

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

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

ISSN 0104 - 7620

IMPRESSO v. 14, n.55 - julho / setembro -97

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
GESTÃO 1993/1998
DIRETORIA

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

MEMBROS EFETIVOS

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

MEMBROS SUPLENTE

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

Consultor Jurídico: Adv. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque

Assessor Jurídico: Adv. Afonso Proença Branco Filho

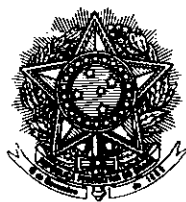
(*) Licenciado

(**) Falecido

SECRETARIA

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

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



ISSN 0104 - 7620

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq. Cons. Region. Med. do PR	Curitiba	v. 14	n. 55	p 117-176	jul./set.	1997
-------------------------------	----------	-------	-------	-----------	-----------	------

EDITOR

Ehrenfried O. Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Carlos Ehlke Braga Filho

Duilton de Paola

Ehrenfried O. Wittig

Farid Sabbag

IMPRESSÃO

Comunicare Criação Gráfica

Rua Francisco Scremin, 139

CEP 80540-320 - Curitiba - Paraná

DISTRIBUIÇÃO

Gratuita aos Médicos do Paraná

CAPA

Criação: José Oliva Eduardo

Martins e Cesar Marchesini

Fotografia: Bia

TIRAGEM

13.500 exemplares

EDIÇÃO

Trimestral

Sumário

A Penalidade de Médico Pelo CRM Não Pode Constar em Carteira Profissional	117
Conselhos Não Podem Fornecer Lista Nominal de Médicos Penalizados	120
Junta Médica Federal - Composição e Competência	122
Nova Legislação e a Saúde Nas Empresas (NR-17)	124
Processo Ético-Profissional nº 013/95	126
Limites da Atuação do Médico Não Especialista	127
Epidemia de Parotite na Ilha do Thosos	129
Direito Adquirido Para Registro do Título de Especialista	130
Altera-se a Norma Regulamentadora - NR - 4, Dando Nova Redação Aos Itens 4.4 e 4.7 e Revoga a NR - 27	131
O Uso e Abuso Dos Avanços Tecnológicos na Área Médica e Seu Custo Insustentável	133
Regulamentação de Ações de Saúde Dos Enfermeiros	136
Omissão de Socorro	142
AIDS - Deve ou Não Deve o Médico Notificar ?	144
Regulamentação da Comissão de Ética Médica	146
Mudou de Endereço	150
Legitimidade da Interpretação de Laudos Radiográficos Por Médicos Plantonistas Não Radiologistas	151
Técnica do "DNA" na Identificação da Mãe e Recém-Nato em Maternidade	152
A Responsabilidade Médica do Preceptor no Internato	153
Arquivo Médico Informatizado	155
Por Quantos Serviços o Médico Radiologista Pode Ser Responsável ? Não Especialistas Podem Receber Pela Análise da Radiografia ?	157
É Obrigatória a Presença de Farmacêuticos no Serviço de Dispensação Dos Hospitais ?	159
Laudos Citohistopatológicos	161
Gravidez Simulada Causa Condenação	162
Direito de Internação	163
Para Onde Caminha a Medicina no Brasil	164
Os Direitos Médicos Iguais no Hospital. Plantonistas Podem Internar e Atender Pacientes ?	165
Comportamento do Médico em Relação ao Tabagismo	169
Brasil Não Precisa de Novas Escolas Médicas	170
Manifesto da ABEM	171
Quem Deve Mandar na Universidade	172
Museu de Medicina da AMP	174

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.

A PENALIDADE DE MÉDICO PELO CRM NÃO PODE CONSTAR EM CARTEIRA PROFISSIONAL

Parecer CFM

EMENTA

É inconstitucional e vexatória a anotação de penalidade na carteira profissional do médico infrator, devendo ser feita tal observação no prontuário do médico no próprio Conselho Regional. Dissonância entre o artigo 23 do Decreto 44.045/58 e o parágrafo 4º do artigo 18 da Lei 3.268/57. Princípio da Hierarquia das Normas.

I - RELATÓRIO:

1 - Em virtude de Decisão Liminar, proferida pelo Juiz Federal da Seção Judiciária do Estado de Goiás, que suspendeu a anotação da penalidade sofrida pelo médico Dr. Luis Onofre Velloso em sua carteira profissional. O Sr. Presidente do CREMEGO solicita a manifestação desta Assessoria Jurídica, questionando: a) a legalidade ou não desta prática pelos Conselhos Regionais. b) Se as anotações feitas nas carteiras profissionais dos médicos infratores, as quais são baseadas no artigo 23 do Decreto nº 44.045, de julho de 1958, não estão em dissonância com o estatuído pelo § 4º do artigo 18 da Lei 3.268, de setembro de 1957.

II - PARECER:

2 - Após análise do artigo 23 do Decreto nº 44.045/58, vislumbrou esta Assessoria que tal dispositivo está desarmônico com a Lei 3.268/57 em seu parágrafo 4º do artigo 18. O referido artigo do Decreto nº 44.045/58 autoriza a anotação de penalidades impostas aos médicos em suas carteiras profissionais.

"Art. 23 - As execuções das penalidades impostas pelos Conselhos Regionais e pelo Conselho Federal de Medicina processar-se-ão na forma estabelecidas pelas respectivas decisões, sendo anotadas tais penalidades na carteira profissional do médico infrator, como estatuído no § 4º do art. 18 da Lei 3.268, de 30.09.57"

3 - No entanto, diferente do que versa o artigo supra, a Lei 3.268/57 em seu § 4º, artigo 18 estatui que as penalidades aplicadas aos médicos devem ser anotadas no prontuário do médico que encontra-se arquivado no Conselho Regional onde o mesmo está registrado.

"Art. 18...

§ 4º - No prontuário do médico serão feitas quaisquer anotações referentes ao mesmo, inclusive os elogios e penalidades." (Grifos nossos).

4 - Nota-se, portanto, o perfeito conflito entre o que foi trazido pela Lei 3.268/57 em seu artigo 18, § 4º e o que está versado no artigo 23 do Decreto 44.045/58. Diante deste quadro, devemos nos valer do Princípio da Hierarquia das Leis para elucidar tal impasse. Segundo o referido princípio, o Decreto não pode modificar a Lei, sendo seu papel precípua o ajuste dos meios de execução da norma e jamais poderá sobrepor-se ou extravasá-la.

5 - Em anexo ao ofício enviado pelo CREMEGO, tem-se a cópia da Decisão Liminar concedida pelo Juiz Federal da Seção Judiciária do Estado de Goiás, Dr. Carlos Humberto de Souza, na qual pode-se entrever os mesmos argumentos trazido supra. Argumenta o eminente magistrado que o artigo 23 do citado decreto, "cometeu o que os juristas chamam de ilegalidade, pois criou uma agravante onde a própria lei não fez." Completa ainda o nobre julgador, que este acréscimo é ilegal, visto que "onde a lei não distingue, não cabe o intérprete fazê-lo." Finaliza dizendo que as disposições agravantes, como é o caso em tela, só poderiam ser criadas por lei, jamais por decreto. (Grifo do magistrado).

6 - Ainda argumentando contra o referido artigo 23 do Decreto 44.045 de 1958, diz o eminente comentarista do Código de Processo de Ética Médica, Dr. Genival Veloso de França, em seu livro, Comentário ao Código de Processo Ético-Profissional dos Conselhos de Medicina do Brasil, verbis.

"Por outro lado, não se pode admitir que as punições sejam inscritas na carteira profissional do médico infrator ao seu Código de Ética. Mesmo que a sentença tenha transitado em julgado aquela prática é uma forma insólita de se fazer justiça. Um desrespeito aos princípios constitucionais e é um desestímulo à recuperação do apenado. ... E mais: anotar as penas na carteira profissional do médico é uma maneira de humilhar, de estigmatizar e de punir em caráter permanente. A pena deve ter o sentido de reeducar, ressocializar e recuperar o autor da infração. Nunca, o sentido de achincalhar ou menosprezar quem quer que seja. Uma punição que se continua sempre pelo seu efeito, mesmo depois de cumprida a medicação punitiva, é infamante e arbitrária. Existe apenas para envilecer e, por isso, ela já é injusta e inconseqüente."

7 - Complementando o argumento do nobre comentarista, pode-se ainda notar a inconstitucionalidade do referido artigo observando o que foi estatuído pela Constituição em seu Art. 5º, incisos X e XLVII, alínea "b":

"Art. 5º...

X - São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurando o direito a indenização pelos danos materiais e morais decorrentes de sua violação

XLVII - Não haverá penas:

- a)...
- b) de caráter perpétuo.

8 - Sendo assim, jamais poderia o médico ter em sua carteira uma penalidade que fosse de caráter perpétuo. A anotação da pena sofrida pelo médico em sua carteira profissional seria uma mácula em sua vida da qual não mais poderia livrar-se, mesmo tendo cumprido a sanção legal aplicada. Deve-se ter em mente que a carteira profissional é documento de identificação do médico, sendo este de fé-pública e parte de sua imagem perante a sociedade. Logo, é usado com a finalidade de apresentação do profissional, não podendo o mesmo ser usado com caráter punitivo, muito menos de forma "ad eterna".

III - CONCLUSÃO

9 - Diante do exposto, esta Assessoria entende que é ilegal e inconstitucional a anotação de qualquer penalidade na carteira profissional do médico, recomendando que se oficie o CREMEGO determinando suspensão de tais anotações, tendo em vista a Decisão Liminar proferida pelo M.M. Juiz Federal, faz-se necessário a recomendação aos Conselhos Regionais competentes que procedam à anotação das penalidades sofridas pelos médicos tão somente nos respectivos prontuários dos médicos, os quais permanecem arquivados no próprio Conselho onde o profissional está registrado.

É o que nos parece, s.m.j.

Brasília - DF, 31 de janeiro de 1997

Giselle Crosara Lettieri Gracindo
Ass. Jurídica
Turíbio Teixeira Pires de Campos
Estagiário

CONSELHOS NÃO PODEM FORNECER LISTA NOMINAL DE MÉDICOS PENALIZADOS

Parecer CFM

EMENTA

Os Conselhos de Medicina não estão autorizados por lei a fornecer a relação nominal de médicos penalizados e a anotação das respectivas faltas éticas praticadas.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais foi solicitado pela Promotoria Especializada em Erros Médicos daquele Estado a fornecer as seguintes informações:

- 1º) o número de processos ético-profissionais instaurados contra médicos inscritos no C.R.M. nos últimos 5 (cinco) anos;
- 2º) destacar, no período acima referido, e com periodicidade anual, o número de casos onde houve efetiva aplicação de penalidades (art. 60 do Código de Processo Ético-Profissional para os Conselhos de Medicina);
- 3º) relação nominal dos médicos penalizados, com a anotação da respectiva infração."

Conforme solicitação pelo Sr. Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, esta Assessoria Jurídica presta os seguintes esclarecimentos sobre a matéria.

Não encontramos óbice ao C.R.M.-MG fornecer à Promotoria as duas primeiras informações solicitadas, tendo em vista que não foi requerida qualquer discriminação nominal.

Porém, no que tange à solicitação da relação nominal dos médicos penalizados com a anotação da respectiva infração, cumpre esclarecer que a Constituição Federal, em seu artigo 5º, incisos X e XII, assim preceitua:

"X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito de indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação.

XII - é inviolável o sigilo da correspondência e das comunicações telegráficas, de dados e das comunicações telefônicas, salvo, no último caso, por ordem judicial e na forma que a lei estabelecer para fins de investigação criminal ou instrução processual penal" (grifamos)

Extrai-se, desde logo, que o direito de os médicos terem seus dados resguardados pelos Conselhos Regionais e Federal de Medicina é consagrado pela Carta Magna. Assim, sem a prévia autorização dos médicos penalizados, seja ela

expressa ou tácita, estas informações são indisponíveis em quaisquer circunstâncias, salvo em caso de ordem judicial, como bem postula o dispositivo supracitado.

Ademais, necessário se faz consignar que a D. Promotoria não trouxe à baila fundamentos plausíveis de modo a justificar a solicitação da citada relação nominal dos médicos penalizados.

Por outro lado, os Conselhos de Medicina são configurados como Autarquias, consoante a sua lei instituidora, a Lei no 3.268/57, e, como integrantes da Administração, estão submetidos ao princípio da legalidade, segundo o qual a Administração só pode agir de acordo com a lei.

No caso em tela, não existe comando normativo que obrigue os Conselhos Regionais e Federal de Medicina a indicar a relação dos médicos penalizados e a anotação da respectiva infração ética cometida. As atribuições dos Conselhos de Medicina estão taxativamente elencadas nos artigos 5º e 15 da citada Lei.

Nestes termos, não se lhes é permitido exorbitar os lindes do que a lei determina, ou seja, seus atos devem estar em estrita consonância com os imperativos normativos que norteiam a matéria. Assim, os Conselhos de Medicina devem se ater às atribuições que lhe foram conferidas, tais como deliberar sobre inscrição, manter o registro dos médicos legalmente habilitados e fiscalizar o exercício da profissão médica.

Assim, conclui-se que a pleiteada informação, no respeitante à relação dos médicos penalizados e as respectivas infrações cometidas, não poderá ser fornecida pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, com o fito de preservar a privacidade de seus filiados, ainda que tenham praticado alguma infração ética, como bem preceitua a Constituição Federal, bem assim como acato ao princípio da legalidade.

É o parecer, s.m.j.

Brasília, 27 de dezembro de 1996

Ana Luiza Brochado Saraiva Martins
Ass. Jurídica

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 21/02/97

JUNTA MÉDICA FEDERAL - COMPOSIÇÃO E COMPETÊNCIA.

Parecer CFM.

EMENTA

Junta médica oficial pode solicitar pareceres de médicos especialistas para esclarecer diagnóstico e fundamental o laudo conclusivo.

I - O FATO

Servidora pública federal, do Ministério da Fazenda, apresentou atestado médico relacionado a especialidade ortopédica. A Junta Médica Oficial, para obter maiores subsídios, solicitou parecer ortopédico a médico perito do INSS, especialista em Orto/Traumatologia. A Supervisora de Atividades Previdenciárias, hierarquicamente superior àquele especialista, solicitou parecer neurológico, tendo em vista que o parecer do ortopedista não era conclusivo. A funcionária alvo protestou e não submeteu-se a essa nova avaliação e fez denúncia contra a junta médica, acusando-a de abuso de poder já a partir da primeira solicitação de parecer especializado, alegando que se na composição da junta não há especialista na área a que se refere o atestado, este deve ser aceito sem questionamentos.

Após essa exposição a Presidente da Junta Médica do Ministério da Fazenda formula as seguintes perguntas:

1 - A ausência de especialista na junta médica, obriga a aceitar atestados de médicos da área SEM questionamentos?

2 - As juntas médicas, constituídas pelo poder público, podem ou não solicitar exames ou pareceres para melhor conclusão de atos periciais?

3 - Qual o número de componentes necessários para a formação de uma Junta Médica Oficial?

II - EXPOSIÇÃO E CONCLUSÃO

Por junta médica, "latu sensu", entende-se 2 ou mais médicos encarregados de avaliar condições de saúde, diagnóstico, prognóstico, terapêutica, etc., que pode ser solicitada pelo paciente ou familiares, ou mesmo proposta pelo médico assistente. Quando com finalidade específica, administrativa, tem a missão de avaliar condições laborativas ou não e assim fundamenta decisões de admissão, retorno ao trabalho, afastamento para tratamento ou aposentadoria. Nestes casos sua **composição** será definida em lei, decreto, regulamento, resolução ou orientação normativa. E este é o caso do Serviço Público Federal. A Orientação Normativa nº 41 do Departamento de Recursos Humanos SAF (Secretaria da Administração Federal) estabelece:

"Compete aos dirigentes de pessoal dos órgãos da Administração direta, das autarquias e das fundações federais a designação de juntas médicas oficiais, compostas de 3 (três) membros."

Evidente que seria impossível contemplar todas as especialidades médicas na composição da junta. Seriam hoje 65.

O profissional componente da junta é primeiramente médico, e secundariamente especialista nessa ou naquela área, e avalia o homem em seu todo, e para isto tem competência técnica e legal. Assim estabelece a Lei 3.268 de 30 de setembro de 1957 em seu:

"Art. 17 - Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diploma, 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."

Claro que antes de aprofundar seus conhecimentos em determinada área ele precisa conhecer o todo, razão de poder dedicar-se a atividades em qualquer ramo.

Quando solicita, para embasar sua decisão, um exame radiológico, está requerendo o concurso de um especialista, e isto estende-se a qualquer especialidade. A junta médica pode requisitar exames especializados quantos sejam necessários para decidir.

A lei 8.112 de 11/12/90 estabelece:

"Art. 203 - Para licença até (trinta) dias, a inspeção será feita por médico do setor de assistência do órgão de pessoal e, se por prazo superior, por junta médica oficial.

Parágrafo 1º - Sempre que necessário, a inspeção médica será realizada na residência do servidor ou no estabelecimento hospitalar onde se encontrar internado.

Parágrafo 2º - Inexistindo médico do órgão ou entidade no local onde se encontra o servidor, será aceito atestado por médico particular.

Parágrafo 3º - No caso do parágrafo anterior, o atestado só produzirá efeitos depois de homologado pelo setor médico do respectivo órgão ou entidade."

O "setor médico" previsto no parágrafo 3º tanto pode ser o "médico do setor de assistência" como a "junta médica", e para homologar ou não o "atestado passado por médico particular" pode requisitar exames e pareceres.

Na hipótese do servidor **não acatar** o pedido de exame complementar e/ou de parecer especializado, equivale a desistência do pleito, como em processo jurídico de ação privada e assim ser-lhe negada a licença. Somente exames que envolvam risco não podem ser impostos ao paciente, em geral os invasivos, como angiogramia por exemplo.

O que não está claro na consulta é: se a junta emitiu ou não laudo conclusivo; como e a quem foi solicitado o parecer do especialista em orto/traumatologia, isto é, diretamente ao profissional ou através de sua chefia. Essa lacuna impede apreciar a iniciativa da Supervisora de Atividades Previdenciárias. Considerando, entretanto, que as perguntas formuladas são específicas e diretas, podemos respondê-las:

1 - Não.

2 - Podem.

3 - Três membros no Serviço Público Federal, conforme exposto.

Brasília, 02 de janeiro de 1995

Leo Meyer Coutinho
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 06/04/95

NOVA LEGISLAÇÃO E A SAÚDE NAS EMPRESAS (NR-17)

Medicina do Trabalho

Paula Julia Bastos Pedroza
Jose R. Carvalho Branco Filho
Paulo Jesus Frange

Em 30/12/94, mais um passo foi dado com o intuito de melhorar as medidas preventivas desenvolvidas pela Medicina do Trabalho. A nova norma regulamentadora de número 7 (NR-7) que trata dos exames médicos desenvolvidos em Medicina Ocupacional, determina que todas as empresas, independente de quantos funcionários possuam ou do grau de risco da atividade desenvolvida, elaborem e implantem um **Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional** (PCMSO) cujo objetivo principal seja de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus empregados. Anualmente deve ser emitido um relatório das atividades desenvolvidas pelo Programa, ficando a cargo do médico do trabalho responsável pelo mesmo. O PCMSO chega em uma época oportuna na qual a preocupação com a qualidade de produtos e serviços nas empresas é grande e se torna uma necessidade em um mercado cada vez mais globalizado. Os objetivos do PCMSO compreendem:

- 1) Reconhecimento dos riscos a saúde (físicos, químicos, biológicos mecânicos ou ergonômicos) presentes no ambiente de trabalho;
- 2) Prevenção das doenças profissionais, das relacionadas ao trabalho e dos acidentes de trabalho através de orientações junto aos trabalhadores;
- 3) Interferência no local de trabalho, interagindo na mudança ou em melhoramentos do local e postos de trabalho, quando necessário;
- 4) Interlocução com as respectivas chefias nas questões de saúde e produtividade e aspectos peculiares da organização do trabalho;
- 5) Realização dos exames médicos com a finalidade de:
 - a) Exame médico admissional: para conhecimento prévio da atividade que o indivíduo irá exercer, sem prejuízo para sua saúde e dos demais colegas de trabalho;
 - b) Exame médico periódico: para a detecção precoce, seja através de indicadores biológicos, de alterações que prenunciem a exposição excessiva a determinado(s) agente(s) presente(s) no ambiente de trabalho, seja através das queixas de saúde dos trabalhadores;
 - c) Exame médico de retorno ao trabalho: deverá ser realizado sempre que o empregado se ausentar do trabalho por período igual ou superior a 30 dias por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não, ou parto. Obviamente visa a checar a aptidão do trabalhador para a função que exercia antes;
 - d) Exame médico de mudança de função: deverá ser realizado toda vez que o funcionário troque de função e desde que essa nova função haja exposição a risco diferente daquele a que estava exposto antes da mudança. Tem objetivo de avaliar se o empregado está ou não apto, do ponto de vista de saúde, para exercer essa nova função;
 - e) Exame médico demissional: visa detecção de alguma alteração na saúde do empregado decorrente do trabalho;
- 6) Promoção de um curso de primeiros socorros para treinamento de

socorristas dentro da empresa;

7) Palestras e ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida no trabalho, ou até mesmo fora dele.

Um bom programa desenvolvido nessa área pode resultar em uma redução dos riscos a saúde decorrentes do trabalho, em otimização de métodos e processos, na melhoria das condições higiênicas do trabalhador e dos locais de trabalho, em um aumento da produtividade com melhor qualidade do produto e em um melhor grau de satisfação e motivação do trabalhador.

Nas décadas de 50 a 70, peritos em qualidade preocupavam-se principalmente com a qualidade dos produtos. Esses esforços levaram a notáveis melhoramentos na qualidade dos produtos e na estabilidade financeira de muitas empresas.

Peritos em Marketing, atualmente, apregoam que o cliente é quem determina qual deve ser o padrão de qualidade dos produtos. Uma vez conhecidos os desejos do cliente, tudo é uma questão de definir as especificações do produto e garantir que ele seja produzido de forma simples e econômica.

No início da década de 80, já se iniciava o interesse pela qualidade dos serviços e pelo comportamento humano. Ao invés de só produzir bens de qualidade e de satisfazer as expectativas do cliente, surgia o interesse de também estimular as pessoas que produzem bens e serviços para que façam o melhor possível. Essa nova mentalidade fortalece, ou melhor, complementa a anterior, melhorando as relações humanas, fortalecendo a comunicação, formando o espírito de equipe e mantendo padrões éticos elevados.

As pessoas dentro do seu ambiente de trabalho, precisam se sentir valorizadas, necessitam que sejam respeitadas as suas diferenças individuais, para que se mantenham confiantes e sejam capazes de cooperar. Empresas com essa visão mais moderna e sensível, já estão procurando desenvolver programas de qualidade de vida dentro do trabalho, nos quais a Medicina do Trabalho se insere. Visto por esse ângulo, programas desenvolvidos na área de segurança e saúde do trabalhador deixam de ser um ônus e passam a se constituir em um investimento para as empresas.

Transcrito do Informativo Hospitalar Brasileiro

"O problema do homem de hoje não consiste em não crer em nada. Ao contrário, seu problema consiste em crer em tudo"



ACÓRDÃO

PROCESSO-ÉTICO PROFISSIONAL Nº 013/95.

DENUNCIANTES: Dr. M.V.T.F. e Sr. O.G.L.
DENUNCIADO: Dr. S.L.R.
RELATOR: Dr. Roberto Bastos da Serra Freire
REVISORA: Dr^a Marília Cristina Milano Campos
ACÓRDÃO – 004/96

EMENTA – DENÚNCIA – ATENDIMENTO MÉDICO COM INDICAÇÃO DA NECESSIDADE, EM CARÁTER DE URGÊNCIA, DE CIRURGIA CORRETIVA DE HÉRNIA HIATAL – EXGERO NA FORMULAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO DO PACIENTE – CIRURGIA DESNECESSÁRIA – ARTIGOS 42 E 60 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA – ABSOLVIÇÃO.

A conduta atribuída ao médico denunciado de indicação cirúrgica desnecessária restou afastada tendo em vista o quadro clínico do paciente que perfeitamente admitia a intervenção cirúrgica.

A literatura médica valida o procedimento pretendido realizar no paciente, descaracterizando eventual exagero na formulação do quadro clínico, visto que plenamente viável a cirurgia proposta.

Ante a existência de conduta reprovável por parte do denunciado, impõe-se a sua absolvição.

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Processo Ético-Profissional sob nº 013/95, em que são denunciantes o médico M.V.T.F. e o Sr. O.G.L. e denunciado o médico S.L.R.

ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, por unanimidade, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisora, em julgar improcedente a denúncia formulada contra o médico S.L.R., de infração aos artigos 42 e 60 do Código de Ética Médica, absolvendo, conseqüentemente o mesmo, conforme Ata nº 858, de 13 de maio de 1996.

Curitiba, 22 de maio de 1996.

Roberto Bastos da Serra Freire
Cons. Relator

Marília Cristina Milano Campos
Cons. Revisora

Luiz Sallim Emed
Cons. Presidente

LIMITES DA ATUAÇÃO DO MÉDICO NÃO ESPECIALISTA

A EXIGÊNCIA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA

Parecer CFM

EMENTA

A exigência do Título de Especialista para contratação de médicos em serviço público, só poderá ser feita se na nomenclatura do cargo constatar a especialidade. Esta exigência é livre na contratação por empresas e convênios de direito privado.

PARECER

Trata-se de consulta formulada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, acerca de possíveis limitações legais à atuação do médico não especialista; do valor legal da exigência de comprovação da especialidade feita por convênios a empresas, dentre outras indagações, cujas considerações passo a fazer a seguir:

1 - Do ato característico de especialista

Partindo da premissa fornecida pelo próprio consulente de que "o médico regularmente graduado e registrado no Conselho de Medicina, em tese, tem os direitos legais de praticar qualquer ato médico", impõe-se sejam feitas as seguintes observações:

a) A expressão "em tese", implica reconhecer limitações de ordem teórica, no que se refere a bagagem de conhecimento que a graduação no curso de Medicina possibilita ao estudante angariar e que, por questão de lógica, será menor do que a bagagem doutrinária que o especialista auferiu no curso de especialização. Faz-se necessário salientar, contudo que o não especialista deve ter conhecimentos fundamentais da profissão.

b) A expressão "qualquer ato médico", engloba, indubitavelmente, os atos do especialista. Assim, é verdadeira a premissa advinda do próprio Conselho de Medicina e não se haverá que falar em "atos privativos de especialista".

2) Limite legal da atuação do não especialista

O médico, uma vez graduado e registrado no Conselho, está apto à prática médica, sem restrições de ordem legal. O advogado, à medida de seu interesse e aprimoramento, pode optar por atuar em determinada área partindo, inclusive, para o título de especialista (na área tributária, por exemplo) e, ainda assim, continuar atuando nas demais áreas. Pode, por outro lado, não se especializar em área alguma, atuando perfeitamente, em todas as áreas jurídicas.

A Constituição Federal, em seu artigo 5º, ao tratar dos direitos e deveres individuais e coletivos, estabeleceu no inciso XIII a liberdade do "exercício de qualquer profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelece".

Ora, se voltando à premissa do Solicitante, o médico graduado pode praticar qualquer ato médico e, sendo tal expressão o gênero que engloba ato de especialista, novamente impõe-se concluir que não há limite legal, afóra a prévia aprovação em exame para a atuação do médico não especialista.

exame para a atuação do médico não especialista.

O bom senso sim, que limitará a atuação profissional.

3) Da exigência da especialidade

A questão que se apresenta, relativamente ao valor legal da exigência para credenciamento ou ocupação de cargo ou vaga por especialista merece as seguintes observações:

a) Feita tal exigência por convênios ou empresas privadas, a relação se regula pelas regras do Direito Civil, privados que são termos praticados entre as partes interessadas.

Prevalece, aqui, a vontade das partes que, manifestada por agente capaz, com objeto lícito e sem vícios de consentimento, será válida para todos os efeitos legais.

Manifestada assim, a vontade das partes gera seus efeitos jurídicos, criando direitos e obrigações recíprocas. Válida, pois, é a exigência em face da prevalência da vontade dos agentes no direito privado.

b) Feita a exigência pelo Estado, a questão ultrapassa os limites do direito privado, indo calhar no Direito Público que rege a atuação da Administração Pública. E, sob o prisma do Direito Público, verifica-se que, enquanto a Administração só se permite fazer o que está previsto em lei, ao particular se permite, fazer tudo o que não é proibido pela lei. É pois, o princípio da legalidade (CF, art. 37, "caput") o norteador da atividade estatal.

Dir-se-ia, portanto, que em sendo permitido ao médico não especialista a prática, sem restrições, de qualquer ato médico, inclusive os de especialista, não poderá o Estado, **em virtude do princípio da legalidade, exigir o título de especialista para provimento de cargo ou vaga, como requisito primeiro de seleção a menos que tal requisito adviesse da lei que criou o cargo.**

Considerando-se, por outro lado, o princípio da supremacia do interesse público, pode o Estado, à forma dos particulares, fazer tal exigência em concurso público de "provas e títulos", já que, a princípio, presume-se que o detentor do título de especialista tem condições de melhor atender aos interesses de uma coletividade que depende de tratamentos específicos.

É o que denominam, os doutrinadores, de singularidade subjetiva (prevista na Lei de Licitações, para casos de dispensa de licitação), posto em que há casos em que o trabalho é marcado por características individualizadoras que permitam inferir seja um médico especialista o mais adequado à plena satisfação do objeto pretendido pela Administração.

Além disso, pode a exigência decorrer do cargo. Por uma questão de nomenclatura, ao cargo médico segue-se o título, cardiologista, por exemplo.

Retomando o texto constitucional que estabelece a liberdade de exercício de trabalho, ofício ou profissão, desde que atendidas as qualificações que a lei exigir, tem-se o que o nome do cargo, tendo sido criado por lei, impôs a restrição, afastando, desta forma, a discricionariedade do administrador público, em exigir ou não a especialidade para a ocupação do cargo.

Havendo instrumento normativo que estabeleça o cargo com denominação, por exemplo, de médico-cardiologista, estará a exigência prevista em lei, vinculando o administrador àquela determinação. São o nome e as funções descritas na definição

do cargo que exigem a especialização.

Porém, se do cargo não constar a nomenclatura restritiva e as funções prescritas, por isso mesmo, estabeleçam especialização, o Estado só poderá exigir validamente a comprovação da especialidade de forma indireta em concurso de "provas de títulos".

Neste caso, ao médico não especialista não poderá negar o direito à inscrição e à feitura dos testes. Porém, na etapa em que exigirem títulos, poderá ser naturalmente preterido (eximido) diante dos que apresentarem ou preencherem os títulos previstos no edital.

Assim, fazendo o título parte da nomenclatura, o Estado só poderá se utilizar do concurso de "provas e títulos", como meio de selecionar validamente especialistas, sem infringir o princípio da legalidade.

É o parecer, "sub-censura".

Brasília, 08 de fevereiro de 1995.

Paulo Eduardo Behrens
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária

HISTÓRIA

EPIDEMIA DE PAROTIDITE NA ILHA DE THASOS

"Surgiu um inchaço à frente das orelhas, em algumas pessoas só de um lado, na maior parte delas dos dois lados, sem febre. Em todos os doentes estes tumores se dissiparam sem acidentes..."

"Eram moles, grandes, difusos, sem inflamação e sem dor... Manifestaram-se em adolescentes assim como em homens na flor da idade; foram poucas as mulheres atingidas..."

"Desde o início em alguns, noutros mais tarde, formou-se uma inflamação dolorosa do testículo, umas vezes só de um lado outras dos dois. Esta fazia sofrer muito a maior parte dos atingidos..."

"Os habitantes de Thasos não vieram procurar ajuda na oficina do médico."

Transcrito de "História da Medicina"

DIREITO ADQUIRIDO PARA REGISTRO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA

Parecer CFM

A Resolução CFM 1286/89 de 15/04/89 normatiza os critérios para registro de Títulos de Especialistas, conferidos pela Associação Médica Brasileira, junto aos Conselhos Regionais de Medicina. É uma resolução em vigor, que retrata o convênio firmado entre Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira para tal fim.

Entretanto existem situações não previstas nesta resolução que têm dificultado os Conselhos Regionais de Medicina de efetuarem o registro de qualificação de especialista de inúmeros médicos. Isso diz respeito às condições anteriores a 15/04/89, quando existiam critérios diferentes dos atuais para registro de especialista.

O Conselho Federal de Medicina, preocupado com a situação desse segmento da categoria médica e baseado no que dispõe:

- 1 - o art. 5º, inciso XXXVI, da Constituição da República Federativa do Brasil;
- 2 - o art. 6º, do Decreto-Lei nº 4.657/42;
- 3 - o art. 135 do Código de Ética Médica;
- 4 - o parágrafo 2º do art. 1º e o parágrafo único do art. 5º, do Decreto nº 0281/77;
- 5 - o art. 5º da Portaria nº 06, de 12 de junho de 1990, do Departamento de

Segurança e Saúde do Trabalhador do Ministério do Trabalho.

Recomenda aos Conselhos Regionais de Medicina que efetuem o registro de especialista dos médicos que comprovarem esse direito de acordo com a legislação e as resoluções do Conselho Federal de Medicina vigentes à época.

Em relação à Medicina do Trabalho, como apresentam duas situações, o Conselho Federal de Medicina recomenda dois tipos de solução:

1 - Título de Especialista emitido pela AMB - efetuar o registro de acordo com a Resolução CFM 1286/89 (Convênio AMB/CFM).

2 - Conclusão de curso de Medicina do Trabalho (Fundacentro, etc.), que não encontra resguardo na Resolução CFM 1286/89, o registro deverá ser feito em livro especial, sendo feita anotação na carteira profissional de médico e no verso do certificado, utilizando a expressão "Médico do Trabalho conforme Portaria do Departamento de Segurança e Saúde do Trabalhador - Ministério do Trabalho nº 06 de 12/06/90".

Cabe ressaltar que o Conselho Federal de Medicina, ao fazer tal recomendação, a faz baseado no respeito ao direito adquirido daqueles médicos que em alguma época poderiam ter registrado suas especialidades nos Conselhos Regionais de Medicina de suas jurisdições e não o fizeram. Dessa maneira o Conselho Federal de Medicina resgata uma situação de direito.

Em anexo, enviamos as Resoluções do Conselho Federal de Medicina que já trataram do assunto e a literatura consultada para a elaboração desse documento.

Atenciosamente,

Waldir Paiva Mesquita
Cons. Presidente

Arq. Cons. Region. Med. do PR.
14(55):130, 1997

ALTERA-SE A NORMA REGULAMENTADORA - NR - 4, DANDO NOVA REDAÇÃO AOS ÍTENS 4.4 E 4.7 E REVOGA A NR - 27

Departamento de Segurança e Saúde do Trabalhador
Portaria N° 06, DE 12 DE JUNHO DE 1990

O DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 2º da Portaria n° 3214, de 08 de junho de 1978, considerando as disposições da Lei n° 6514, de 22 de dezembro de 1977, que alterou o Capítulo V - Título II, da Consolidação da Leis do Trabalho.

RESOLVE:

Art. 1º - Fica alterado o item 4.4. da Norma Regulamentadora - NR - 4, aprovada pela Portaria n° 3214, de 08 de junho de 1978 e modificada pelas Portarias n° 33, de 27/10/83 e n° 34, de 11/12/87, que passa a vigorar com a seguinte redação:

4.4 - Os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho deverão ser integrados por Médico do Trabalho, Engenheiro de Segurança do Trabalho, Técnico de Segurança do Trabalho, Enfermeiro do Trabalho e Auxiliar de Enfermagem do Trabalho, obedecido o Quadro II anexo:

4.4.1 - Para fins desta Norma Regulamentadora, as empresas obrigadas a constituir Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, deverão exigir dos profissionais que os integram, comprovação de que satisfazem os seguintes requisitos:

- a) Engenheiros de Segurança do Trabalho, Engenheiro ou Arquiteto portador de certificado de conclusão de curso de Especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho, em nível de pós-graduação;
- b) Médico do Trabalho, Médico portador de certificado de conclusão de curso de Especialização em Medicina do Trabalho, em nível de pós-graduação, ou portador de Certificado de Residência Médica em área de concentração em Saúde do Trabalho, reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica, do Ministério da Educação, ambos ministrados por universidade ou Faculdade que mantenha curso de graduação em Medicina;
- c) Enfermeiro do Trabalho: Enfermeiro portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Enfermagem do Trabalho, em nível de pós-graduação, ministrado por universidade ou faculdade que mantenha curso de graduação em Enfermagem;
- d) Auxiliar de Enfermagem do Trabalho: Auxiliar de Enfermagem ou Técnico de Enfermagem portador de certificado de curso de qualificação de Auxiliar de Enfermagem do Trabalho, ministrado por instituições especializadas, reconhecidas e autorizadas pelo Ministério da Educação;
- e) Técnico de Segurança do Trabalho: portador de certificado de conclusão de curso de Técnico de Segurança do Trabalho, ministrado por estabelecimento de ensino de 2º grau, reconhecido e autorizado pelo Ministério da Educação;

4.4.2 - Os profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho deverão ser empregados da empresa, salvo nos casos previstos nos itens 4.14 e 4.15.

Art. 2º - Fica alterado o item 4.7 da Norma Regulamentadora - NR - 4 que passa a vigorar com a seguinte redação:

4.7 - Os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho deverão ser chefiados por profissional qualificado, segundo os requisitos especificados no subitem 4.4.1, desta Norma Regulamentadora, com a modificação estabelecida no Art. 1º da presente Portaria.

Art. 3º - Fica revogada a Norma Regulamentadora - NR - 27 - Registro dos Profissionais da Área de Segurança e Saúde dos Trabalhadores, com a redação dada pela Portaria nº 25, de 27/06/89.

Art. 4º - Os mesmos requisitos de qualificação profissional mencionados no subitem 4.4.1 da NR - 4, na forma dada pelo Art. 1º da presente Portaria, terão validade para os fins previstos no Art. 195 da Consolidação das Leis do Trabalho.

Art. 5º - Os profissionais registrados no Ministério do Trabalho ou nos respectivos Conselhos Profissionais, nos termos da Portaria nº 25, de 27/06/89, terão assegurados seus direitos relacionados com os respectivos registros.

Art. 6º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

D.O.U. - 13/06/90 - Página 11328

NÃO DESCONHEÇA

"Onde a lei não distingue, não cabe o interprete faze-lo"

Constituição Federal art. 5º inciso X e XII

"X - São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito de indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação.

XII - É inviolável o sigilo da correspondência e das comunicações telegráficas de dados e das comunicações telefônicas salvo, no último caso, por ordem judicial e na forma que a lei estabelecer para fins de investigação criminal ou instrução processual penal."

O USO E O ABUSO DOS AVANÇOS TECNOLÓGICOS NA ÁREA MÉDICA E SEU CUSTO INSUSTENTÁVEL

José El-Jaick *

Sabe-se hoje que os administradores de serviços de saúde não são os únicos a quem compete apresentar bons resultados na gestão financeira do empreendimento. Por mais e melhor que eles controlem as compras e os gastos, não conseguem, sozinhos, bons resultados. Pelo contrário, muitos excelentes administradores de serviços de saúde viram consternados o seu empreendimento ruir sob seus olhos. E o motivo é simples, embora muitas vezes difícil de ser aceito por certos grupos: enquanto os administradores são responsáveis pela aquisição de produtos de qualidade a bons preços, os médicos - nós, médicos - somos responsáveis pela quantidade em que tais produtos são usados.

A imagem e o exercício da Medicina durante séculos estiveram associados à filantropia e ao bem-estar social. De poucas décadas para cá, ela se transformou em um fenômeno econômico e passou a ser uma das maiores indústrias dos países capitalistas desenvolvidos.

Philip Kotler, o grande guru do marketing, elaborou um quadro onde representa os elementos mais importantes dessa indústria:

Facilitadores da Indústria de Saúde

- Sociedades médicas
- Companhias seguradoras
- Departamentos e agências locais, estaduais e federais de saúde

Fornecedores de Assistência à Saúde

- Companhias farmacêuticas
- Companhias de suprimentos médicos
- Fabricantes de equipamentos médicos
- Companhias de mobiliário médico

Provedores de Assistência à Saúde

- Médicos particulares
- Hospitais
- Organizações e clínicas de preservação da saúde
- Laboratórios médicos
- Casas de saúde
- Farmácias

Consumidores de Assistência à Saúde

- Consumidores de Assistência à Saúde

* Cooperado e Membro do Conselho de Administração de Unimed Novo Friburgo

Enquanto nós, médicos, somos provedores de assistência à saúde dos consumidores, grandes grupos econômicos, corporações multinacionais poderosíssimas constituem os fornecedores dessa assistência.

Por causa disso e concorrendo fortemente para isso aliam-se a esses fornecedores as grandes empresas nacionais e internacionais de marketing.

Uma vez que a assistência à saúde se tornou um dos maiores negócios do mundo, freqüentemente são lançados no mercado produtos e mais produtos para serem usados por nós, provedores. E é fácil admitir que muitos desses produtos carecem de real importância para o bem-estar dos consumidores.

As Sociedades Médicas e outras instituições, governamentais ou não, tentam alertar os profissionais de saúde e a população sobre a inconveniência do uso e abuso de muitos desses produtos. Tentam, também, regulamentar sua adoção e utilização. Mas poder e a eficiência das empresas de marketing de um modo geral têm conseguido sobrepujá-las: isso quando não conseguem cativá-las.

Certamente, alguns provedores de assistência à saúde aceitam o jogo dessas empresas, conscientemente, participam dele e lucram com ele. Outros, entretanto, desconhecendo o poder e os interesses avassaladores que existem por detrás de inúmeros avanços médicos e tecnológicos, imbuídos ainda - e que Deus os conserve - de um profundo sentimento ético, filantrópico e social no exercício de sua profissão, acabam sendo envolvidos e colaborando para o sucesso daquelas lucrativas estratégias.

E quem arca com os custos dos produtos e procedimentos caros e dispensáveis? O Estado? Não. Eles atingiram níveis tão elevados que nem mesmo os países desenvolvidos estão suportando-os. O consumidor? Antigamente era ele que sempre pagava a conta, era ele que sempre estava no final da linha. Não é sem razão que se tornou também alvo do marketing através da mídia que lhe leva semanalmente um mundo fantástico repleto de ilusões. Só que, atualmente, este consumidor está com suas reservas à mingua. Além do fato indiscutível de que, agora, quem determina o preço do produto não é mais o produtor, mas o mercado. Os planos de saúde, então, esbarram em um limite além do qual não há como ultrapassar. E aí, quem paga, afinal? Você, colega, que exerce sua profissão com dignidade e consciência. Boa parte da remuneração pelo seu trabalho não pode ser condizente com ele porque aqueles tais produtos e procedimentos caros e dispensáveis têm de ser pagos.

Os provedores de assistência à saúde que participam e lucram com tais procedimentos modernos que, na realidade, nada acrescentam à saúde dos consumidores precisam ser, conforme o caso, alertados, auditados, fiscalizados, reprimidos ou afastados.

Os médicos que não estão envolvidos nesse sistema, mas que não podem deixar de fazer parte da indústria em que se tornou a assistência à saúde, convém que pensem dez vezes antes de indicar ou prescrever um desses procedimentos ou produtos:

1. O produto mais moderno, e mais caro, é relevantemente mais eficaz que o anterior?

2. Este seu paciente em particular necessitará dele?
 3. Qual o momento mais indicado, se for o caso, para este paciente utilizar-se deste produto?
 4. Há recurso menos dispendioso que possa ser usado neste caso e que, talvez, dispense a necessidade do novo produto?
 5. Se se pensa em utilizar mais de um recurso tecnológico em determinado caso poderia-se usá-los um após o outro de acordo com seus resultados?
 6. Em caso afirmativo, seria possível começar com os recursos menos onerosos?
 7. Se é imperioso o uso da moderna e cara tecnologia, sua repetição para controle é mesmo necessária?
 8. Neste caso, a periodicidade pode ser ampliada?
 9. As recomendações sobre o uso e repetição do produto estão respaldadas em pareceres da Sociedade de Especialidade?
 10. Esses pareceres coincidem com os do Ministério da Saúde e/ou da OMS?
- Analizadas estas questões, com rigor e seriedade, pode-se tomar a decisão ética, consciente e digna que a verdadeira Medicina espera de nós.

Transcrito do Espaço Unimed
Informativo Unimed-RJ e Federação Estadual das Cooperativas Médicas
nº 27 - Set/96.

REGULAMENTAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE DOS ENFERMEIROS

Parecer CFM

EMENTA

Atos que visem diagnóstico ou terapêutica só podem ser praticados por médicos, ou executados por outros profissionais quando prescritos e/ou supervisionados por médico. Toda equipe de saúde deve ser chefiada por médico.

PARECER

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais encaminha documento denominado "Regulamentação das Ações de Saúde dos Enfermeiros", formulado pelo Secretário de Saúde do município de Divinópolis, e anexa a consulta originária da Associação Médica do mesmo município, por sua vez acompanhada do ato oficial daquela Secretaria de Saúde, parecer do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Minas Gerais e uma publicação oficial do Ministério da Saúde, editada em 1994, intitulada "Capacitação de Enfermeiros em Saúde Pública para o Sistema Único de Saúde: Assistência de Enfermagem à Mulher, Criança e Adolescente em Serviços Locais de Saúde". Analisaremos, em tópicos cada um desses documentos.

I - A CONSULTA

Em 23 de fevereiro do corrente ano a Associação Médica de Divinópolis efetivou a seguinte consulta ao CRM de Minas Gerais:

"Estamos encaminhando cópia do documento de 18/10/94, da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, que regulamenta as ações dos enfermeiros do programa de assistência integral à saúde da mulher e da criança (PAISMC).

Acreditamos que o referido documento necessita de um parecer deste Conselho, visto que em vários parágrafos, ele atribui à enfermagem ações até então inerentes à profissão médica. Além disto, algumas "condutas" padronizadas são bastante questionáveis, como o tratamento puro e simples das infecções urinárias em crianças, sem maiores propedêuticas e o uso de eritromicina em IVAS (muitas vezes viróticas). O atendimento do paciente por pessoa habilitada, a coleta de dados através de uma história objetiva e de um exame físico completo, a elaboração de uma hipótese diagnóstica coerente somada ao conhecimento de outras patologias relacionadas ou não, pedidos de exames com critério de forma a apenas complementar o diagnóstico, a correta avaliação dos resultados destes exames complementando as suas limitações e variações, a escolha da terapia que seja a mais benéfica para doente levando em consideração os efeitos colaterais, e o acompanhamento do paciente como um todo (não apenas como uma doença isolada), ainda fazem desta seqüência a parte mais difícil e importante dentro da medicina. O seu exercício por pessoas com conhecimento apenas parcial é no mínimo temerário.

Arq. Cons. Region. Med. do PR.
14(55):136-141, 1997

Outra questão a ser estabelecida é: Pode o Sr. Secretário de saúde delegar tais atribuições?

Para melhor situação dos senhores, gostaríamos de acrescentar que Divinópolis encontra-se próxima à Belo Horizonte (110 km), tem aproximadamente 150.000 habitantes e mais de 200 médicos, entre pediatras, clínicos, urologistas, cirurgiões cardiovasculares, etc. O sistema público tem 15 centros de saúde com médicos nas áreas básicas (clínicos, pediatras, ginecologistas), 2 postos de saúde com generalistas, uma policlínica com várias especialidades médicas, um pronto-socorro bem aparelhado com médicos 24 horas por dia, além de 04 hospitais que fazem praticamente todos os tipos de tratamento clínico e cirúrgico, sendo 03 deles conveniados com o SUS.

Estamos remetendo também cópia de parecer do Conselho Regional de Enfermagem, sobre consulta da enfermeira Rosimaire Silva Lemos."

Este documento, transcrito, expõe o fato, as condições em recursos humanos e materiais e tece comentários.

II - O REGULAMENTO QUESTIONADO

O documento, com título "REGULAMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DOS ENFERMEIROS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DIVINÓPOLIS, " diz o seguinte:

"Tem esse documento o objetivo de oficializar as ações de saúde desenvolvidas pelos Enfermeiros do Sistema Único de Saúde de Divinópolis, com base na Lei nº 7.498/86 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem.

As ações descritas abaixo são desenvolvidas pelos enfermeiros, de acordo com o preconizado no Manual de Capacitação de Enfermeiros em Saúde Pública para o Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde - Secretaria Executiva - Coordenação Geral do Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS - Brasília - 1994."

Na seqüência, são relacionados mais de vinte procedimentos, dos quais destacamos:

- Pedidos de exames laboratoriais: Hemograma, urina rotina, exame parasitológico de fezes, ferro sérico.

- Prescrição de medicamentos via oral e tópicos: Vitamina A e D, sulfato ferroso, vermífugos, antitérmicos, analgésicos, parasitários, fungicidas.

- Na ausência do pediatra, após consulta de Enfermagem e/ou confirmação laboratorial, faz-se a prescrição de: Sulfametoxazol + Trimetropim e Eritromicina nas infecções urinárias e IVAS.

- Encaminhamento para atendimento secundário: Cirurgia ambulatorial, Ortopedia, Dermatologia, Neurologia, Cardiologia, Urologia, Infectologia, Oftalmologia.

Acompanhamento de pré-natal de baixo risco com as seguintes ações decorrentes:

Pedidos de exames laboratoriais: Pregnosticon, urina rotina, VDRL, hemograma, glicemia, imunofluorescência para toxoplasmose.

Além dessas ações, são feitas palestras e orientações dos vários programas desenvolvidos:

Grupo de diabéticos, hipertensos, verminose, IVAS, controle de doenças

sexualmente transmissíveis, estímulo ao aleitamento materno, planejamento familiar, cuidados com o recém-nascido, consulta de Enfermagem na atenção ao desnutrido com alimentação alternativa."

A Secretaria Municipal de Saúde declara, portanto, com respaldo da Lei citada, do Conselho Regional de Enfermagem em documento anexo e do Conselho Municipal de Saúde que os enfermeiros do SUS/Divinópolis estão autorizados a desempenhar as funções descritas.

III - PARECER DO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM

O parecer do Conselho Regional de Minas Gerais, da lavra da Conselheira Enfermeira Maria Isabel Sampaio Aranha, aprovado em 23 de setembro de 1994, diz em alguns trechos:

"HISTÓRICO:.....

A constante informa, ainda, que serão admitidos enfermeiros aprovados em recente concurso público, devendo os mesmos receberem capacitação para atuar nas ações definidas pela instituição.....

MÉRITO: As ações descritas para serem realizadas pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) e Programa de Assistência Integral à Mulher (PAISM) encontram-se em conformidade com o preconizado no Manual de Capacitação de Enfermeiros em Saúde Pública para o Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde - Secretaria Executiva - Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS - Brasília - 1994.

As palestras e orientações ministradas por ocasião do desenvolvimento de grupos operativos específicos como: diabéticos, hipertensos, verminoses, controle de doenças sexualmente transmissíveis, estímulo ao aleitamento materno, planejamento familiar, cuidados com o recém-nascido, entre outros, são também atribuições do enfermeiro, que em diversos momentos de sua formação acadêmica recebe conteúdo teórico-prático para atuar nessa área.

Ressalvamos que, contorne a lei 7.498/86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências e o decreto nº 94.406 de 08/06/87, que regulamenta a lei nº 7.498/86, em seus artigos 11 II C e 8º II C respectivamente, é facultado ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina pela instituição de saúde.

CONCLUSÃO: Isso posto entendemos que as atividades descritas pela Chefe de Divisão de Ações Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, deverão estar oficializadas pela instituição para que possam vir a ser realizadas em sua totalidade, pelo enfermeiro.

Lembramos ser de responsabilidade institucional:

- a) Definir e normatizar as competências dos profissionais de enfermagem, dentro de um processo de discussão multiprofissional;
- b) Investir na capacitação dos recursos humanos e envolvidos nos programas,

garantindo a qualificação, competência e segurança dos profissionais para a execução das atividades previstas;

c) Definir claramente as competências de cada profissional para que as ações possam ser exercidas pela equipe de forma tal que as especificidades de cada profissão e/ou nível de formação estejam resguardadas."

IV - DOCUMENTO MINISTERIAL

Tendo em vista a extensão do documento "CAPACITAÇÃO DE ENFERMEIROS EM SAÚDE PÚBLICA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE" não podemos transcrevê-lo, mas apenas comentá-lo.

Em suma, trata-se de um programa de capacitação que estabelece um curso a ser ministrado em 7 (sete) semanas, visando capacitar o enfermeiro para a realização de tarefas essencialmente educativas e orientadoras na assistência à mulher, à criança e ao adolescente. Estabelece, para tanto, as funções que o referido profissional deve desempenhar, algumas das quais contestadas pela Associação Médica de Divinópolis.

V - DISCUSSÃO

Este programa, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, tem boa intenção mas também peca originalmente. Esquece de preconizar o que acertadamente observa a relatora do parecer aprovado pelo Conselho Regional de Enfermagem, na sua conclusão, que repito pela importância, sublinhando o que será comentado na seqüência.

"Definir claramente as competências de cada profissional, para que as ações possam ser exercidas pela equipe de forma tal que as especificidades de cada profissão e/ou nível de formação estejam resguardadas."

O ponto-chave da exorbitância de função da categoria paramédica, no presente e em muitos outros casos semelhantes, consiste no desconhecimento do que deva ser "ato médico".

Enquanto muitos médicos, as autoridades, em especial na área da saúde, os legisladores, e a própria sociedade não tiverem plena consciência de que os atos que visam estabelecer diagnóstico, prognóstico ou terapêutica devem ser prescritos, executados ou supervisionados por médico persistirão esses conflitos desnecessários e prejudiciais, mais à sociedade do que ao próprio médico.

O termo "equipe de saúde" não significa simplesmente juntar num organograma e num local os profissionais médicos, enfermeiros, bioquímicos e outros. Toda equipe deve ter um responsável por sua atuação e coordenação, não podendo um dos componentes atuar de forma independente.

Na regulamentação proposta pela Secretaria de Saúde de Divinópolis não há nenhuma referência à equipe ou à orientação médica. Os enfermeiros têm, por aquele regulamento, a mesma autonomia do médico, mas não têm a mesma responsabilidade. Assim sendo, não está resguardado seu nível profissional.

No programa de capacitação do Ministério da Saúde a única citação expressa de pedido de exame feito por enfermeiro é o "parasitológico de fezes". Genericamente,

quando relaciona as funções, diz em apenas um parágrafo:

"1.1 - Realizar consulta de enfermagem à gestante definindo as condutas diagnósticas, terapêuticas, educativas e de referência."

Importante assinalar que a "conduta de referência" significa necessariamente o encaminhamento ao médico. Atribuir ao enfermeiro o diagnóstico do que seja uma gravidez de risco, ainda que em tese o mesmo possa estar preparado tecnicamente, certamente não o estará do ponto de vista legal. Se o médico ficar excluído do programa, não poderá ser responsabilizado pelas conseqüências dos atendimentos prestados anteriormente.

Na regulamentação contestada, digo agora, corretamente contestada, são previstas as atribuições de solicitação de hemograma e dosagem de ferro sérico, para citar só dois dos absurdos. Não basta olhar os índices de hematócrito, hemoglobina e total de leucócitos. O hemograma e sua interpretação é muito mais do que isso. Que dizer então do ferro sérico, com as implicações relacionadas a outras patologias?

Afirmaram muito bem os médicos de Divinópolis, ainda que com outras palavras: exame complementar não faz diagnóstico. Como o nome bem o diz, é complementar. O diagnóstico é eminentemente clínico.

Tudo indica que o regulamento atribuiu aos enfermeiros concursados, sem o curso de capacitação de 7 (sete) semanas de duração, aquelas atribuições que extrapolam sua capacitação técnica e legal. Ainda que o tivessem realizado, não podem ter aquela autonomia.

Em parecer de nº 1.539/93 apreciei questão semelhante, relativa a atendimento obstétrico pela enfermagem sem supervisão médica, que anexo a este como ilustração complementar do tema.

A Lei nº 7.498/86 e seu decreto regulamentador, citados pela relatora do Conselho Regional de Enfermagem, especificam:

"Lei nº 7.498/86

Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

.....
II - Como integrante da equipe de saúde

a)
b) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;"

O Decreto nº 94.406/87 em seu artigo 8º, inciso II letra "c", repete exatamente o contido na lei.

Como está claro, o inciso prevê a atuação como integrante da equipe de saúde, e não de forma isolada, independente, autônoma, como estabelece a regulamentação questionada.

Quando prevê "rotina aprovada pela instituição de saúde", significa restritivamente à indicação médica. Os médicos é que podem estabelecer que medicamentos e quando podem ser ministrados. E quais médicos? Os do hospital, do ambulatório.

O Secretário de Saúde, ainda que médico, ocupa um cargo político e como tal, em assunto técnico, só pode decidir quando amparado em pareceres técnicos.

No caso, obedecendo a legislação que prevê a integração dos enfermeiros na equipe de saúde, que foi esquecido no regulamento questionado, e mais, não podendo acrescentar atribuições não previstas.

No momento em que o enfermeiro decide de forma autônoma o médico deixa de ter responsabilidade e aquele assume esse ônus, que pode ser caracterizado inclusive como "exercício ilegal da Medicina", ilícito previsto no Código Penal Brasileiro.

Outro aspecto fundamental, que deve ficar bem claro, é que a Lei nº 7.498/86 estabelece explicitamente:

"Art. 2º. A enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Parágrafo único. A enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

Art. 6º. São enfermeiros:

I - o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos na lei;

II - o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos na lei."

Por hábito, costuma-se, principalmente o leigo, denominar indistintamente o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem por enfermeiro, quando na verdade enfermeiro é aquele que possui o curso de nível superior, e são estes os profissionais que o Programa de Capacitação do Ministério da Saúde deseja preparar para aquelas funções, integrando as equipes de saúde, e que poderão atuar na área da saúde naquele município de Divinópolis, uma vez feitas as correções necessárias. Os Técnicos e auxiliares de enfermagem obviamente têm suas atribuições, não incluídas naquela regulamentação.

Na conclusão do documento da Secretaria de Saúde de Divinópolis está citado o respaldo do "Conselho Municipal de Saúde", o que é discutível por ser assunto eminentemente técnico.

Concluindo:

1º - Os atos que visam estabelecer diagnóstico, prognóstico ou terapêutica devem ser prescritos, executados ou supervisionados por médico.

2º - A prescrição pela(o) enfermeira(o) somente será admitida como parte da rotina pré-estabelecida pela equipe médica.

Este é meu parecer, S.M.J.

Brasília, 7 de agosto de 1995.

Leo Meyer Coutinho
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 06/11/96.

OMISSÃO DE SOCORRO

Parecer CREMERS

1. Trata a espécie de solicitação formulada pelo Diretor do Exercício Profissional da Associação Médica do Rio Grande do Sul sobre a concretização da omissão de socorro.

2. Segundo a sistemática do vigente Código Penal Brasileiro, foi realizada incriminação da simples abstenção de uma conduta socialmente útil, qual seja, a assistência aos periclitantes. Ao lado do princípio de que não deve um agente, qualquer indivíduo, lesar, lesionar ou prejudicar outro, tornou-se assim, obrigatória a ajuda aos que, embora sem culpa nossa, se encontram em situação de perigo, de que não podem defender-se. O que era mero dever ético passou a ser dever jurídico (conforme Nelson Hungria, Comentários ao Código Penal, Vol. V, pág. 395, Forense, 1942).

3. Segundo o autor citado, no art. 135 do Código Penal, que define o crime de omissão de socorro, qualquer pessoa está adstrita a socorrer, desde que lhe seja possível, sem risco pessoal "criança abandonada ou extraviada", pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo" ou "a pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública" (ibidem, pág. 395).

4. O crime de omissão de socorro é "crime de perigo", bastando que a vítima se encontre na referida situação de perigo, sendo um crime instantâneo, consumando-se no momento e no lugar em que se verifica o inadimplemento do dever de assistência (conf. autor e ob. citados, pág. 396).

Os elementos do crime são:

a - "o encontro de criança abandonada ou extraviada, ou pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo";

b - "omissão de assistência ao periclitante ou de solicitação dele à autoridade pública";

c - "possibilidade dessa conduta alternativa sem risco pessoal";

d - "dolo específico" (autor e ob. cits., pág. 396);

5. Pessoa inválida é toda aquela que não pode prover à própria segurança, seja isto por suas próprias condições, doença ou acidente (velhos enfermos, aleijados, paralíticos, cegos, etc).

A pessoa inválida doente ou ferida deve achar-se ao desamparo, privada de socorro e incapaz de obtê-lo por si mesma ou em grave e iminente perigo, que importe em ameaça atual para a vida da pessoa, ou sua incolumidade física ou fisiológica (seg. autor e ob. cts., pág 397).

6. A assistência deve ser direta ou indireta, através de socorro, dentro da possibilidade ou solicitá-lo à autoridade pública. Se a situação de perigo não admite demora na prestação de socorro, é clara a inutilidade de aviso à autoridade pública. No caso, a injustificada abstenção de assistência direta, como é o caso de médico em relação à pessoa enferma, nas condições anteriormente citadas, constitui crime.

7. Saliencia-se que deve sempre ser considerada a possibilidade da prestação de socorro (direto ou indireto). Só se legitima a abstenção para evitar risco pessoal, referente à pessoa física, não o risco patrimonial ou moral.

8. É irrelevante o motivo determinante do crime, salvo para a fixação da pena aplicável, pouco importando que seja a indiferença, o egoísmo, a pressa ou pusilanimidade.

9. Em caso referente ao não atendimento de doente em estado grave, por dois médicos, alegando a falta de vaga e a circunstância de não serem especialistas, o Supremo Tribunal Federal, mais alto Tribunal da República, decidiu pelo prosseguimento do processo crime contra os dois médicos; mantendo acórdão do Tribunal de Alçada Criminal de São Paulo, entendendo que não se tratava de questão de Deontologia Médica, pois não era apenas problema de Ética Médica, mas de Ética Social, tendo em vista regras de conduta de todos os membros de uma comunidade. O Direito Penal protege as normas ético-sociais, na qual se inclui, sem dúvida, a conduta médica por integrante de uma das classes sociais.

10. Consta da referida decisão do Supremo Tribunal Federal:

a - sujeito ativo do crime de omissão de socorro pode ser qualquer pessoa, ainda que não tenha o dever jurídico de prestá-lo, examinando a alegação dos médicos de que eram clínicos e o tratamento exigido era cirúrgico;

b - os médicos deviam diligenciar junto à autoridade competente para resolver o problema da falta de vaga no hospital, e não recusar-se a prestar assistência, como fizeram, agravando a situação do periclitante, que veio a falecer;

c - na decisão em causa, o Tribunal de Alçada Criminal, confirmada pelo Supremo Tribunal Federal, consta que "os denunciados preferiram tomar nas próprias mãos a pior decisão, isto é, a de expulsar o moribundo do hospital, sob o argumento de falta de vaga, ou de não serem especialistas. Com isto, na melhor das hipóteses, cometeram o crime na modalidade de "não pedir socorro-, já que não lhes seria difícil encaminhar o doente aos especialistas do próprio estabelecimento, ou submeter o caso à direção deste" (Lex, Jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, vol. nº 3, págs. 240 a 244).

11. O alvo fundamental da atenção do médico é o paciente, devendo, em benefício do mesmo agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional (Princípio II do Código Brasileiro de Deontologia Médica), devendo praticar, em caso de urgência ou emergência, todo ato médico indispensável à saúde do paciente, recorrendo a outros profissionais quando necessário.

12. Já salientei no Parecer CJ nº 18/85, Aprovado pelo Plenário que a invocação de falta de leitos, inexistência de recursos técnicos, e financeiros, estes, por parte de pacientes em estado grave, para o não atendimento médico, deve envolver o aspecto legal de omissão de socorro, ocorrendo efeitos letais.

É o parecer.

Porto Alegre, 28 de maio de 1986.

Dr. Emílio Alberto Maya Gischkow
Consultor Jurídico

Nota do Editor: A respeito do assunto vide "Arquivo" nº. 29

AIDS: DEVE OU NÃO DEVE O MÉDICO NOTIFICAR ?

Adauto Soares *

Cabe ao Conselho Federal de Medicina, como é sabido, não só fiscalizar o exercício da medicina, com eventual aplicação de sanção aos recalcitrantes, como orientá-los para bem desempenharem seu relevantíssimo mister.

Em 1992, o Conselho Federal fez publicar a Resolução nº 1.359/92, que cuida especificamente das relações dos profissionais da Medicina para com os portadores de HIV e seus familiares.

Diz o art. 2º da mencionada Resolução:

“O sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação aos pacientes com AIDS; isso se aplica inclusive aos casos em que o paciente deseja que sua condição não seja revelada sequer aos familiares, persistindo a proibição da quebra de sigilo mesmo após a morte do paciente”.

Nada mais ilegal, pesa-nos dizê-lo.

Realmente, o art. 269 do Código Penal contém regra específica dirigida ao médico, ao considerar crime o fato de

“deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória”.

Trata-se de uma norma penal em branco, como se diz em Direito Penal, por isso que caberá às autoridades sanitárias enumerar quais as doenças que devem considerar-se de compulsória notificação. Ocorre, porém, que, mesmo se não houver essa norma complementar em relação a tal moléstia, entra pelos olhos de um leigo que a AIDS não pode ser considerada menos perigosa do que toda e qualquer moléstia contagiosa, com a agravante de, cedo ou tarde, levar a óbito. O retardamento disso depende exatamente do conhecimento da existência da contaminação e de providências que devem ser tomadas para tentar-se evitar a ação do HIV no organismo do infectado.

O art. 258 do Código Penal (que se aplica à espécie por força da regra do art. 258 do mesmo Código) diz que se, em caso de omissão daquela comunicação por parte do médico, voluntariamente ou por mero descuido, ressaltar lesão corporal ou morte (a lei não distingue se esse resultado diz respeito a quem se encontra infectado no momento ou a quem venha a contaminar-se no futuro), esse médico responderá pelo crime adicional previsto no art. 129 do Código Penal (lesão corporal) ou mesmo do art. 121 (homicídio).

*Des. de TJSP, Membro do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, da Associação de Juizes para a Democracia, da Comissão de Direitos Humanos da OAB/SP. Consultor jurídico de Tilelli & Tilelli Advogados.

Ora, se o médico está sujeito a ser responsabilizado tão gravemente diante da **lei**, como pode ele invocar a seu benefício uma justificativa baseada em mera **resolução** do Conselho Federal de Medicina? Nenhum juiz aceitaria uma tal justificção.

E tanto isso é assim que, paradoxalmente, a mesma Resolução, no parágrafo único do mesmo artigo, ressalva que

“Será permitida a quebra do sigilo quando houver autorização do paciente, ou por dever legal (ex: notificação às autoridades sanitárias e preenchimento de atestado de óbito) ou por **justa causa** (proteção à vida de terceiros: comunicantes sexuais ou membros de grupos de uso de drogas endovenosas, quando o próprio paciente recusar-se a fornecer-lhes a informação quanto à sua condição de infectado)”.

Como se vê do parágrafo, a própria Resolução se desmente, pois a ressalva é tão ampla que torna nenhum o conteúdo do caput.

Para ficarmos ainda com o Código Penal, todo aquele que viola a lei para beneficiar alguém em grave perigo não pode ser punido porque ou age em legítima defesa de terceiro, ou age em estado de necessidade (Código Penal, art. 24 e 25). Se no segundo caso a lei exige que haja uma agressão injusta para que a defesa se considere legítima, isso não se dá no primeiro, pois “considera-se em estado de necessidade quem pratica o fato para salvar de perigo atual, que não provocou por sua vontade, nem podia de outro modo evitar, direito próprio ou alheio, cujo sacrifício, nas circunstâncias, não era razoável exigir-se”.

Assim, alguém (o médico) pratica o fato indevido (comunicar a outrem o estado de saúde do paciente aids), para salvar número indeterminado de pessoas de perigo atual (o risco de contaminação pelo HIV), evitando assim o sacrifício do direito dessas pessoas à vida, “cujo sacrifício, nas circunstâncias, não era razoável exigir-se”.

Bem faria, a nosso ver, O Conselho Federal de Medicina se cancelasse o contido no caput do art 2º, transformando o parágrafo no corpo do aludido artigo.

Transcrito do Informativo Hospitalar Brasileiro (SP)
Dez/96

REGULAMENTAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

RESOLUÇÃO Nº 061/97-CRM/PR

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, no uso de suas atribuições de conformidade com a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de junho de 1958 e,

Considerando a aprovação da Resolução CRM-PR nº 014/86;

RESOLVE:

Alterar o Regulamento das "Comissões de Ética Médica" (Resolução nº 015/86) para os Estabelecimentos ou Instituições em que se exerce a Medicina no Estado do Paraná.

DE REGULAMENTAÇÃO DA "COMISSÃO ÉTICA MÉDICA"

Art. 1º - A COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM), criada de conformidade com a Resolução 014/86 do CRM-PR, é um órgão de assessoria e fiscalização destinado à adequação do exercício ético-profissional da Medicina.

CAPÍTULO I – DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 2º - COMPETE À CEM:

§ 1º Assessorar a Direção Clínica nas questões éticas, relacionadas ao exercício da profissão.

§ 2º Fiscalizar:

a) o exercício ético-profissional do médico;

b) o cumprimento dos princípios legais que normatizam os deveres dos médicos;

c) as condições oferecidas pela Instituição para um adequado desempenho moral, ético e científico da Medicina;

§ 3º Dispor de um cadastro atualizado de todos os médicos da Instituição.

§ 4º Propor sindicância ou investigação preliminar interna para apurar indícios de infrações éticas.

§ 5º Comunicar ao CRM-PR de infração ou indícios de infração ao Código de Ética Médica.

§ 6º Propor o encaminhamento aos Conselhos Ético-Profissionais, não médicos, de fatos que possam ser caracterizados como indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética.

§ 7º Comunicar à Administração da Instituição, irregularidades ou indício de infração no atendimento ao paciente por funcionários administrativos.

§ 8º Promover o conhecimento, educação continuada e orientação sobre Ética Médica e Bioética.

§ 9º Apreciar se todos os trabalhos de pesquisa, que envolvem o ser humano e animais, estão dentro dos preceitos estabelecidos pela ética, segundo a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO E DAS ELEIÇÕES

Art. 3º - Os membros da CEM serão médicos, escolhidos por eleição direta e secreta. Todos os participantes do Corpo Médico que desejarem ser candidatos poderão ser votados, em grupos ou isoladamente.

Art. 4º - A CEM será composta por membros efetivos da Instituição, obedecendo ao seguinte critério de proporcionalidade >

I – Até 10 médicos na Instituição, está a mesma dispensada de formar a CEM, cabendo ao Diretor Clínico as responsabilidades das funções;

II – De 10 a 100 médicos – 3 membros efetivos e 3 suplentes;

III – Mais de 100 médicos – 5 membros efetivos e 3 suplentes.

§ único: Quando a CEM entender necessário, poderá ouvir pessoa da comunidade para melhor formar seu juízo de convencimento.

Art. 5º - O tempo de mandato será de 2 anos, admitindo-se uma reeleição. A eleição, será no mês de abril e, para isso, poderá haver prorrogação de mandato.

Art. 6º - A convocação de eleição será realizada pela Direção Médica da Instituição em edital público, interno, com 30 dias de antecedência.

Art. 7º - A inscrição de candidatos poderá ser realizada, até 10 dias antes das eleições, na CEM, Direção Clínica ou Comissão Eleitoral.

Art. 8º - Só poderão votar, e ser votados, os médicos inscritos regularmente no CRM-PR, em dia com suas obrigações, que exerçam suas atividades profissionais na Instituição e que estejam cadastrados no Corpo Clínico.

Art. 9º - A organização do processo eleitoral será realizada por Comissão Eleitoral, constituída de três membros do Corpo Médico, indicados pela CEM e estão impedidos de concorrer a eleição.

Art. 10º - A Comissão Eleitoral terá um Presidente e um Secretário, escolhidos entre seus membros.

Art. 11 - O processo eleitoral terá uma duração mínima de 4 horas e será iniciado e encerrado pelo Presidente da Comissão Eleitoral, e, registrado no livro próprio de Ata da CEM, onde serão anotados todos os atos pertinentes. A Ata será assinada pelos fiscais quando houver, e pelos membros da Comissão Eleitoral.

Art. 12 - Cada chapa ou candidato poderá indicar, no ato de inscrição, um fiscal para acompanhamento do processo eleitoral e fiscalização da apuração.

Art. 13 - A Comissão Eleitoral receberá da CEM uma lista dos médicos cadastrados e em condições de voto, onde os votantes assinarão no ato da votação.

Art. 14 - Na Instituição haverá apenas uma urna.

Art. 15 - Todo o material necessário à realização da votação será fornecido à CEM pela Instituição.

Art. 16 - A apuração será pública e procedida pela Comissão Eleitoral, imediatamente após o encerramento da votação.

Art. 17 - Não serão computadas as cédulas que contiverem rasuras ou qualquer vício, inclusive que possibilitem a violação do sigilo do voto.

Art. 18 - O resultado da apuração será proclamado pelo Presidente da Comissão Eleitoral, registrado em ata e publicado em edital interno e informado

ao Diretor Clínico e ao CRM-PR.

Art. 19 – Estarão eleitos os candidatos mais votados individualmente.

Art. 20 – O resultado da eleição será comunicado ao CRM pelo Diretor Clínico, no prazo de 15 dias.

Art. 21 – A posse dos eleitos será efetuada em 15 (quinze) dias, pelo Diretor Clínico da Instituição, em solenidade convocada pela CEM que encerra suas atividades.

Art. 22 – Em caso de vacância definitiva ou temporária da CEM, este será substituído pelo primeiro suplente e, assim, sucessivamente;

Art. 23 – Os protestos e recursos de chapas ou candidatos serão apresentados por escrito ao Presidente da Comissão Eleitoral, até 24 horas após a proclamação dos resultados, em edital interno;

Art. 24 – São considerados inelegíveis membros do Conselho Regional de Medicina, Conselho Federal de Medicina e da Direção da Instituição (Diretor Clínico, Técnico ou Administrativo);

Art. 25 – Os casos omissos ou de dúvida serão decididos pela Comissão Eleitoral;

CAPÍTULO III – DO FUNCIONAMENTO

Art. 26 – A CEM terá um Presidente e um Secretário;

§ Único – O Secretário substituirá o Presidente na sua ausência ou impedimentos;

Art. 27 – A escolha destes cargos proceder-se-á por votação entre os componentes da CEM;

Art. 28 – A ação da CEM será iniciada “ex-officio” ou por denúncia e, mediante sindicância ou investigação preliminar, após comunicação à direção clínica;

Art. 29 – A denúncia, os depoimentos, as provas e os pareceres serão documentados por escrito, sendo as folhas numeradas e arquivadas em forma de processo;

Art. 30 – As conclusões da CEM serão relatadas ao Diretor Clínico e ao CRM-PR, conforme disciplina o Código de Processo Ético-profissional para os Conselhos de Medicina;

Art. 31 – O Diretor Clínico, quando houver evidência ou indício de infração ética, determinará o encaminhamento dos documentos ao Conselho Regional Profissional competente;

Art. 32 – Todos os documentos e correpondências da CEM, inclusive os processos encaminhados ao Conselho Regional Profissional competente, terão cópia, que ficará arquivada, sob a guarda do Secretário da CEM;

Art. 33 – As decisões tomadas pela CEM serão por maioria simples dos presentes, com um mínimo de 2/3 dos seus componentes. Em caso de empate, após discussão do assunto, novas votações serão realizadas, tantas quantas necessárias, até decisão por maioria simples.

Art. 34 – A CEM reunir-se-á ordinariamente a cada dois meses, registrando as suas decisões em livro de ata próprio.

Art. 35 – A ausência injustificada a três reuniões seguidas determinará a

perda automática do mandato.

Art. 36 – Ao término do mandato, a CEM encaminhará um relatório final ao CRM-PR.

CAPÍTULO IV – DAS MODIFICAÇÕES, EXCEÇÕES E APELAÇÕES

Art. 37 – O Conselho Regional Profissional competente constitui a instância superior, à qual deverão ser apresentados os recursos e apelações aos pareceres da CEM;

CAPÍTULO V – DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 38 – Nas Instituições que elegerão pela primeira vez sua Comissão de Ética Médica, as atribuições referidas nos artigos 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11, 13, 15 e 21 serão exercidas pelo Diretor Clínico da Instituição.

Art. 39 – As questões omissas nesta Resolução serão resolvidas pelo CRM-PR.

Art. 40 – Fica revogada a Resolução nº 015/86 – CRM-PR e demais disposições em contrário.

Curitiba, 12 de maio de 1997.

Cons. Daebes G. Vieira
Cons. 1º Secretário

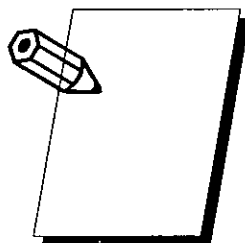
Cons. Luiz Sallim Emed
Cons. Presidente

Resolução Aprovada
Sessão Plenária de 12/05/97

MUDOU DE ENDEREÇO?



COMUNIQUE



Decreto Federal nº 44.045 de 19.07.1958 - D.O. de 25.07.1958

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

NOME: _____

Residência

Consultório

Rua: _____

Nº _____ Andar/ Sala/ Apto. _____

Bairro: _____ Fone: _____

Cidade: _____

CEP: _____ Estado: _____

O conselho precisa dispor de seu endereço **COMPLETO** e **ATUALIZADO** para poder servi-lo cada vez melhor. Comunique-nos qualquer modificação para que nossas correspondências possam chegar ao destino.

LEGITIMIDADE DA INTERPRETAÇÃO DE LAUDOS RADIOGRÁFICOS POR MÉDICOS PLANTONISTAS NÃO RADIOLOGISTAS

Parecer CFM

EMENTA

Na urgência, o médico que atende o paciente assume responsabilidade pela interpretação do RX – não sendo necessário ser radiologista. Nos serviços de radiologia a responsabilidade pela emissão do laudo compete ao médico radiologista.

A CEAT – Clínica Especializada de Acidentes de Trabalho Ltda, da cidade de Rio Grande (RS), consulta o Conselho Federal de Medicina sobre a “legitimidade da interpretação de laudos radiográficos por médicos plantonistas”, argumentando “que a presença de um médico radiologista durante todo o nosso período de funcionamento, que é de 12 h/dia, é inviável com o quadro de profissionais da área existentes em nosso município.” Aduz, ainda, que a consulta decorre de exigência do gestor do SAI/SUS, sob a ameaça de glosa pela inobservância.

Em matéria similar, o Conselho Federal de Medicina aprovou – em 09/02/95 – parecer de lavra do ilustre Conselheiro Rubens dos Santos Silva no qual o parecerista ao apreciar consulta da Unimed Mossoró, fixou posição de que era legítima a cobrança de honorários médicos por médico não especialista que efetivamente tenha realizado o ato médico.

O atendimento de urgência reveste-se de características próprias que exigem do médico decisão rápida para uma pronta ação em benefício de seu paciente.

Por outro lado, a interpretação de exames radiológicos por traumatologistas é parte integrante do exercício de sua função. No dia-a-dia dos serviços de urgência, o médico, na maioria das vezes, “vai até o RX” e tão logo o filme é revelado prontamente o examina para decidir a melhor terapêutica a ser adotada. Entende, pois, ser legítima a avaliação do RX por médico não-radiologista, já que nas situações de urgência o médico, geralmente traumatologista não pode ficar na dependência da interpretação do radiologista para tomar uma decisão sobre a conduta a ser adotada. Contudo, tal conduta não autoriza os Serviços de Radiologia a prescindirem de médico radiologista.

É o parecer, SMJ

Brasília, 04 de dezembro de 1996

Cláudio Balduino Souto Franzen
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 09/04/97

Arq. Cons. Region. Med. do PR.
14(55):151, 1997

TÉCNICA DO "DNA" NA IDENTIFICAÇÃO DA MÃE E RECÉM-NATO EM MATERNIDADE

PARECER CFM

EMENTA

Não há óbice ético na aplicação da técnica do "DNA" para identificação da mãe e filho nas maternidades, sendo até recomendável tal procedimento.

PARECER

O Dr. Luciano Barsanti consulta sobre a "eticidade da criação de um banco de DNA perinatal, com a finalidade EXCLUSIVA de identificação de recém-nascidos, ou seja, o estabelecimento de vínculo entre a mãe e o seu respectivo recém-nascido através do DNA, seguindo a tendência científica mundial da medicina legal no que concerne à identificação", citando o festejado autor Genival Veloso de França e a exigência prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente, conforme transcrito:

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – LEI Nº 8.069 DE 13/07/90

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

I – manter registro das atividades desenvolvidas, através de prontuários individuais, pelo prazo de 18 (dezoito) anos;

II – identificar o recém-nascido mediante o registro de sua impressão plantar e digital e da impressão digital da mãe, sem prejuízo de outras formas normatizadas pela autoridade administrativa competente.

Em verdade, o tema é bastante simples. Qualquer meio que não apresente risco materno-fetal pode ser utilizado, independentemente de quaisquer outras formalidades acompanhado, é óbvio, da organização de um arquivo seguro e sigiloso, para uso exclusivo de eventual investigação para firmar ou não a paternidade.

Este é o parecer que submeto à apreciação de plenário,

Brasília, 04 de fevereiro de 1997.

Léo Meyer Coutinho
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 09/04/97

A RESPONSABILIDADE MÉDICA DO PRECEPTOR NO INTERNATO

Parecer CFM

EMENTA

A responsabilidade pelo ato médico praticado pelo interno do curso de medicina cabe exclusivamente ao médico preceptor.

De ordem do Cons. Júlio Cezar, me foi enviado para relata, através do Of. CFM nº 3.785/96, de 12/11/96, questionamento feito pela acadêmica de medicina Patrícia da Cruz Queiroz.

DA CONSULTA

Protocolado sob o nº 4.650 e datado de 19/09/96, Patrícia da Cruz Queiroz, identificada como estudante do 5º ano de medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, solicita esclarecimentos quanto ao internato rural inserido no curso médico da referida faculdade.

As indagações feitas pela acadêmica são:

“- O que existe de legislação sobre o assunto?”

- Quais as responsabilidades legais do acadêmico, do ponto de vista do atendimento médico?

- Uma vez que o preceptor não está presente todos os dias com o aluno nas consultas, não seria isto enquadrado como exercício ilegal da medicina?

- Até que ponto a Faculdade é responsável pelos meus atos?

- Quem se responsabiliza pela minha integridade física e danos pessoais?”

PARECER

Conhecidos os itens das indagações solicitadas pela estudante de medicina Patrícia da Cruz Queiroz, entendemos, a princípio, que a referida acadêmica se contrapõe a esta modalidade de treinamento do curso médico, mesmo que reconheçamos sua precedente preocupação em relação à prática do ensinamento proposto, principalmente se o mesmo não oferecer os cuidados necessários a um bom atendimento médico à população-alvo e não ajudar no aprendizado do futuro profissional de medicina.

Respondendo os esclarecimentos e seguindo a ordem das indagações, temos a informar:

1 – O treinamento do estudante de medicina, especificamente na fase de internato, tem suas normas regulamentadas pelo Ministério da Educação (Res. Nº 1,

de 04/05/89, que altera a Res. nº 9, de 29/05/83);

2 - O estudante de medicina não tem qualquer responsabilidade legal na realização do atendimento médico feito sob supervisão do médico, o qual, responde pelo referido atendimento;

3 - O atendimento médico realizado por pessoa não habilitada e não registrada no Conselho Regional de Medicina caracteriza exercício ilegal da medicina;

4 - A faculdade é responsável pelas ações que atribuir aos seus alunos, devendo oferecer aos mesmos as condições necessárias para o aprendizado, como, por exemplo, no caso da prática médica realizada por internos do curso médico, a ser feita com supervisão direta de profissionais médicos;

5 - Quanto à pergunta relacionada a quem atribuir responsabilidade por danos pessoais, incluindo a integridade física da solicitante – acadêmica Patrícia da Cruz Queiroz – acredito ser desnecessário definir, na medida em que as situações que levariam a esta condição possam ser evitadas pelas corretas ações adotadas para efetivação do treinamento proposto.

CONCLUSÃO

1 - A modalidade de treinamento do curso médico, na forma de internato rural, é legal e vem sendo utilizada em algumas escolas médicas do país.

2 - O treinamento do estudante de medicina, em qualquer etapa de internato, tem que ser feito sob supervisão médica, cujo preceptor responderá pelo ato médico praticado.

Este é o parecer, SMJ

Brasília, 04 de dezembro de 1996

Silo Tadeu S. Holanda Cavalcanti
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 09/04/97

ARQUIVO MÉDICO INFORMATIZADO

Parecer CFM

EMENTA

Documentos médicos integrantes do prontuário ou processo médico-pericial podem ser devolvidos ao periciado após decisão administrativa, após registro dos resultados.

PARECER

A presente consulta tem duas fases. Inicialmente, o Dr. Carlos V. Vahle, perito da Secretaria de Estado da Administração do Estado de Sergipe, em agosto de 1996, encaminhou consulta com os seguintes quesitos:

- “1) Como proceder para transformarmos o arquivo pericial antigo, com atestados, resultados de exames, laudos, etc., em arquivo eletrônico?**
- 2) Teremos de manter o arquivo antigo?**
- 3) Poderemos devolver todos os atestados, resultados de exames e laudos periciais para arquivamento na residência do requerente, ficando conosco somente um resumo eletrônico do laudo pericial?**
- 4) Onde poderemos obter a CID eletrônica atual?”**

A essa consulta, o senhor Secretário respondeu encaminhando os pareceres nºs 23/89, 50/89, 14/93, 02/94 e 27/94, deste CFM.

Em dezembro último, o consulente agradece o atendimento, mas sente-se desatendido quanto aos quesitos 3 e 4 e apresenta duas perguntas adiante prescritas:

- “1) Uma vez que os documentos que os periciados trazem consigo (atestados, resultados de exames, relatórios, etc.) são sigilosos e pertencem a si, não poderíamos mantê-los guardados em suas residências, em vez de na Perícia Médica? Talvez essa idéia seja até uma solução, uma vez que descentralizaria a guarda de tais documentos, cujo perincipal interessado é o próprio requerente. Considerando essa situação, os documentos apresentados a nós, médicos peritos, seriam carimbados e devolvidos ao próprio paciente, ficando conosco somente um resumo eletrônico. Cito como exemplo os nossos carnês de INSS. Quem se arrisca a perdê-los?**
- 2) Onde obter uma CID eletrônica? Obs.: a CID deverá conter arquivo do tipo instalável em qualquer banco de dados.”**

A resposta fundamentada ao primeiro quesito está contida no código de Ética Médica, em seu art. 70, onde lê-se:

É vedado ao médico:

“Art. 70 – Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos ao paciente ou para terceiros.”

Se o paciente tem direito ao acesso àqueles documentos, bem como direito a receber cópias dos mesmos, tem também o direito de receber os originais. Lembre-se, ainda, que resultados de exames complementares também pertencem ao paciente. Assim é perfeitamente válida a proposta contida no quesito.

É importante esclarecer, entretanto, que a comparação com os carnês do INSS não é muito oportuna. À semelhança de processos judiciais com sentença transitada em julgado, os documentos dos prontuários podem ser entregues ao interessado somente após a decisão do processo administrativo, não mais sujeito à revisão. Será inadmissível rever uma decisão e querer modificá-la por falta de documentos médicos entregues ao interessado e eventualmente extraviados. A responsabilidade pela guarda de documentos exigidos por uma instituição não pode ser delegada a quem os forneceu, por maior que seja o seu interesse, pois ninguém está livre de perdê-los.

Quanto ao segundo quesito, sugerimos que o interessado entre em contato com a bibliotecária deste Conselho.

Este é o parecer que submeto ao Plenário,

Brasília, 03 de fevereiro de 1997.

Léo Meyer Coutinho
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 09/04/97

POR QUANTOS SERVIÇOS O MÉDICO RADIOLOGISTA PODE SER RESPONSÁVEL? NÃO ESPECIALISTAS PODEM RECEBER PELA ANÁLISE DE RADIOGRAFIA?

Parecer CFM

EMENTA

O médico somente pode assumir responsabilidade técnica por, no máximo, duas empresas jurídicas. A responsabilidade técnica de um serviço especializado deve ser exercida por médico especialista na área. A prática médica é livre a todos os médicos, porém os atos mais complexos e que compõem o substrato de determinada especialidade devem ser reservados aos especialistas; contudo, sua execução por médico não-especialista não se constitui um ilícito ético.

A UNIMED Cascavel consulta o Conselho Federal de Medicina sobre:

a) Quantos serviços de radiologia um profissional pode ser responsável?

Este Conselho já tem posição quanto ao assunto, fixando o limite de duas (2) pessoas jurídicas como teto para que um mesmo médico assuma a responsabilidade técnica (Resolução nº 1.352/92).

Este limite deve ser entendido como restrito à responsabilidade técnica, não se estendendo ao médico quando na função de atendimento.

b) Se o convênio pode pagar serviços de radiologia para quem não é radiologista? Somente na urgência?

O Conselho Federal de Medicina, no Parecer Consulta CFM nº 3.606/94, já fixou posição de que os pagamentos devem ser efetuados para quem efetivamente realizou o ato.

Por outro lado, a evolução da ciência médica exigiu dos médicos a escolha de áreas de atuação onde o aprofundamento do conhecimento permitia uma maior qualificação profissional e, em consequência, uma melhor assistência à população.

Não há como negar nos dias atuais que a medicina subdividiu-se em campos restritos, onde os médicos se autolimitam dedicando-se a áreas específicas da medicina.

A especialização é uma conquista da sociedade que exigiu dos médicos um maior conhecimento científico. Paralelamente, com a interferência dos intermediadores do trabalho médico instituiu-se a divulgação das relações dos médicos credenciados ou cadastrados, sendo esta prática uma forma de propaganda do profissional. Sob esse prisma, o médico não especialista que permite que seu nome faça parte de relação de especialistas estará ferindo o Código de Ética Médica, que em seu art. 135 proíbe divulgação de especialidade quando este não puder comprovar sua qualificação.

CONCLUSÃO

Em face do exposto, entendemos que o médico, quando não-especialista, não está proibido de realizar atos médicos constantes de prática habitual de uma especialidade; contudo, esses médicos não podem fazer parte de listas de profissionais em áreas restritas a especialistas.

No caso específico dos exames radiológicos, entendemos que os exames habitualmente realizados devem ficar sob a responsabilidade de radiologistas; contudo, no entendimento de urgência essa exigência pode ser prescindida, ficando a responsabilidade da interpretação do exame a critério do especialista encarregado do atendimento (Resolução 813/77).

Por derradeiro, reafirmo que o médico deve exercer sua profissão com ampla liberdade. Porém, deve ter a consciência ética de somente praticar atos ou procedimentos dos quais tenha pleno conhecimento e segurança de que sejam os mais adequados à resolução dos problemas de seus pacientes. Não devem, pois, aventurar-se a praticar atos sem o devido treinamento ou que melhor possam ser realizados por quem tenha a formação mais completa, o ESPECIALISTA.

Este é o meu parecer, SMJ

Brasília, 08 de novembro de 1996

Cláudio Balduino Souto Franzen
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 09/04/97

É OBRIGATÓRIA A PRESENÇA DE FARMACÊUTICOS NO SERVIÇO DE DISPENSAÇÃO DE HOSPITAIS?

Parecer CFM

EMENTA

A exigência de contratação de farmacêutico, conforme dispõe o parágrafo 1º, art.27 do Decreto nº 793/93, não fere dispositivo ético vigente e constitui medida legal em pleno vigor. A duração de residência em cirurgia plástica constitui tema específico da sociedade correspondente e órgãos federais responsáveis pela qualidade do aprendizado.

Não é em primeira instância matéria apreciável pelos Conselhos.

DE FATO

A Sociedade de Cirurgia Plástica Estética e Reconstructiva (SBCPER) enviou correspondência ao Conselho Federal de Medicina (CFM) arguindo dois tópicos:

1 – A possível inconstitucionalidade de Decreto nº 793, de 05.04.93, que obriga a contratação de farmacêuticos pelas clínicas e hospitais.

2 – A possibilidade de, através de uma Comissão do Conselho Federal, e SBCPER, discutir com o MEC a alteração de 2 (dois) para 3 (três) anos do período de especialização.

DA ANÁLISE

Tanto a Assessoria Jurídica do CFM quanto o Conselheiro Silo Tadeu Silveira de Holanda Cavalcanti – representante junto a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) – já se manifestaram sobre as questões acima.

A Assessoria Jurídica entendeu que a União atuou dentro de sua competência legislativa e determinou que a fiscalização da dispensação, da distribuição e da manipulação de medicamentos dentro dos estabelecimentos de saúde seja promovida por um técnico responsável legalmente habilitado, que é o profissional de farmácia. Ressalte-se, por oportuno, que **estabelecimentos de dispensação** são aqueles que fornecem ao consumidor drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não.

Quanto a inclusão de mais um ano na especialização em cirurgia plástica e reparadora, o Conselheiro Silo Holanda foi de parecer de que a Comissão de Título de Especialização deve reavaliar o conteúdo programático a ser exigido na formação do especialista em Cirurgia Plástica, inclusive valorizando os aspectos de mercado de trabalho e inserção no SUS, principalmente no que atenda ao aspecto reparador do procedimento.

A Comissão de Título de Especialistas deste Conselho entendeu que o questionamento não é pertinente a ela, mas sim à Comissão de Residência Médica do CFM.

CONCLUSÃO

Na verdade, a reserva de mercado de trabalho tem sobrecarregado hospitais e clínicas deste país a cada momento, os quais são obrigados a Ter e manter em seus quadros vários técnicos de nível superior com a respectiva inscrição em cada Conselho de ordem, por exemplo: farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, etc...Mas no estado de direito, as reivindicações e suas vitórias são conseguidas no Congresso Nacional local onde deve ser travado o debate democrático acerca das mesmas.

O Decreto nº 793 de abril de 1993 é muito claro em seu art. 27, parágrafo 2º, ao obrigar a presença do farmacêutico no setor de dispensação de hospitais públicos e privados. O Estado, à luz da atual constituição, tem competência para exercer o controle e a fiscalização dos serviços de saúde e, dessa forma, atuou no presente caso.

Em relação ao pleito da SBCPER, de ampliação do tempo de residência em cirurgia plástica, entendo que isto é assunto específico da Sociedade de Especialidade e da Comissão Nacional de Residência Médica.

Este é o parecer, SMJ

Brasília, 10 de setembro de 1996

Carlos Alberto de Souza Martins
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 09/04/97

O BOM MÉDICO SEGUNDO ALI IBN AT-TABARI (ANO 800 - 870)

"Escolherá de cada coisa o que for melhor e mais justo. Não será temerário, verboso, superficial, orgulhoso ou intriguista. Não cheirá mal do corpo, nem se perfumará demasiado ou será vulgar ou afetado na sua forma de vestir. Não será enfatuado colocando-se acima dos outros, não gostará de se alongar a respeito dos erros cometidos pelas pessoas que exercem uma arte, preferindo antes ocultá-los..."

**História de Medicina
Jean-Charles Sournia**

LAUDOS CITOISTOPATOLÓGICOS

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.473/97

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

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO a necessidade do estudo sistematizados das disciplinas contidas no currículo do curso médico e sua imprescindibilidade à compreensão das enfermidades;

CONSIDERANDO a formação profissional do médico no que concerne a realização de exames citohistopatológicos e anatomopatológicos;

CONSIDERANDO a necessidade de extenso e adequado treinamento no campo específico de diagnóstico das patologias humanas à luz da clínica e dos achados citohisto ou anatomopatológicos;

CONSIDERANDO que existe uma relação de causa e efeito entre o diagnóstico e, tratamento sob a responsabilidade do profissional médico;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica;

CONSIDERANDO, portanto, que a elaboração do laudo citohistoanatomopatológico é um ato médico que exige, para sua execução, o conhecimento pleno, integrado e reconhecido de anatomia, fisiologia, fisiopatologia, anatomia patológica dos órgãos, aparelhos e sistemas do corpo humano, semiologia e propedêutica clínica, epidemiologia, farmacologia, terapia clínica e cirúrgica, com a finalidade de prevenção das doenças e recuperação da saúde;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária do dia 19 de março de 1997,

RESOLVE:

1 – Determinar que os laudos citohistoanatomopatológicos decorrentes dos diagnósticos dos exames acima referidos são de competência e responsabilidade exclusiva do profissional médico.

2 – Caracterizar como infração ética a aceitação, pelo médico assistente, de laudo citohistoanatomopatológico emitido por profissional não-médico.

3 – Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Salvador-BA, 19 de março de 1997

Waldir Paiva Mesquita
Presidente

Antônio Henrique Pedrosa Neto
Secretário Geral

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 01/97

Arq. Cons. Region. Med. do PF.
14(55):161, 1997

GRAVIDEZ SIMULADA CAUSA CONDENAÇÃO

TJ reforma sentença, reconhecendo prejuízos psíquicos e econômicos causados a ex-marido por ex-mulher

Mauro Melo

A simulação do estado de gravidez para fins escusos, com repercussão negativa, perturbando as relações psíquicas do ex-marido, provoca dano moral que deve ser indenizado. Esse foi o entendimento da 6ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado, ao dar provimento parcial, em votação unânime, à apelação cível 272.221-1/2, da Capital. Participaram do julgamento, em 10/10/96, os desembargadores Testa Marchi (relator), Munhoz Soares (presidente, sem voto), Reis Kuntz e P. Costa Manso. Segundo o relatório do recurso, sentença de primeira instância julgou improcedente ação de reparação por danos morais movida pelo ex-marido contra ex-mulher, ambos médicos, porque o juiz entendeu não ter se caracterizado qualquer ilícito praticado por ela. O vencido apelou visando à reforma da sentença, com a procedência da ação, por ter sido demonstrado que simulação de gravidez da mulher, durante nove meses, causou-lhe danos morais, com repercussões econômicas. Alegou, também, danos decorrentes de denúncia caluniosa, efetuada pela médica, que provocou a instauração de inquérito e conseqüente ação penal, por lesões corporais inexistentes, da qual foi absolvido.

A parte do pedido referente ao processo penal foi rejeitada pelo TJ, que considerou não estar configurada imputação falsa da prática de lesões corporais. Houve "indícios suficientes da materialidade e da autoria, tanto que foi ofertada denúncia pelo Ministério Público, sendo instaurada a ação penal, que culminou com a absolvição do apelante, não pela inexistência do delito, mas sim por insuficiência de provas", explica o relator.

Ao reconhecer a existência de danos morais por causa da simulação de gravidez, o tribunal reformou a sentença de primeiro grau, condenando a ré a pagar ao autor quantia equivalente a cem salários mínimos, acrescidos de juros a partir da data da citação, além arcar com honorários de 15% e custas.

Os principais trechos do acórdão, referentes aos fatos que levaram à condenação da recorrida, são os seguintes:

"Os elementos probatórios coligidos, notadamente a prova testemunhal, confirmam que o autor e ré, ambos médicos, eram casados desde 1987 e trabalhavam no mesmo consultório; algum tempo após começaram as desavenças conjugais, tendo a ré se apresentado, não só perante o marido, mas também perante os clientes e a sociedade, publicamente, enfim, em estado de gravidez, que perdurou por longo período. Chegou a obter medida liminar, junto à 9ª Vara da Família, em medida cautelar de separação de corpos, com o afastamento do marido do lar conjugal, alegando estado final de gestação (fls. 32/35); posteriormente, verificou-se que tudo não passou de uma farsa.

A alegação da ré, de que se tratava de uma gravidez psicológica, não tem o condão de elidir a sua responsabilidade, uma vez que, na condição de médica, não podia deixar de constatar o seu estado de gravidez, se fosse real. Principalmente, quando a simulação perdurou por longo lapso de tempo, ao que parece por quase nove meses. Sabido que, na gravidez, o ovo, produto da fecundação, se transforma em embrião e, depois de três meses, o embrião recebe o nome de feto, tomando forma humana que se define cada vez mais, perfeitamente detectável, principalmente por quem é médica com especialidade em crianças, sendo, assim, inescusável a alegada ignorância do seu real estado. Aliás, a afirmação de erro, no caso, é forma inócua, pois tal alegação, ao contrário de escusar o ilícito, é fonte que justifica a reparação.

A atitude da ré, sem dúvida alguma, constitui uma agressão à dignidade pessoal do autor, ofensa que constitui dano moral, que exige compensação indenizatória pelo gravame sofrido. De fato, dano moral, como é sabido, é todo sofrimento humano resultante de lesão de direitos da personalidade, cujo conteúdo é a dor, o espanto, a emoção, a vergonha, em geral uma dolorosa sensação experimentada pela pessoa.

Não se pode negar que a atitude da ré, que difundiu, por motivos escusos, um estado de gravidez inexistente, provocou um agravo moral que requer reparação, com perturbação nas relações psíquicas, na tranqüilidade, nos sentimentos e nos afetos do autor, alcançando, desta forma, os direitos da personalidade agasalhados nos incs. V e X da CF."

Transcrito da Tribuna de Direito, Abril 97.

DIREITO DE INTERNAÇÃO

Médico. Hospital. Direito de promover a internação dos pacientes e assisti-los em qualquer unidade hospitalar. Constitucionalidade do art. 25 do Código de Ética Médica. Norma que guarda harmonia com os arts. 6º e 196 da CF/88. "Por força de previsão constitucional que outorga direito subjetivo a cada cidadão ao "acesso universal e igualitário" aos serviços para proteção e recuperação da saúde (CF/88, art. 196), é inquestionável o direito que ele tem em internar no estabelecimento hospitalar que se apresente mais adequado e eficaz, mesmo sendo privado, e de ser assistido por seu médico, ainda que este não faça parte do corpo clínico". Exatamente por isso o art. 25 do Código de Ética Médica, que estabelece ser direito dos médicos de internar e assistir seus pacientes em hospital privado, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, desde que respeitadas as normas técnicas da instituição, guarda inteira harmonia com a CF/88, porquanto nada mais faz do que particularizar, no âmbito das normas éticas que dimensionam o exercício da profissão médica, o que prescreve o Texto Fundamental, para o seu paciente, em simétrica correspondência."

(TJPR - Ap. Civ. E Reex. Nec. 38.619 - São José dos Pinhais - Rel.: Des. Ronald Accioly - J. em 05/03/97 - DJ de 31/03/97).

PARA ONDE CAMINHA A MEDICINA NO BRASIL

Antonio Celso Nunes Nassif*

A década de 60, foi marcada por uma posição política inconseqüente que atingiu, deliberadamente, o ensino médico, com suas repercussões desastrosas no exercício da profissão. Comenta-se que naquela época, quando a categoria resistia em trabalhar por preço vil, um ministro de Estado teria afirmado que "providenciaria a formação rápida e efetiva de tantos médicos no Brasil que, logo, estes viriam em massa e de joelhos procurar trabalho a qualquer preço". O tempo mostrou que isto não ficou na promessa, mas, pelo contrário, se consumou rapidamente.

Em 1960, eram 29 as escolas de medicina no País, passando a 73 em 1971. O ritmo de expansão foi particularmente acelerado a partir de 1965, havendo-se criado, desde então, 37 faculdades. Ao mesmo tempo, nas escolas mais antigas, o número de vagas aumentava. Assim, de 1965 a 1972, as ofertas de matrículas para o 1º ano em todas as escolas cresceu de cerca de 3.800 para quase 9.000. No governo Collor, o então ministro Carlos Chiarelli "conseguiu" aumentar em 10% o número de vagas nos cursos superiores. Isto significou, aproximadamente mais 800 médicos/ano, ou, se quiserem, o equivalente a criação de 10 cursos de medicina com 80 vagas. Ainda mais, "na última semana da gestão Itamar Franco seis universidades "novíssimas" foram criadas, dezenas de cursos foram autorizados e credenciados". É como afirmou o senador Darcy Ribeiro: "Este é o único país do mundo que permite ao sujeito criar uma escola - como uma padaria ou açougue - para ganhar dinheiro".

Por outro lado, é impossível, hoje em dia dissociar a formação do médico da remuneração digna que deve receber. Há que se acabar, também, com a falsa idéia de que a carreira de médico é puro sacerdócio. Seu trabalho é exercido sem horários regulares e sob tensões permanentes. Para ser eficiente e resolutivo, exige preparo técnico e científico constante e pressupõe uma situação financeira equilibrada. Isto custa tempo, dedicação e dinheiro.

Por isso, citando Trancredo Neves: "A dignidade dos honorários médicos não é apenas um ato de justiça, mas uma necessidade geral da sociedade, que necessita de profissionais estimulados e tranqüilos, pois cabe-lhes lidar com o valor absoluto de cada um e que é a vida, e não o podem fazer com as mãos trêmulas de ansiedade".

Lamentavelmente, ao que tudo indica, a Medicina e os médicos brasileiros caminham "ladeira abaixo". O MEC lamenta a existência de "escolas que atuam inescrupulosamente", mas não adota medidas saneadoras para eliminá-las; médicos por elas formados, muitos saem completamente despreparados; consultas são pagas como "gorjetas" a dois reais; hospitais públicos sucateados, quase falidos, imploram por doações; população carente desassistida, desiludida, jogada à própria sorte.

Espera-se que este problema tão grave quanto emergencial encontre logo o caminho da solução para o que "profetizou" Joelson Beting deixar de acontecer, e "a categoria médica não venha em pouco tempo ser uma raça em extinção".

* Presidente da Associação Médica do Brasileira.

OS DIREITOS MÉDICOS IGUAIS NO HOSPITAL PLANTONISTAS PODEM INTERNAR E ATENDER PACIENTES?

EMENTA

A organização dos serviços médico-hospitalares deve seguir princípios éticos democráticos e de equidade de direitos entre os membros componentes do Corpo Clínico.

Acolhendo a parte expositiva exarada pelo Conselheiro Edson de Oliveira Andrade, passamos ao relatório de vistas:

"Da consulta:

Em extensa correspondência enviada ao Conselho Federal de Medicina, os consulentes apresentam sua insatisfação frente ao parecer da lavra do ilustre Conselheiro Murillo Ronald Capella, aprovado na Plenária de 06/04/9, do Conselho Regional de Santa Catarina, no qual o ilustre Conselheiro não acatava o pleito dos médicos signatários.

Para a compreensão adequada da situação, mister se faz realizar um pequeno histórico sobre a questão.

Em abril de 1994, foi publicado o edital para concurso público para preenchimento de vagas de médicos cirurgiões do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR). Os signatários foram aprovados, tendo tomado posse entre dezembro de 1994 e janeiro de 1995; sendo lotados na emergência daquele hospital.

Por ordem da direção médica, foram orientados que todos os casos cirúrgicos deveriam ser atendidos e em seguida acionado o cirurgião de sobreaviso, o qual realizaria o procedimento cirúrgico indicado. Adicionalmente foram também impedidos de internar pacientes eletivos fora do atendimento de emergência.

Inconformados com a situação, que nos seus entendimentos cerceava o direito de exercer com plenitude a profissão médica, os signatários encaminharam consulta ao Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina questionando a eticidade da conduta adotada pela direção médica daquele hospital.

Em seu parecer, o Conselheiro Murillo Capella, tece comentários sobre as resoluções CFM 1.342/91 e 1.445/94, que tratam respectivamente da competência dos diretores técnicos e clínicos e das diretrizes gerais a serem adotadas pelas instituições prestadoras de serviços médicos quando da elaboração de seus regimentos internos do corpo clínico.

Segundo aquele parecerista não existe nenhum conflito entre a resolução CFM 1.445/94 e a decisão adotada pela direção do Hospital Gov. Celso Ramos, ressaltando inclusive a referência que esta resolução faz sobre a necessidade do membro do corpo clínico de obedecer ao regimento interno.

Já a resolução CFM 1.342/91, o parecerista conclui pela inexistência de relação entre o pleito apresentado e teor da norma.

Ainda em sua parte expositiva, o Conselheiro Murillo Capella relata os contatos ocorridos com o diretor do HGCR, Dr. Carlos Alberto Grijó Lacombe, que confirmou a necessidade manifesta pela administração anterior, de cirurgiões para o atendimento de emergência daquele nosocômio. Manifestou ainda a satisfação da direção hospitalar pelo trabalho desempenhado pela equipe plantonista, assim como confirmou a existência de médicos cirurgiões de sobreaviso.

Foram colhidos também o depoimento do chefe do serviço de cirurgia do HGCR, Dr. Raul Chatagnier Filho, que alegou não haver solicitado da direção maior do hospital, em momento algum, a abertura de concurso público para cirurgiões.

A partir de então o Conselheiro Murillo Capella adentra no mérito do tema manifestando-se pela necessidade do cumprimento do regimento interno do corpo clínico, posto que em seu entendimento, os médicos efetivos se encontravam obrigados a restringirem suas atividades às áreas e especialidades para as quais foram admitidos, conforme preconiza o ítem XI do artigo 14 do regimento interno do HGCR.

Prossequindo emite opinião, lembrando um possível senso comum, que aos plantonistas da emergência deve caber apenas o primeiro atendimento com vistas aos procedimentos terapêuticos e diagnósticos, objetivando estabilizar o paciente enquanto este espera ser atendido por profissionais e serviços mais especializados.

Faz ainda o parecerista considerações sobre a necessidade de médicos em tempo integral no ambiente de emergência, sem soluções de continuidade. Chama atenção para o fato dos cirurgiões, caso sejam autorizados a realizarem cirurgias de emergência, levarem o serviço de emergência a ficar desfalcado em sua equipe, ou pelo menos a demonstrar ser desnecessária a escala de sobreaviso.

Dentro desta linha de raciocínio, considera que pela inexperiência e incapacidade técnica dos médicos concursados, a figura do cirurgião de sobreaviso sempre será necessária.

Por fim, tece comentários sobre o programa de residência médica do HGCR, e encerra sua parte expositiva afirmando que admitir médicos por concurso público para o exercício indiscriminado da especialidade em todas as áreas do hospital, parece ser uma arma poderosa nas mãos de diretores, que nem sempre médicos, poderão, dentre outros, por motivos políticos, inflacionar o corpo clínico, inviabilizando uma boa assistência e um ensino de primeira linha.

Como conclusão, opina que o Dr. Oswaldo Cordeiro deveria exercer suas atividades no HGCR, no serviço onde foi lotado, obedecendo as normas do serviço de cirurgia e do corpo clínico.

Durante o período em que esta consulta ao CFM esteve sendo analisada, com retardo em parte decorrente pela ausência de documentos importantes para seu estudo, o Conselho Regional de Santa Catarina foi novamente instado a se manifestar sobre o assunto, agora por solicitação do Dr. Carlos Alberto Grijó Lacombe, diretor do HGCR. Novamente foi designado como relator o Conselheiro Dr. Murillo Capella, que nada mais faz senão reafirmar o seu parecer anterior, o que recebe a aprovação do Plenário daquele Conselho em reunião do 02/05/96."

A questão central revela a tão decantada e usual organização de serviços, via regimento interno, relacionada com a tendência ao privilegiamento dos médicos mais antigos ou mais influentes na comunidade hospitalar, em detrimento da equidade dos direitos dentro da carreira profissional hospitalar, até mesmo porque não existem critérios para a mesma.

Procurar abrigo para estas decisões administrativas dentro do Código de Ética ou através de regimentos internos é a tentativa de legalizar o indefensável: a diferença entre médicos que têm direitos e médicos que só têm deveres.

Para o caso em tela, dois aspectos devem ser considerados:

a) O primeiro é o Pronto-Socorro, que deve ter uma equipe fixa de médicos socorristas, já devidamente organizada, conforme resolução deste CFM. Aos médicos dessa equipe deve-se requisitar qualificação para solucionar e manter a vida no atendimento das emergências que chegam ao setor. Parece óbvio que os médicos não podem ausentar-se do PS, pois outros pacientes podem chegar a seguir. No entanto, de acordo com a demanda, há que se organizar o serviço com quantos médicos forem necessários, incluindo cirurgiões para o que venha a ser de sua alçada, com o fito de não faltar cirurgião tanto no PS quanto no Centro Cirúrgico. Ao paciente, quando necessita do procedimento cirúrgico de emergência, não interessa qual médico o assistirá, porém este precisa ser qualificado e estar ao seu alcance imediato. Por isso, a boa e única norma é a de que o médico esteja de corpo presente ao Pronto-Socorro, e somente em casos especiais de adequação geográfica e de deslocamento poder-se-ia aceitar o chamado plantão à distância ou de sobreaviso. Para qualquer outro caso esta prática é abominável. Cabe à direção clínica definir qual médico cirurgião seria do PS e qual do Centro Cirúrgico, e isto tem que estar disposto desde o concurso e a contratação.

b) A Segunda questão é econômica: para quem internar? Numa prática hospitalocêntrica, quando na emergência o doente não tem médico assistente, a quem ele pertence? Ao socorrista ou a uma escala de especialidades? Estas questões florescem mais onde existe atendimento misto de pacientes previdenciários, conveniados e particulares.

Em condições de busca da excelência, e assim é que em saúde se deve agir, o paciente, como alvo do atendimento, há que se assistido com zelo e brevidade, conforme citado anteriormente. Daí a necessidade do Diretor Clínico dividir o hospital em serviços, e os serviços terem a sua competência relacionada com a qualificação do pessoal médico. A querela então, fulcra-se nesta questão: o Hospital Celso Ramos é um hospital público e estadual, porém possui leitos para pacientes particulares e conveniados. Organiza-se uma escala de médicos na emergência e médicos de sobreaviso. Os mais novos atendem na emergência e são proibidos de internar, seja pela emergência, seja paciente eletivo. Há também que se considerar:

- O regimento interno não prevê quais médicos serão lotados em ambas as escalas citadas, e nem prevê as proibições relatadas;

- O Edital de Concurso Público convocou o grupo de médicos como Cirurgião Geral, e não como "Cirurgião Geral para o Serviço de Emergência";

- O Corpo Clínico é composto por várias categorias de médicos, tais como efetivos, credenciados, temporários, beneméritos, consultores, convidados. O regimento interno não prevê diferenças de direitos entre médicos efetivos e cita que estes poderão trabalhar em regime de plantão. As vagas da escala de sobreaviso não são definidas por categoria de médicos ou distribuição.

CONCLUSÕES

Antecede qualquer discussão o direito primordial do paciente escolher o seu médico assistente.

Salta-nos aos olhos observar que os médicos reclamantes, apesar de concursados, não foram acolhidos pela Diretoria Clínica em igualdade de direitos em relação aos que estão no sobreaviso. Se isto segue uma tradição em gozo de direito concedido por assembleia geral do hospital, mais parece que o hospital tem caráter privado do que público, já que não trata os membros do Corpo Clínico com os mesmos direitos.

Os reclamantes têm razão de exigir os mesmos direitos, pois têm a sua atividade tolhida em relação aos pacientes eletivos e também por não participarem do sobreaviso, se é que esta escala se adequa àquele hospital. No entanto, todas as distorções têm caráter administrativo e merecem questionamento em assembleia geral do Corpo Clínico. Como o direito ao voto está estendido aos médicos não-efetivos, pode ser que não encontrem apoio à sua reclamação, sendo então a via administrativa junto à Secretaria de Saúde, e em última instância a via judicial, o foro a decidir pelos direitos. Ao Diretor Clínico cabe enxergar a distorção e corrigi-la, mantendo os serviços bem funcionantes, seja com o médico do PS não podendo ir ao Centro Cirúrgico para não desfaltar a emergência, seja provendo o serviço com o número de médicos suficientes à demanda. Se o concurso teve edital mal formulado ante os interesses da Diretoria Clínica, esta não é a hora de discutir este aspecto. O hospital, ao atender pacientes conveniados e particulares, não moralmente reservá-los a um grupo específico de médicos, devem alcançar todo o Corpo Clínico. A alegação da experiência dos mais antigos é economicamente discriminatória e ilegal, pois todos estão os médicos habilitados e cumpriram os pré-requisitos ao concurso público.

Os pareceres do ilustre Conselheiro Regional Murillo Ronald Capella estão equivocados e não contemplam a possibilidade de, eventualmente, por culpa deste desarranjo de direitos, ocorrer prejuízo a algum paciente, e o Diretor Clínico vir a ser enquadrado como infrator ao art. 17 do CEM.

Este é o parecer, S.M.J.

Brasília, 12 de dezembro de 1996

Lúcio Mário da Cruz Bulhões
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 05/02/97

Arq. Cons. Region. Med. do PR.
14(55), 1997

COMPORTAMENTO DO MÉDICO EM RELAÇÃO AO TABAGISMO

Antonio Pedro Mirra*

O êxito de um programa nacional de combate ao tabagismo se deve muito a uma classe médica constituída por não-fumantes.

O médico que fuma destrói toda a credibilidade da mensagem de que fumar é lesivo à saúde e apressa a morte, desacreditando a luta antitabágica. A Organização Mundial de Saúde (OMS), entre suas várias recomendações, advoga que os médicos devem dar o exemplo, abstendo-se de fumar.

Assim, apresentamos o perfil do comportamento de médico em relação ao tabagismo:

1) Não deve fumar na presença dos seus pacientes, nos consultórios, quartos e enfermarias e áreas comuns dos hospitais e de instituições médico-sanitárias.

2) Não deve fumar em reuniões, congressos e outros eventos de caráter técnico-científico.

3) Deve informar a seus pacientes dos riscos decorrentes do tabagismo para sua saúde, de seus familiares e seus conviventes (em razão da poluição tabágica domiciliar).

4) Deve informar às gestantes que fumam os sérios riscos que o uso do cigarro durante a gravidez pode acarretar à saúde do feto, aconselhando-as sempre a pararem de fumar.

5) Deve informar aos pais e mães de pacientes pediátricos as consequências que o uso do fumo no ambiente doméstico acarreta à saúde de seus filhos.

6) Deve informar aos operários sobre sinergismo da poluição do tabaco com os demais poluentes do ambiente de trabalho, estabelecendo proibição de fumar nesses locais (minas de carvão, minas e usinas de urânio, locais que trabalham com asbesto ou que estão presentes poeiras de sílica, algodão e outras poeiras minerais e orgânicas).

7) Deve informar aos fumantes e não-fumantes dos riscos criados para os fumantes passivos pela poluição tabágica.

8) Deve apoiar os programas educativos contra o fumo, desenvolvidos nas escolas, sindicatos e associações profissionais e comunitárias, bem como as iniciativas de legislações restritivas ao uso do tabaco.

9) Deve dar atenção às interações farmacológicas do fumo com drogas – anovulatórios orais, fenacetina, antipirina, cafeína, teofilina, neurolépticos, tranqüilizantes (benzodiazepínicos, clorpromazina), vitamina C, insulina, cimetidina e ranitidina – contra-indicar a sua associação e, quando for o caso, ajustar suas doses e esquemas.

10) Deve ser proibido fumar nos hospitais ou unidades sanitárias, extensivo a todos os pacientes (fator de risco para infecções hospitalares – aparelho cardiopulmonar e feridas operatórias – à segurança e ao patrimônio – incêndio).

11) Devem ser proibidas a publicidade e venda de produtos de tabaco nas dependências físicas dos serviços de saúde.

Transcrito de JAMB, março de 1997

* Comissão de Combate ao Tabagismo da AMB

BRASIL NÃO PRECISA DE NOVAS ESCOLAS MÉDICAS

A abertura de novas faculdades de medicina particulares – desta vez em Ribeirão Preto (SP), Canoas (RS), Marília (SP), Cascavel (PR) e, há poucos dias, Cuiabá (MT) e Santos (SP) – além de outras quatro que, mesmo não autorizadas, já estão publicando editais para o vestibular – caracteriza, no mínimo, um descompasso entre os dados da realidade e a atual política de formação universitária no Brasil.

Atualmente, 8.130 novas vagas são oferecidas a cada ano, das quais 1.860 só no estado de São Paulo – onde já existe um médico para cerca de 500 habitantes. No Brasil, a relação é de cerca de um profissional para cada 700 habitantes.

Uma comissão criada por portaria ministerial encaminhou, recentemente, estudo aos Ministérios da Saúde e da Educação evidenciando a não necessidade social de 13 novos pedidos de abertura de cursos de medicina, que se encontram no MEC, entre os quais se incluem os acima mencionados.

A precária formação desses profissionais, em decorrência dos insuficientes recursos materiais e corpo docente, embora pagando mensalidades elevadíssimas, é um dos problemas a ser solucionados. Apesar do desempenho, abaixo do aceitável, dos alunos das instituições privadas – verificado no polêmico “provão” patrocinado pelo governo federal – este mesmo governo tem autorizado as universidades privadas a criar cursos de seu interesse. Como se isso não bastasse, propõe, ainda, programas de auxílio para melhorar a qualidade das faculdades particulares, enquanto as públicas sofreram um verdadeiro desmonte com o Programa de Demissão Voluntária e os aviltantes salários pagos aos seus professores.

No caso dos médicos, além da questão qualitativa, que tem repercussões incomensuráveis na vida das pessoas, temos a quantitativa, pois o número excessivo de profissionais, ao contrário de baratear a assistência, tem criado demandas desnecessárias em procedimentos e instalações para acomodá-los no mercado de trabalho, o que resulta em elevação dos custos na área de saúde.

EXCESSO NOS EUA

O problema de excesso de profissionais médicos e sua concentração nos grandes centros não atinge apenas o Brasil. Transcrevemos, a seguir, notícia veiculada no jornal “O Estado de S. Paulo” (19.2.97), citar o diário “The New York Times”, informando que o governo norte-americano adotou medidas para conter o crescimento do número de médicos nas grandes metrópoles daquele país, onde a “inflação de doutores” contribui para aumentar os preços dos serviços de saúde.

O governo pagará, nos próximos seis anos, US\$400 milhões aos hospitais-escola do Estado de Nova York, que se comprometeram a reduzir, entre 20 e 25%, o número de vagas para residentes médicos. Cerca de 15% dos 16 mil novos médicos que se formam anualmente nos EUA fazem residência nos 41 hospitais-escola de medicina e cerca de 650 mil médicos na ativa.

Os hospitais-escola recebem, em média, US\$100 mil por ano, por residente, financiados, em boa parte, pelo Medicare, o maior dos dois seguros federais de saúde criados na década de sessenta. A idéia é usar parte desse dinheiro como incentivo para forçar uma redução de residentes, nos próximos seis anos, por meio de um sistema de redução gradual do apoio federal durante esse período. Um dos objetivos específicos do governo norte-americano é aumentar o número de clínicos gerais e reduzir os especialistas.

Estudos realizados nos últimos anos concluíram que um dos efeitos da superprodução de médicos nos EUA e sua concentração nas grandes metrópoles é a explosão na demanda de exames de laboratório e intervenções desnecessárias, que aumentam os custos da saúde. Uma outra razão da multiplicação dos exames é a grande preocupação dos médicos de se documentarem contra ações legais dos pacientes.

Transcrito do Jornal do CFM
05/97

MANIFESTO DA ABEM

A Diretoria da ABEM reunida em conjunto com suas regionais Norte, Nordeste, Sul, Centro-Oeste e os núcleos de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo, em Brasília, no dia 06 de abril de 1997, analisando o andamento de propostas para a criação de novos cursos de Medicina e a abertura de concurso vestibular em escolas não credenciadas para o funcionamento, e, considerando:

- A posição tomada em conjunto com o Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos e Comissão Nacional dos Médicos Residentes, em reunião plenária de 19 de março de 1997;

- O relatório da Comissão, criada através da Resolução nº 204/96, para proceder a análise da necessidade social para a abertura de 596 novos cursos na área de saúde e, dentre eles, trezes cursos de Medicina;

- Que o Brasil possui uma adequada relação médica/habitante (1/710) e a taxa de crescimento médico corresponde aproximadamente a duas vezes a taxa de crescimento da população brasileira;

- Que a mera expansão de escolas e matrículas não resolve o problema de distribuição de médicos (mais de 70% dos médicos concentram-se nas regiões Sul e Sudeste), nem o atendimento em saúde às diversas camadas da população brasileira; e,

- Que a ABEM integra e preside a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), que no momento está concluindo relatório que mostrará a realidade do ensino médico com vistas a promover o debate sobre um novo modelo de formação médica que contemple a realidade sanitária brasileira, MANIFESTA sua preocupação com a proliferação de cursos de Medicina em qualquer das regiões do País, e declara ser inconveniente, carecendo de responsabilidade, a abertura de vagas em escolas não devidamente credenciadas e autorizadas para funcionamento. Por fim, reitera que o MEC cumpra o determinado pelo parágrafo 2º, do artigo 7º, do Decreto 1.303/94, reforçado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 203/96.

Boletim ABEM XXV: nº 1, 1997

QUEM DEVE MANDAR NA UNIVERSIDADE ?

Claudio de Moura Castro*

Se a democracia é para valer no Brasil, pois que esteja em todas as instituições, incluindo as universidades. Assim pensam muitos. Mas é sempre bom lembrar que não inventamos a democracia nem as universidades. Quem sabe não haveria algumas lições a ser aprendidas dos que praticam ambas as artes há mais tempo ?

Pois então vejamos o que diz o historiador Henry Rosovsky, por muitos anos decano da Universidade Harvard. Em seu livro *The University: an Owner's Manual* (A Universidade: um Manual do Proprietário), propõe sete princípios de governabilidade para as universidades. Mesmo em Harvard, suas idéias provocaram indignação e acessos de fúria. Aí estão:

1. Nem tudo melhora quando se torna mais democrático. Na vida política, quanto mais democracia, melhor. Mas famílias, exércitos, hospitais, empresas e universidades não operam sob regras democráticas. Os estudantes não sabem, e seus professores, sim. Os estudantes são avaliados pelos professores, e não vice-versa.

2. Há deferências essenciais entre os direitos de cidadania em uma nação e os direitos dos que entram em uma organização voluntária. A cidadania não é um ato voluntário: como chegamos ao mundo sem ser consultados, direitos iguais para todos são essenciais. Mas os alunos estão na universidade por que querem. Ao entrar, implicitamente aceitaram as regras. O mesmo se dá com os professores. Saber física ou biologia não lhes dá o direito de tomar o lugar dos administradores da universidade.

3. Os direitos e responsabilidades deve refretir o horizonte de tempo com compromisso de cada um. O aluno passa quatro anos na universidade e vai embora. Seu compromisso é mínimo, sua inexperiência é máxima. A regra "uma pessoa, um voto" daria influência máxima aos que teriam o horizonte de tempo mais curto. Se os alunos resolvessem vender o patrimônio da universidade, não arcairiam com as conseqüências. Devem ter maior responsabilidade, portanto, os administradores e os professores vitalícios, que terão no futuro de conviver com as conseqüências de seus atos.

4. Os que têm mais conhecimento têm direito a ter mais voz ativa. Os alunos, se soubessem as disciplinas cursadas, não teriam por que ser alunos. Logo, não podem ter a responsabilidade pelos currículos ou pelo ensino, embora possam legitimamente comentar a qualidade das aulas. Dos assuntos acadêmicos, quem entende são os professores. Mas alguém tem de estar acima de todo esse processo e tomar as decisões necessárias: aí está o papel do reitor.

* Ensaista

5. A qualidade das decisões melhora quando se evitam deliberadamente os conflitos de interesses. Os professores não determinam seus próprios salários. Os estudantes não dão notas a si mesmo, não determinam as exigências acadêmicas e não estabelecem o valor da mensalidades. E assim por diante.

6. O objetivo da administração deve ser aumentar a capacidade da instituição para o ensino e a pesquisa. Essas são as suas missões. Os professores não devem perder tempo com o excesso de responsabilidades administrativas. O autogoverno, com seu excesso de comitês, reuniões e outros processos, drena o tempo dos professores e alunos, tornando-se prejudicial. Corrói e mais precioso de todos os fatores da produção intelectual: a disponibilidade de tempo sem interrupções.

7. Para funcionar bem, um sistema hierárquico de governo requer mecanismos explícitos de consulta e de prestação de contas. A consulta é essencial. E quem manda, e isso também é válido para os professores, devem sempre ser capazes de oferecer explicações completas e honestas para todas as ações administrativas. Comunicações efetivas também são uma forma de prestar contas.

Aí está o que aprendeu Rosovsky como decano de Harvard. Antipático ? Arrogante ? Autoritário ? Talvez. Mas será que podemos ignorar seus conselhos ?

Transcrito da veja em 18/09/97

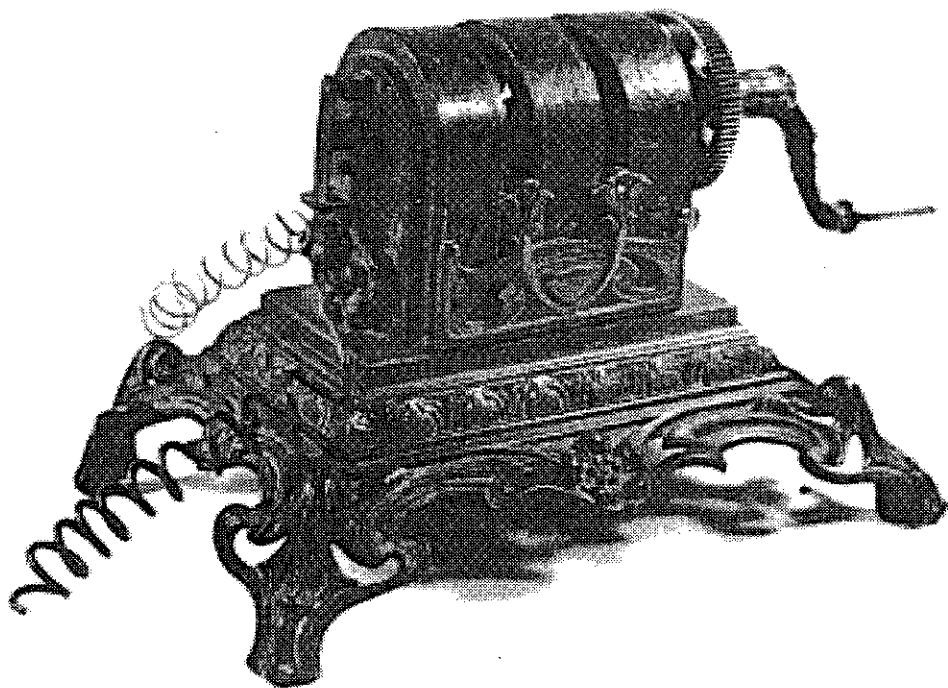
MUSEU DE MEDICINA

Associação Médica do Paraná

Ehrenfried Wittig - Diretor de Museu

Colabore com 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 consultório, vestuários, etc.
Ligue para a secretaria da AMP: 342-1415



APARELHO DE FISIOTERAPIA: O estímulo elétrico sempre foi usado na medicina para recuperação de distúrbios neurais e musculares. O aparelho ilustrado era destinado a esta prática e por ser de construção simples com bobinas era utilizado em consultório. Produzia-se energia elétrica por movimentação da manivela em seu lado direito. Os eletrodos a sua esquerda eram aplicados no local de interesse. Observe-se a beleza e requinte da construção em *art nouveau* e a conservação, podendo ser ainda utilizado.

Doador: Ehrenfried Wittig
Pertenceu: Paulo Wittig
Idade: 70 anos

Arq. Cons. Region. Med. do PR.
14(55):174, 1997

COMISSÃO 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 Eschlietz Diniz
Cons. Antonio Carlos Bagatin
Cons. Moacir Pires Ramos
Cons. Donizete Dimer Gamberardino Filho

2 - COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

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

3 - COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

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

4 - COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS - CODAME

Presidente: Cons. Agostinho Bertoldi
Cons. Donizete Dimer Gamberardino Filho
Cons. Ivani Pozzi (Londrina)
Cons. Mário Luiz Luvizotto
Cons.ª Mara Albonet Dudeque Pianovski

5 - COMISSÃO DE TOMADAS DE CONTAS

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

6 - COMISSÃO DE REMUNERAÇÃO MÉDICA

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

7 - COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS SECCIONAIS E REGIONAIS

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

8 - COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO

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

9 - CORREGEDORIA DO CRM/PR

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

10 - COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO, RECURSOS HUMANOS E PATRIMÔNIO

Presidente: Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Daebes Galati Vieira
Cons.ª Mara Albonet Dudeque Pianovski

11 - COMISSÃO DE LICITAÇÃO E LEILÃO

Presidente: Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons.ª Ivaniara Maria Martins
Cons.ª Mônica De Base Wright Kastrup

12 - COMISSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS

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

13 - COMISSÃO DE SEDE

Cons. Luiz Salim Emed
Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Wadir Rüpolo

DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA

Dr. José Luiz de Oliveira Camargo (Presidente)
Dr. Ivan Pozzi
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 Tadaji Iria
Dr. Sinésio Moreira Junior
Dr.ª Sueli Aparecida Kublack Gorla

DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

Dr. Nelson Couto Rezende
Dr. Kemel Jorge Chammas (Presidente)
Dr. Dacymar Caputo de Carvalho (Vice-Presidente)
Dr. Mirao Okawa
Dr. Giancarlo Sanchez (Secretário)
Dr. Paulo Alonso de Almeida Machado
Dr. Natal Domingos Gianotto
Dr. Mário Massaru Myazato
Dr. Cláudio Cordeiro Albino
Dr. Oswaldo Rodrigues Truite (Tesoureiro)
Dr.ª Maria Tereza de Mello Cerqueira Coimbra
Dr. Munilo Narciso

DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

Dr. Achilles Buss Junior (Presidente)
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Secretário)
Dr. Isac Silva Melnick (Colaborador)
Dr. Enio Garletti (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

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

DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

Dr. Sylvio José Borela (Presidente)
Dr. Ildelfonso Amodeo 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. Kethne de Jesus Fontes (Secretário)
Dr. Tomaz Massayuki Tanaka (Colaborador)
Dr. Namin Cavalli (Suplente)
Dr. Faustino Garcia Alvarez (Suplente)
Dr. Luiz Roberto Gonçalves Mello (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

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

DELEGACIA SECCIONAL DE FOZ DO IGUAÇU

Dr. Nilson Jorge de Mattos Pellegrini (Presidente)
Dr. Luiz Henrique Zaions (Secretário)
Dr. Isidoro Antonio Villamayor Alvarez (Colaborador)
Dr. Renato Shiguemi Futagami (Suplente)
Dr.ª Luiza Helena Thomaz de Aquino Schaidt (Suplente)
Dr. Vatter da Cruz Teixeira (Suplente)
Dr. Rowilson Ravagnani (Suplente)