelectual.....	8%
6. Aceitação social, popularidade, personalidade, "feedbacks" positivos, reforços sociais, familiares.....	8%
7. Sucesso, fracasso, defeitos, dinheiro, reputação, prestígio, reconhecimento social, profissional, "status" social, profissional	7%
8. Envolvimento, participação, altruísmo consideração.....	6%
9. Individualidade, conformidade, espontaneidade, desinibição, liberdade.....	6%
10. Conforto, bem-estar econômico, relaxamento, saúde.....	6%
11. Chance, variedade, humor, diversões, novidades.....	5%
12. Dominância, superioridade dependência, impotência, agressão, violência, hostilidade, poder, controle, independência.....	3,5%
13. Capacidade em permanecer isolado.....	2%

É evidente que o leitor deve tomar cada item e considerar uma média global dos fatores nele considerados. Alguns apresentam situações conflitantes. A nota atribuída deve então representar um balanço entre todas elas.

Muitos outros fatores podem (e devem) ser considerados no conceito de qualidade de vida como, por exemplo, desemprego, pobreza, habitação, saúde mental, criminalidade, segurança do tráfego, igualdade racial, impostos e taxas, serviços sociais etc.

Falamos muito em qualidade de vida, mas em realidade temos medido muito pouco a qualidade de vida de nossa população. Essa é importante tarefa para grupos multidisciplinares e que deveria ser realizada paralelamente à análise de parâmetros econômicos indicadores do desenvolvimento nacional. Seria extremamente interessante a realização de uma conferência preparatória a um trabalho desse tipo, como por exemplo a que foi promovida em 1972 pela Agência de Proteção Ambiental dos EUA em Airlie House, Warrenton, Virgínia. Seus objetivos foram explorar o conceito de qualidade de vida, defini-lo em termos de seus componentes e desenvolver aproximações quantitativas de seu uso, o estabelecimento de uma política de seu controle e de sua melhoria.

Os problemas da elevação do custo de vida, a necessidade de se avaliar corretamente os impactos dos processos sociais, políticos, por que passamos, sem todos os níveis de nossa sociedade, nos leva a imperativa necessidade de encontrar indicadores sociais realmente realísticos. Devemos encontrar os indicadores sociais mais

apropriados às particularidades de nossa sociedade, à nossa formação, à nossa heterogeneidade espacial, social, cultural, ambiental. Um indicador social é um parâmetro indicador de bem-estar, é uma estatística que mede a extensão em que algum objetivo de interesse geral foi atingido. O indicador social deverá abranger as seguintes áreas: situação individual (dignidade pessoal, oportunidades de escolha individual), igualdade individual (eliminação de discriminações raciais), educação (qualidade e quantidade), crescimento econômico (quantidade e qualidade do crescimento, investimento de capital no setor público, padrão de vida etc.), mudança tecnológica (disponibilidade de especialistas, facilidade em manter o crescimento econômico, em prover condições de vida), agricultura (qualidade de vida no setor agrícola de nossa agricultura), condições de vida nos grandes centros urbanos, saúde e bem-estar.

Importante questão é termos sempre em mente que o problema da qualidade de vida tem de ser abordado de forma holística, integral, em todos seus aspectos, facetas, em todos seus processos sinérgicos ou antagonísticos. E é exatamente isso que torna esta questão extremamente complexa, altamente desafiadora e preocupante. Mas é essa questão o objetivo maior de nosso esforço pessoal diário, da população de nossa cidade, de nosso Estado, dos esforços de nossos governos, de nosso País. A luta da Cetesb para reduzir a poluição do ar em São Paulo, a campanha contra os acidentes de trânsito; as campanhas de vacinação pública, são todas elas, processos visando única e exclusivamente, pouco a pouco, melhorar o nível, em escala populacional, de nossa qualidade de vida.

Transcrito da Folha de São Paulo
Publicado em Julho/1978

MUSEU DE MEDICINA

Associação Médica do Paraná

Colabore em sua doação

Livros, revistas, fotografias, aparelhos, instrumentos, remédios, brindes, propaganda. Qualquer material que tenha o cunho de ultrapassado, antigo, coisas simples como agulhas, seringas, peças de consultórios, vestuário etc.

Ligue para a secretaria a AM: 342-1415

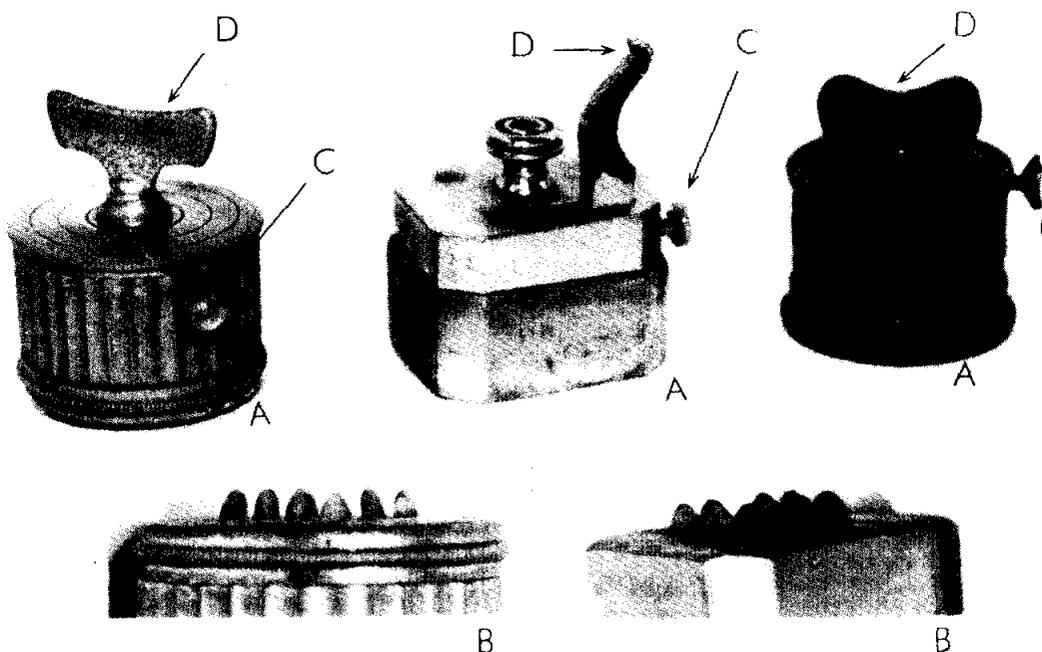


Fig. 1

Escarificador ou Sarjadeira

Instrumento médico-cirúrgico que consta de uma pequena caixa metálica (Fig. 1) redonda ou quadrangular de ângulos arredondadas (A) sobressaindo na face inferior numa série de fendas longitudinais, pelas quais saem um número variável de lancetas (2 a 20) bastante afiadas (B) cada vez que se oprime um botão com mola que existe na face oposta ou lateral (C). Um pino na face superior quando girado produzia o recolhimento das lancetas (D)

Escarificar ou sarjar é o ato de produzir uma incisão superficial, na pele especialmente.

O escarificador serve para produzir escarificações múltiplas e destina-se principalmente a cortes para descongestionar ou desinflamar qualquer região do paciente, que podia levar inclusive a acentuada perda de sangue. Era usado no lupus (escarificador de Vidal), na pneumonia, no paciente congestivo e em muitas outras condições. A dor no momento de aplicação não era intensa segundo os autores, por dispor de lancetas finas, pequenas afiadas e com um corte brusco. As vezes as escarificações podiam ser seguidas do uso de ventosas (úmidas). Foi bastante utilizado nos séculos XIV a XIX.

Referências

1. Encyclopédia e Dicionário Internacional. W. M. Jackson Inc. N. Y.
2. Enciclopedia Universal Ilustrada, Espasa - Calpe, Lisboa.
3. Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira. Editorial Enciclopedia Limitada, Lisboa.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Gestão 1993/1998

COMISSÕES DE TRABALHO DO CRM-PR

1. COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

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

2. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

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

3. COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

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

4. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS - CODANE

Presidente: Cons. Agostinho Bertoldi
Cons. Donizete Dimer Giambardino Filho
Cons. Ivan Pozzi (Londrina)
Cons. Mário Luiz Luvizotto
Cons.ª Maria Albonel Duque Pianovski

5. COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Presidente: Cons.ª Eleusis Ronconi de Nazareno
Cons. João Batista Marchesini
Cons. Mônica De Blass Wright Kastrop

6. COMISSÃO DE REMUNERAÇÃO MÉDICA

Presidente: Cons. Marcos Flávio Gomes Momenegro
Cons. Carlos Castello Branco Neto
Cons. José Carlos de Miranda
Cons. Luiz Jacintho Siqueira (Ponta Grossa)
Cons.ª Mônica De Blass Wright Kastrop
Cons. Nelson Antonio Banfatti Filho (Foz do Iguaçu)

7. COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS SECCIONAIS

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

8. COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO

Presidente: Cons. Deebes Galati Vieira
Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Cons. Luiz Fernando Bitencourt 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. Deebes Galati Vieira
Cons.ª Maria Albonel Duque Pianovski

11. COMISSÃO DE LICITAÇÃO E LEILÃO

Presidente: Gerson Zafalon Martins
Cons.ª Ivaniira Maria Martins
Cons.ª Mônica De Blass Wright Kastrop

12. COMISSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS

Cons. José Carlos de Miranda
Cons.ª Mônica De Blass Wright Kastrop

DELEGACIAS REGIONAIS

DELEGACIA REGIONAL DE LONDRIINA

Dr. Ivan Pozzi (Presidente)
Dr. José Luiz de Oliveira Camargo (Secretário)
Dr. Junot Cordeiro
Dr. Antonio Celso Busnardo
Dr. Carlos Alberto Dorotheu Mascarenhas
Dr. Edgard Luiz Westphalen
Dr. João Henrique Steffen Junior
Dr. Luiz Carlos Polonio Oliveira
Dr. Mário Tadatti Irita
Dr. Síndeo Moreira Junior
Dr.ª Sueli Aparecida Kublack Gorta
Dr. Walter Marcondes Filho

DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

Dr. Nelson Couto Rezende
Dr. Kemel Jorge Chammass (Presidente)
Dr. Daomar Caputo de Carvalho (Vice-Presidente)
Dr. Mineo Okawa
Dr. Giancarlo Sanches (Secretário)
Dr. Paulo Afonso de Almeida Machado
Dr. Natal Domingos Gianotto
Dr. Mário Massaru Miyazato
Dr. Cláudio Cordeiro Albino
Dr. Osvaldo Rodrigues Truite (Tesoureiro)
Dr.ª Maria Tereza Coimbra
Dr. Murilo Narciso

DELEGACIAS SECCIONAIS

DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

Dr. Achilles Buss Junior (Presidente)
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Secretário)
Dr. Isaac Silva Melnick (Colaborador)
Dr. Enio Garlati (Suplente)
Dr. Fernando José Puppi (Suplente)
Dr.ª Marii Marcias Tedy (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

Dr. Gilberto Sadioto (Presidente)
Dr. Manoel Luiz Brum (Secretário)
Dr. Argos Von Linsingen (Colaborador)
Dr. Antonio França de Araújo (Suplente)
Dr.ª Iana Rodrigues Vieira (Suplente)
Dr. Libero Mezzadri Neto (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

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

DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

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

DELEGACIA SECCIONAL DE UNUAUAMA

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