

# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

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

ISSN 0104 - 7620

IMPRESSO

v. 16 - n. 62 - abril / junho - 99

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ**  
**GESTÃO 1998/2003**  
**DIRETORIA**

Presidente:	Cons. Luiz Sallim Emed
Vice-Presidente:	Cons. Zacarias Alves de Souza Filho
1º Secretário:	Cons. Daebes Galati Vieira
2º Secretário:	Cons. Roberto Bastos da Serra Freire
Tesoureiro:	Cons. Gerson Zafalon Martins
Tesoureiro-Adjunto:	Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Corregedor:	Cons. Hélcio Bertolozzi Soares

**MEMBROS EFETIVOS**

Carlos Ehke Braga Filho  
Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Daebes Galati Vieira  
Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
Gerson Zafalon Martins  
Hélcio Bertolozzi Soares  
José Luís de Oliveira Camargo  
Kemel Jorge Chammas  
Luiz Sallim Emed  
Marcos Flávio Gomes Montenegro  
Mariângela Batista Galvão Simão  
Marília Cristina Milano Campos  
Mauri José Piazza  
Monica de Biase Wright Kastrup  
Raquele Rotta Burkiewicz  
Roberto Bastos da Serra Freire  
Rubens Kliemann  
Sérgio Maciel Molteni  
Wadir Rúpollo  
Zacarias Alves de Souza Filho

**MEMBROS SUPLENTE**

Alexander Ramajo Corvello  
Antonio Carlos de Andrade Soares  
Célia Inês Burgardt  
Cícero Lotário Tironi  
Iwan Augusto Collaço (\*)  
Jorge Rufino Ribas Timi  
José Eduardo de Siqueira  
Lucia Helena Coutinho dos Santos  
Luiz Antonio e Mello Costa  
Luiz Jacintho Siqueira  
Manoel de Oliveira Saraiva Neto  
Marco Antonio do S. M. Ribeiro Bessa  
Mario Stival  
Minao Okawa  
Niazy Ramos Filho  
Nilson Jorge de Mattos Pellegrini  
Orlando Belin Júnior  
Renato S. Rocco  
Sérgio Luiz Lopes (\*)  
Sylvio José Borela

**Consultor Jurídico: Adv. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque**  
**Assessor Jurídico: Adv. Afonso Proença Branco Filho**

(\*) Licenciado  
(\*\*) Falecido  
(\*\*\*) Destituído

**SECRETARIA**

---

R. Mal. Deodoro, 497 - 3º Andar - Cx. Postal 2208 - Curitiba - Paraná - CEP 80020-320  
Telefone: (041) 322-8238 - Fax: (041) 322-8465

---

ISSN 0104 - 7620

# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

Arq. Cons. Region. Med. do PR.	Curitiba	v. 16	n. 62	p. 65-120	Abr./Jun.	1999
--------------------------------	----------	-------	-------	-----------	-----------	------

## **EDITOR**

Ehrenfried O. Wittig

## **CONSELHO EDITORIAL**

Carlos Ehke Braga Filho  
Luiz Carlos Sobania

Duilton de Paola  
Luiz Sallin Emed

Zacarias Souza Filho  
Iseu Affonso da Costa

## **ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ**

Órgão oficial do CRM/PR, é uma revista criada em 1984, dedicada a divulgação de trabalhos, artigos, legislações, pareceres, resoluções e informações de conteúdo ético.

## **ENDEREÇOS**

Secretaria Rua Marechal Deodoro, 497. 3º andar  
80020-320 Curitiba - Paraná - Brasil  
E-mail [crmpr@mais.sul.com.br](mailto:crmpr@mais.sul.com.br)  
Home-Page <http://mais.sul.com.br/crmpr/main.htm>  
Postal Caixa Postal 2208  
Telefone (041) 322-8238  
Fax (041) 322-8465

## **TIRAGEM**

13.500 exemplares

## **CAPA**

Criação: José Oliva, Eduardo Martins e Cesar Marchesini Fotografia: Bia

## **COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO**

Comunicare - Criação Gráfica  
Rua Francisco Scremin, 139. Fone (041) 352-2872  
CEP 80450-320 - Curitiba - Paraná

## **EDIÇÃO**

Revista publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro. Índice geral editado no mês de dezembro. Um único suplemento (I) foi editado em dezembro de 1997 e contém um índice remissivo por assuntos e autores de todos os 56 números anteriores, e está disponível na Home-Page <http://mais.sul.com.br/crmpr/main.htm>

## **REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO**

O material publicado nos "Arquivos" só poderá ser reproduzido ou transcrito, em parte ou no todo, com sua permissão escrita e citação da fonte original.

## **RESPONSABILIDADE**

Os conceitos expressos nos artigos publicados e assinados, são de responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente o pensamento do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Os "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", são encaminhados gratuitamente à todos os Médicos registrados no Conselho Regional de Medicina do Paraná, às bibliotecas dos Cursos de Medicina e dos Cursos de Direito do Brasil, ao Conselho Federal de Medicina, aos Conselhos Regionais de Medicina, aos Conselhos Regionais da Área de Saúde do Paraná e outros solicitantes.

## **NORMAS PARA OS AUTORES**

A revista reserva-se o direito de aceitar ou recusar a publicação e de analisar e sugerir modificações no artigo

**TEXTO** - os originais devem ser encaminhados ao editor, digitados em software Microsoft Word for Window, versão 6.0/Win 95 em uma via, com página contendo 30 linhas em duplo espaço, em papel tipo A4 (212 x 297 mm) com margens de 30 mm e numeração das páginas no canto inferior direito da página direita e a esquerda na página esquerda. Os pareceres, leis, resoluções, monografias, transcrições, terão as palavras-chaves e key words inseridas no final do texto, que evidentemente não seguirão as normas para artigos técnicos ou científicos habituais. Esses devem conter inicialmente uma apresentação seguindo-se um resumo e abstract, palavras-chave e key words, texto, tabelas, ilustrações e referências bibliográficas, adotando as seguintes normas:

**Título** - sintético e preciso, em português.

**Autor** - nome(s) e sobrenome(s)

**Procedência** - O nome da instituição de origem deve ser registrada no rodapé da primeira página, seguindo-se do título ou grau de cada autor e endereço para correspondência sobre o artigo.

**Resumo e Abstract** - Com no máximo de 100 palavras, permitindo o entendimento do conteúdo do artigo. O Abstract deve conter antes o título em inglês.

**Palavras-chave (unitermos) e key words** - devem ser colocadas após o resumo e o abstract em número máximo de 6.

**Tabelas** - podem ser intercaladas no texto com até 10 unidades, se de pequenas dimensões. Em cada uma deve constar um número de ordem, título e legenda, e deverão ser elaboradas em software Microsoft Excel 5.0

**Ilustrações (Fotos e Gráficos)** - serão em preto e branco, em número máximo de até 6 e devem conter legendas em páginas separadas. Fotografias identificáveis de pessoas ou reproduções já publicadas, devem ser encaminhadas com a autorização para publicação. Ilustrações coloridas serão custeadas pelos autores.

**Referências** - devem ser limitadas ao essencial para o texto. Colocar em ordem numérica seqüencial e por ordem de citação, utilizando o mesmo número no texto. Em cada referência deve constar:

**Artigos** - autor(es) pelo último sobrenome, título do trabalho. Periódico abreviado pelo Index Medicus, volume (número), página inicial e final em algarismos arábicos e ano.

**Livros** - autores, título, edição, tradutor, cidade e editora, ano, volume, página inicial e final referidas.

**Capítulo do livro** - autores e título do capítulo, editores do livro, cidade, edição, tradutor, ano, volume, página inicial e final citadas.

**Resumo** - autores, título (seguido de abstract) Publicação, cidade, editora, ano, página inicial e final.

Exemplo: Werneck LC & Di Mauro S. Deficiência Muscular de Carnitina: relato de 8 casos em estudo clínico, eletromiográfico, histoquímico e bioquímico muscular. Arq. Neuropsiquiatr. 43:281-295, 1985.

## **ÍNDICE REMISSIVO**

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e disponível na Home-Page <http://mais.sul.com.br/crmpr/main.htm>

## **FICHA CATALOGRÁFICA**

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"  
Conselho Regional de Medicina do Paraná  
Curitiba - 1984  
Trimestral  
1. Ética 2. Bioética 3. Moral 4. Dever Médico 5. Direito Médico  
I. Conselho Regional de Medicina do Paraná  
Arq. Cons. Region. Med. do PR.  
ISSN 0104-7620

ABNT

# Sumário

<b>Decisão do Tribunal de Alçada do Paraná Define Obrigações do Anestesiista</b> Antônio Celso Albuquerque .....	65
<b>Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar. Urgência/ Emergência</b> Resolução CFM Nº 1.529/98 .....	67
<b>Vantagens Pessoais Oferecidas Pela Indústria Farmacêutica Pela Prescrição de Medicamentos</b> Parecer CFM .....	86
<b>Livre Exercício Profissional. Especialidade Médica. Registro de Especialista. Nutrição Enteral - Parenteral</b> Portaria Nº 601/97, da Secretaria de Vigilância Sanitária .....	89
<b>Projeto de Lei Que Dispõe Sobre a Obrigatoriedade de Gravação de Todas as Cirurgias Realizadas Nas Unidades de Saúde no País</b> Parecer CFM .....	93
<b>Serviço Para Leitura Centralizada de Radiografia</b> Parecer CFM .....	95
<b>Junta Médica</b> Parecer CFM .....	98
<b>Documentos Que Simulam Prescrição Médica Provenientes da Indústria Farmacêutica e Identificados Por um Profissional Médico</b> Parecer CFM .....	100
<b>Prática da Distanásia</b> Parecer CRMPR .....	106
<b>Agente de Inspeção do Trabalho, do Ministério do Trabalho</b> Parecer CFM .....	110
<b>Responsabilidade Por Transfusão de Sangue</b> Parecer CFM .....	113
<b>Esterilização Voluntária. Lei Nº 9263, de 12/01/1996.</b> Parecer CFM .....	115
<b>Os Julgamentos Ético-Profissionais Públicos</b> Parecer CFM .....	116
<b>Denúncia de Abuso Sexual e Maus-Tratos</b> Parecer CFM .....	117
<b>Curandeirismo - Proposta de Alteração da Lei</b> Parecer CFM .....	118
<b>História da Medicina</b> Ehrenfried Wittig .....	120

## **DECISÃO DO TRIBUNAL DE ALÇADA DO PARANÁ DEFINE OBRIGAÇÕES DO ANESTESISTA**

**Antônio Celso Albuquerque\***

Em julgamento realizado no último dia 25 de março (1999), a Primeira Câmara Criminal do Tribunal de Alçada do Estado do Paraná, em Acórdão da lavra do Juiz LUIZ CEZAR DE OLIVEIRA, com a participação dos juízes BONEJOS DEMCHUK e DENISE ARRUDA, decidiu, por unanimidade, questão relevante sobre responsabilidade do médico anestesista, talvez dando início a uma reciclagem no entendimento da justiça brasileira sobre a matéria.

Ao longo dos últimos anos a jurisprudência dos tribunais pátrios, atendendo orientação da doutrina, vem aceitando a tese de que a responsabilidade do médico anestesista, ao contrário dos que exercem outras especialidades, não seria de meios, mas sim de resultados. Quer dizer, mesmo que não reste comprovada a culpa do anestesista por um acidente anestésico que cause danos ao paciente, ainda assim responde o facultativo.

Os que contrariam tal entendimento, esposam a tese de que a nenhum médico pode se impor o dom da infalibilidade, desde que existem certas situações que independem do zelo e proficiência com que atue o profissional médico, para se submeter muito mais à própria fragilidade do ser humano.

Também a argumentação de que existem exames prévios, os quais, se realizados, possibilitariam ao médico anestesista a previsão de um resultado funesto antes da aplicação da droga anestésica, tem levado alguns magistrados a condenar esses facultativos, independentemente da comprovação de culpa nos meios empregados durante o procedimento.

Entretanto, o recente Acórdão da Primeira Câmara Criminal do Tribunal de Alçada do Paraná, bem definiu esta controvertida questão, quando assentou:

“Penal-homicídio culposo – erro médico – paciente que entra em óbito na fase preliminar de intervenção cirúrgica – imputação de negligência por omissão, consistente em não haver o cirurgião, nem o anestesista, determinado a realização de “exames de cunho pré-operatório” e pré-anestésico na pessoa da vítima” – causa da morte definida como “Choque Irreversível, portanto não determinada com precisão – absolvição em primeiro grau – manutenção da sentença. Se a denúncia não especificou nem a minuciosa instrução judicial logrou esclarecer, quais exames e providências o cirurgião e o anestesista, a quem se atribui incursão em conduta profissional negligente, deixaram de determinar ou tomar antes do procedimento anestésico e cirúrgico, de modo a caracteriza-lhes a culpa, e sendo de notória sabença nos meios médicos que a ciência ainda não definiu procedimentos ou exames pré-cirúrgicos para detectar, com absoluta eficiência, a intolerância do paciente a uma droga e decorrente possibilidade deste sofrer algum choque anafilático, irretocável é a sentença monocrática que, firme no artigo 386, VI, do Código de Processo Penal, absolveu os acusados da imputação.”

\* Assessor jurídico do CRMPR

A decisão aludida, de uma só pena derrubou dois princípios da jurisprudência e da doutrina: que a obrigação do anestesista é de resultados e que estes, podem ser previstos com exames prévios, os quais, se não realizados induziriam a culpa do anestesista.

Como bem referiu o Acórdão em tela, não existem exames que possam levar o anestesista à dedução de que determinada droga causará uma reação alérgica, ainda porque, a aplicação desta, antes, como se fora um teste, produzirá o mesmo efeito que ocorreria durante o procedimento.

É claro que o julgado não esgota o assunto. Afinal, existem situações que são previsíveis, quando, por exemplo, o paciente é portador de doenças ou alergias que possam conduzir a reações mórbidas no ato anestésico. Mas quando isto não acontece ou ainda, tratando-se de cirurgia de emergência, onde até a anamnese as vezes é impossível, não é admissível atribuir-se ao anestesista a obrigação de resultados. Daí a importância do julgado em questão, que defere aos que exercem esta especialidade os mesmos direitos concedidos aos que praticam outras, no caso, a responsabilidade, quer penal ou cível, apenas quando comprovada a culpa nos meios empregados, aliás, princípio em consonância com o artigo 1545 do Código Civil e 14, par. 4 da Lei 8078/1990, Código do Consumidor.

**Palavras Chave** - responsabilidade do anesthesiologista, erro médico.

**Key Words** - anesthesiologist responsibility, malpractice

**"Es un error pensar que la lucha de la medicina es contra la muerte. No, la lucha de la medicina es en favor de la vida, pero la vida sana y plena, libre de enfermedades tanto somáticas como síquicas; de la vida útil y constructiva, basada en una escala de valores donde lo que se es como ser humano ocupa un sitio muy superior a lo que se posee; de la vida fecunda y analizada, que así se justifica a sí misma y se eleva por encima de su intrascendencia biológica y su insignificancia cósmica. Esta, y no la lucha contra la muerte, es la verdadera y única función de la Medicina."**

**Ruy Pérez Tamayo**



# **SISTEMA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR URGÊNCIA/EMERGÊNCIA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.529/98**

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 regido pela Lei nº 9.649, de 27.05.1998, e

**CONSIDERANDO** que os Conselhos são os órgãos supervisores e disciplinadores da classe médica e fiscalizadores do exercício profissional, devendo, portanto, zelar pelas condições adequadas dos serviços médicos prestados à população;

**CONSIDERANDO** que a responsabilidade fundamental da atividade médica é procurar conservar a vida, aliviar o sofrimento, promover a saúde e melhorar a qualidade e a eficácia do tratamento emergencial;

**CONSIDERANDO** que o médico tem a obrigação de proteger o paciente e não pode delegar a um outro profissional nenhum ato de sua exclusiva competência;

**CONSIDERANDO** a necessidade da existência de serviços pré-hospitalares para o atendimento da urgência/emergência, para poder prestar a assistência adequada à população;

**CONSIDERANDO** que os Conselhos devem regulamentar e normatizar as condições necessárias para o pleno e adequado funcionamento dos serviços pré-hospitalares no atendimento prestado à população, a fim de que neles seja efetivo o desempenho ético-profissional da Medicina;

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 28.8.98,

## **RESOLVE:**

**Art. 1º** - Que o Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) é um serviço médico e, portanto, a sua coordenação, regulação e supervisão direta e à distância deve ser efetuada por médico.

**Art. 2º** - Aprovar a "Normatização da Atividade Médica na Área da Urgência-Emergência na sua Fase Pré-Hospitalar", anexa a presente resolução.

**Art. 3º** - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Sergio Ibiapina Ferreira Costa  
Presidente em exercício

Julio Cezar Meirelles Gomes  
1º Secretário

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária 28/08/98.

# **SISTEMA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DEFINIÇÃO E OBJETIVO ATIVIDADE MÉDICA EM NÍVEL PRÉ-HOSPITALAR**

Consideramos como nível pré-hospitalar na área de urgência-emergência aquele atendimento que procura chegar à vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à sua saúde, agravo esse que possa levar à deficiência física ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento adequado e transporte a um hospital devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

O serviço de atendimento pré-hospitalar pode ser constituído por uma ou mais unidades de atendimento, dependendo da população a ser atendida. Por unidade entenda-se, uma ambulância dotada de equipamentos, materiais e medicamentos, guarnecida por uma equipe de pelo menos dois profissionais, treinados para oferecer suporte básico de vida sob supervisão e condições de funcionamento pré-hospitalar.

É importante frisar e definir que o sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico e, assim, sua coordenação, regulação e supervisão direta e à distância deve ser efetuada unicamente por médico.

Reconhecemos que, na urgência-emergência, principalmente na área do trauma, deverá haver uma ação integrada com outros profissionais, visando viabilizar a implantação de serviços de atendimento pré-hospitalar em nosso país, os chamados socorristas – profissionais não-médicos habilitados para prestar atendimento de urgência-emergência em nível pré-hospitalar, sob supervisão e coordenação médica.

O treinamento do pessoal envolvido no atendimento pré-hospitalar, em especial ao trauma, deverá ser efetuado em cursos ministrados por instituições ligadas ao Sistema Único de Saúde, envolvendo as escolas médicas e de enfermagens locais, sob coordenação das secretarias estaduais e municipais de saúde. Deverá haver um programa mínimo – integrante do presente parecer – e que contemple todo o conhecimento teórico e prático necessário à realização eficaz dos atos praticados. A aprovação dos treinandos deverá obedecer ao critério da competência, ou seja, o aluno deverá demonstrar, na prática, em exercícios simulados, plena capacidade e competência para realizar os atos.

O sistema deverá dispor de um programa e treinamento continuado e supervisão em serviço.

Deverá existir uma Central de Regulação, de fácil acesso ao público, onde o médico-coordenador, quando pertinente, despachará o atendimento à emergência para a unidade que esteja mais próxima, colhendo ainda informações adicionais que poderão exigir a presença do médico no local. Igualmente, deverá ser possível repassar maiores informações, via rádio ou outro meio, à equipe da ambulância. Também deverá existir uma rede de comunicação entre a Central e os hospitais conveniados, para equacionar o encaminhamento do paciente.

## **1) REGULAÇÃO MÉDICA**

A chamada "Regulação Médica" das Emergências, é o elemento ordenador e orientador da atenção pré-hospitalar, faz o enlace com o nível hospitalar e abarca duas dimensões de competência: a decisão técnica em torno aos pedidos de socorro e a decisão gestora dos meios disponíveis.

1 – A competência técnica do profissional médico é a de julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, enviar os recursos necessários ao atendimento (com ou sem a presença do médico na ocorrência), monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado ou por médico intervencionista e definir e acionar o hospital de referência ou outro meio necessário ao atendimento. No caso de julgar não ser necessário enviar meios móveis de atenção, o médico deverá explicar sua decisão e orientar o demandante do socorro quanto a outras medidas que julgar necessárias, através de orientação ou conselho médico que permitam ao demandante assumir cuidados ou ser orientado a buscá-los em local definido ou orientado pelo profissional médico. Em todo o caso, estamos tratando do exercício da telemedicina, onde é impositiva a gravação contínua das comunicações, o correto preenchimento das fichas médicas de regulação e de atendimento no terreno e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados (tanto no setor público quanto no privado) que definam os passos e as bases para a decisão do regulador. O protocolo de regulação deve ainda estabelecer claramente os limites do telefonista auxiliar de regulação médica, o qual não pode, em nenhuma hipótese, substituir a prerrogativa de decisão médica e seus desdobramentos, sob pena de responsabilização posterior do médico regulador.

Igualmente, os protocolos de intervenção médica pré-hospitalar deverão ser concebidos e pactuados, garantindo perfeito entendimento entre o médico regulador e o intervencionista quanto aos elementos de decisão e intervenção, garantindo objetividade nas comunicações e precisão nos encaminhamentos decorrentes.

O monitoramento das missões é dever do médico regulador.

Como, freqüentemente, o médico regulador irá autorizar atos não-médicos por radiotelefonia (sobretudo para auxiliares de enfermagem, socorristas, enfermeiros-socorristas), os protocolos correspondentes deverão estar claramente constituídos e a autorização deverá estar assinada na ficha de regulação médica e no boletim/ficha de atendimento pré-hospitalar. O médico regulador tem o dever de saber com exatidão as capacidades/habilidades do seu pessoal não-médico e médico de forma a dominar as possibilidades de prescrição e a fornecer dados que permitam viabilizar programas de capacitação/revisões que qualifiquem/habilitem os intervenientes.

O próprio médico regulador terá de se submeter à formação específica e habilitação formal para a função, e acumular também capacidade e experiência na assistência médica pré-hospitalar.

O regulador deverá, ainda, velar para que todos os envolvidos na atenção pré-hospitalar observem rigorosamente o sigilo médico, mesmo nas comunicações radiotelefônicas (uso de códigos).

A competência técnica médica do regulador se sintetiza em sua capacidade de “julgar”, discernindo a urgência real da urgência aparente e é em torno a este desafio que devemos centrar suas prerrogativas, deveres e garantias de regulamentação, sobre o que o Conselho Federal de Medicina pode e deve se manifestar.

Ao médico regulador deverão ser oferecidos os meios necessários tanto de recursos humanos como de equipamentos para o bom exercício de sua função.

2 – A outra competência do médico regulador refere-se à decisão gestora dos meios disponíveis, no qual se insere e deve possuir autorização e regulamentação por parte dos gestores do Sistema Único de Saúde em seus níveis de Coordenação operacional, notadamente os municípios.

Cabe nesta dimensão a decisão médica do regulador sobre qual recurso deverá ser mobilizado frente a cada caso, procurando, dentre suas disponibilidades, a resposta mais adequada a cada situação. Suas prerrogativas devem, ainda, se estender à decisão sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar, considerando o conceito de que nas emergências não existe número fechado de leitos ou capacidade limite *a priori*. O médico pode também acionar planos de atenção a desastres que estejam pactuados com os outros interventores nestas situações excepcionais, coordenando o conjunto da atenção médica de emergência. Também em situações excepcionais poderá requisitar recursos privados, com pagamento ou contrapartida *a posteriori*, conforme pactuação a ser realizada com as autoridades competentes. O regulador do sistema público de emergências terá obrigatoriamente que ser consultado pela atenção pré-hospitalar privada, sempre que esta for conduzir paciente ao setor público. O regulador deverá contar, ainda, com acesso à Central de Internações, de forma a que possa ter as informações necessárias e o poder de dirigir os pacientes para os locais mais adequados em relação às suas necessidades.

É desejável que, através de pactuação com todos os setores sociais pertinentes, o médico regulador seja reconhecido formalmente como autoridade pública na área da saúde, com suas prerrogativas e deveres devidamente estabelecidos e documentados.

O setor privado que atua em APH deverá contar, obrigatoriamente, com médicos reguladores e de intervenção, o que pode ser exigido inclusive nos códigos municipais de saúde, sendo estas centrais reguladoras privadas submetidas ao regulador público sempre que suas ações ultrapassarem os limites estritos das instituições particulares não-conveniadas ao SUS, inclusive nos casos de medicalização de assistência domiciliar não-emergencial.

Em caso de necessidade de atuar como porta-voz em situações de interesse público, o médico regulador deverá se manter nos limites do sigilo e da ética médica.

## 2) DEFINIÇÃO DOS PROFISSIONAIS

### A) Profissionais não oriundos da área de saúde

#### A-1. TELEFONISTA – Auxiliar de Regulação

Profissionais de nível básico, habilitados a prestar atendimento telefônico às solicitações de auxílio proveniente da população. Trabalha em centrais de comunicação (regulação médica), podendo anotar dados básicos sobre o chamado (localização, identificação do solicitante, natureza da ocorrência) e prestar informações gerais. Sua atuação é supervisionada diretamente por profissionais médicos em regime de disponibilidade integral (24 horas).

#### A-2. CONDUTOR

Profissional de nível básico, habilitado a conduzir veículos de emergência e auxiliar a equipe de atendimento, quando necessário. Sua atuação nos assuntos referentes ao manejo do paciente é supervisionada diretamente pelos profissionais da equipe.

OBS.: Nesta categoria incluem-se pilotos de aeronave, aeromédica, ou condutores de outros tipos de veículos de emergência (lanchas, embarcações,

etc.) destinados a transportar pacientes.

### A-3. SOCORRISTA

Indivíduo leigo habilitado para prestar atendimento pré-hospitalar e credenciado para integrar a guarnição de ambulâncias do serviço de atendimento pré-hospitalar. Faz intervenção conservadora (não-invasiva) no atendimento pré-hospitalar, sob supervisão médica direta ou à distância, fazendo uso de materiais e equipamentos especializados.

### A-4. RÁDIO OPERADOR

Profissional de nível básico habilitado a operar sistemas de radiocomunicação e realizar o controle operacional de uma frota de veículos de emergência.

## B) Profissionais oriundos da área de saúde

### B-1. AUXILIAR OU TÉCNICO EM ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Profissional habilitado para o atendimento pré-hospitalar e credenciado para integrar a guarnição de ambulâncias do serviço de atendimento pré-hospitalar. Além da intervenção conservadora no atendimento do paciente, é habilitado a realizar procedimentos, sob prescrição médica, na vítima do trauma e de outras emergências médicas, dentro do âmbito de sua qualificação profissional.

### B-2. ENFERMEIRO

Profissional de nível superior, habilitado para ações de enfermagem no atendimento pré-hospitalar aos pacientes e ações administrativas e operacionais em sistemas de atendimentos pré-hospitalar, inclusive cursos de capacitação dos profissionais do sistema e ações de supervisão e educação continuada dos mesmos.

### B-3. MÉDICO

Profissional de nível superior, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, atuando nas áreas de regulação médica, suporte avançado de vida em ambulâncias e na gerência do sistema.

## 3) PERFIL PROFISSIONAL E COMPETÊNCIAS

### 3-1. TELEFONISTA

Requisitos gerais:

- Maior de dezoito anos;
- Disposição pessoal para a atividade;
- Equilíbrio emocional e autocontrole;
- Disposição para cumprir ações orientadas;
- Manter sigilo profissional;

- Capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade:

- 1º grau completo.

Competências:

- Atender solicitações telefônicas da população;
- Anotar informações colhidas do solicitante, segundo questionário próprio;
- Prestar informações gerais ao solicitante;
- Auxiliar o médico regulador nas suas tarefas;
- Estabelecer contato radiofônico com ambulâncias e/ou veículos de atendimento pré-hospitalar;
- Estabelecer contato com hospitais e serviços de saúde de referência a fim de colher dados e trocar informações;
- Anotar dados e preencher planilhas e formulários específicos do serviço;
- Obedecer aos protocolos de serviço;
- Atender às recomendações do médico regulador.

### 3-2. CONDUTOR

Requisitos gerais:

- Maior de dezoito anos;
- Disposição pessoal para a atividade;
- Equilíbrio emocional e autocontrole;
- Disposição para cumprir ações orientadas;
- Habilitação profissional como motorista de veículos de transporte de pacientes, de acordo com a legislação em vigor (Código Nacional de Trânsito);
- Capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade:

- 1º grau completo.

Competências:

- Trabalhar em regime de plantão, operando veículos destinados ao atendimento e transporte de pacientes;
- Conhecer integralmente o veículo e seus equipamentos, tanto a parte mecânica quanto os equipamentos médicos;
- Realizar manutenção básica do veículo;
- Auxiliar a equipe de atendimento no manejo do paciente, quando solicitado;
- Estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a central de comunicação (regulação médica) e seguir suas orientações;
- Conhecer a malha viária local;

- Conhecer a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema pré-hospitalar local.

### 3-3. SOCORRISTA

#### Requisitos gerais:

- Maior de dezoito anos;
- Disposição pessoal para a atividade;
- Equilíbrio emocional e autocontrole;
- Disposição para cumprir ações orientadas;
- Disponibilidade para recredenciamento periódico;
- Capacidade de trabalhar em equipe;

Escolaridade;

2º grau completo.

#### Competências:

- Avaliação da cena com identificação de mecanismo do trauma;
- Conhecer os equipamentos de bioproteção individual e sua necessidade de utilização;
- Realizar manobras de extricação manual e com equipamentos próprios;
- Garantir sua segurança pessoal e das vítimas no local do atendimento e realizar o exame primário, avaliando condições de vias aéreas, circulação e estado neurológico;
- Ser capaz de transmitir, via rádio, ao coordenador médico, a correta descrição da vítima e da cena;
- Conhecer as técnicas de transporte do politraumatizado;
- Saber observar sinais diagnósticos; cor da pele, tamanho das pupilas, reação das pupilas à luz, nível de consciência, habilidade de movimentação e reação à dor;
- Medir e avaliar sinais vitais, pulso e respiração e situar o estado da vítima na escala de trauma e de coma, se for o caso;
- Identificar situações de gravidade em que a tentativa de estabilização do paciente no local deve ser evitada em face da urgência da intervenção hospitalar (exemplo: ferida perfurante de tórax);
- Colher informações do paciente e da cena do acidente, procurando evidências de mecanismos de lesão;
- Manter vias aéreas permeáveis com manobras manuais e com equipamentos disponíveis no veículo de emergência (câmulas orofaríngeas);
- Administrar oxigênio e realizar ventilação artificial utilizando meios naturais e equipamentos disponíveis no veículo de emergência (câmulas, máscaras, ambu, cilindro de oxigênio);
- Realizar circulação artificial pela massagem cardíaca externa;

- Controlar sangramento externo evidente, por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens;
- Mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna cervical, utilizando tábuas e outros equipamentos de imobilização e transporte;
- Reavaliar os sinais vitais e completar o exame do paciente;
- Aplicar curativos e bandagens, incluindo-se queimaduras e ferimentos nos olhos;
- Imobilizar coluna e membros fraturados, utilizando os equipamentos disponíveis no veículo de emergência;
- Oferecer o primeiro atendimento a traumatismos específicos (curativos em três pontos, curativo abdominal, olhos e orelhas, queimaduras, etc.);
- Reconhecer os períodos do parto, dar assistência ao parto normal em período expulsivo e prestar os primeiros cuidados ao recém-nato;
- Oferecer o primeiro atendimento às gestantes e crianças traumatizadas;
- Realizar abordagem inicial (conforme itens anteriores) e oferecer atendimento a pacientes especiais, doentes mentais, alcoólatras e suicidas;
- Idealmente, ser portador de habilitação para dirigir a ambulância;
- Utilizar instrumentos de monitorização não-invasiva conforme protocolo local autorizado (pressão arterial, cardioscópio, oxímetro de pulso, etc.);
- Estabelecer contato com a Central de Comunicação (regulação médica) afim de repassar dados e seguir obrigatoriamente suas determinações;
- Conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes ao veículo de atendimento;
- Ser capaz de preencher os formulários e registros obrigatórios do serviço;
- Ser capaz de repassar as informações pertinentes ao atendimento à equipe médica do hospital ou instituição de saúde que receberá o paciente.

### 3-4. RÁDIO-OPERADOR

Requisitos gerais:

- Maior de dezoito anos;
- Disposição pessoal para a atividade;
- Equilíbrio emocional e autocontrole;
- Disposição para cumprir ações orientadas;
- Disponibilidade para recredenciamento periódico;
- Capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade:

- 1º grau completo.

Competências:

- Operar o sistema de radiocomunicação e telefonia nas Centrais de Regulação;
- Exercer o controle operacional da frota de veículos do sistema de atendimento pré-hospitalar;
- Manter a equipe de regulação atualizada a respeito da situação operacional de cada veículo da frota;



- Conhecer a malha viária e as principais vias de acesso a todas as áreas do(s) município(s) abrangido(s) pelo sistema de atendimento pré-hospitalar local.

### 3-5. AUXILIAR E TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS MÉDICAS

#### Requisitos gerais:

- Maior de dezoito anos;
- Disposição pessoal para a atividade;
- Equilíbrio emocional e autocontrole;
- Disposição para cumprir ações orientadas;
- Disponibilidade para credenciamento periódico;
- Experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências;
- Capacidade de trabalhar em equipe.

#### Escolaridade:

- 2º grau completo e curso regular de auxiliar ou técnico de enfermagem com registro profissional competente.

#### Competências:

- Todas as competências e atributos listadas para o socorrista;
- Habilitação profissional como auxiliar ou técnico de enfermagem;
- Administração de medicamento por via oral e parenteral sob prescrição médica e supervisão de enfermagem.

### 3-6. ENFERMEIRO

#### Requisitos gerais:

- Disposição pessoal para a atividade;
- Equilíbrio emocional e autocontrole;
- Disposição para cumprir ações orientadas;
- Disponibilidade para credenciamento periódico;
- Experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências;
- Iniciativa e facilidade de comunicação;
- Destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis;
- Capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade:

- Curso superior com registro profissional em órgão de classe respectivo.

Competências:

- Administrar tecnicamente o serviço de atendimento pré-hospitalar;
- Fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão;
- Participar da formação dos socorristas e dos técnicos em emergência médica;
- Prestar assistência direta às vítimas, quando indicado;
- Avaliar a qualidade profissional dos socorristas e técnicos em emergência médica e proporcionar-lhes supervisão em serviço;
- Subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe;
- Integrando o Centro de Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos, participar do desenvolvimento de recursos humanos para o serviço e a comunidade;
- Exercer todas as funções previstas para os socorristas e técnicos em emergência médica;
- Exercer todas as funções legalmente reconhecidas à sua formação profissional;
- Obedecer ao código de ética de enfermagem.

### 3-7. MÉDICO

Requisitos gerais:

- Equilíbrio emocional e autocontrole;
- Disposição para cumprir ações orientadas;
- Iniciativa e facilidade de comunicação;
- Destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis;
- Capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade:

- Curso superior com registro profissional em órgão de classe respectivo.

Competências:

- Exercer a regulação médica do sistema, compreendendo:  
Recepção dos chamados de auxílio, análise da demanda, classificação em prioridades de atendimento, seleção de meios para atendimento (melhor resposta), acompanhamento do atendimento local, determinação do local de destino do paciente, orientação telefônica;
- Manter contato diário com os serviços médicos de emergência integrados ao sistema;
- Prestar assistência direta aos pacientes nas ambulâncias, quando indicado,

- realizando os atos médicos possíveis e necessário ao nível pré-hospitalar;
- Exercer o controle operacional da equipe assistencial;
- Fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão;
- Avaliar a qualidade profissional dos socorristas e técnicos em emergência médica e subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe;
- Integrando o Centro de Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos, participar do desenvolvimento de recursos humanos para o serviço e a comunidade;
- Obedecer às normas técnicas vigentes no serviço;
- Obedecer ao código de ética médica.

#### 4) CONTEÚDO CURRICULAR

O conteúdo técnico-científico referente à capacitação para início das atividades profissionais em nível pré-hospitalar pode ser dividido em módulos comuns. Para todos os profissionais, os módulos são de modo geral os mesmos. Há necessidade, porém, da separação de alguns dos módulos propostos em **CONHECIMENTOS BÁSICOS** e **CONHECIMENTOS AVANÇADOS**, a fim de propiciar, especialmente, a diferenciação dos aspectos práticos do treinamento. O conteúdo do treinamento deve seguir a seguinte divisão:

Módulos Básicos: para capacitação de telefonistas, motoristas, socorristas e técnicos em emergências médicas;

Módulos Avançados: para capacitação de enfermeiros e médicos;

Módulos Comuns: para capacitação de todos os profissionais, contendo o mesmo conteúdo e carga horária.

Todos os módulos comportam exposições teóricas e exercícios práticos, sendo sugerido o método didático de problematização (estudo por problemas) como modelo pedagógico a ser adotado. Sendo assim, os cursos de capacitação devem alternar exposições teóricas, estudo de cenários e sessões de treinamento de habilidades práticas.

Os instrutores, de modo geral, são da área de saúde (médicos e enfermeiros), salvo nos capítulos específicos de outras atividades profissionais: radiocomunicação, extricação de ferragens, salvamento terrestre e em altura, direção defensiva e cargas perigosas, capacitação pedagógica e gerencial.

##### 4-1. MÓDULO COMUM – Todos os profissionais

1) Introdução ao atendimento pré-hospitalar – carga horária mínima: 12 horas

- Qualificação pessoal
- Atendimento pré-hospitalar
- Sistema de saúde local
- Radiocomunicação
- Telefonia
- Rotinas operacionais
- Biocinética/cinemática do trauma
- Registros e documentos

4-2. Módulos básicos: 226 horas	Telefonista	Motorista	Socorrista	Técnico em emergências médicas	Proposição de carga horária mínima
I – Regulação médica	X	X	X	X	02
II – Abordagem do paciente					52
- Anatomia e fisiologia			X		
- Abordagem do paciente		X	X	X	
- Abordagem do politraumatizado		X	X	X	
- Manejo de vias aéreas			X	X	
- Ressuscitação cardiopulmonar		X	X	X	
- Oxigenoterapia			X	X	
- Monitorização			X	X	
- Biossegurança		X	X	X	
III – Emergências clínicas					04
- Abordagem de sinais vitais em emergências: cardiológicas, respiratórias, neurológicas, gastrintestinais, geniturinárias, endócrino-metabólicas, oftalmo/otorrino-laringológicas			X	X	
IV – Intervenções específicas					28
- Intoxicações/envenenamentos			X	X	
- Lesões térmicas			X	X	
- Afogamento			X	X	
- Assistência ao parto		X	X	X	
- Emergência psiquiátricas /suicidas/alteração comportamental		X	X	X	
Catástrofes/desastres	X	X	X	X	
V – Trauma					44
- Ferimentos/hemorragias/ bandagens			X	X	
- Sinais de choque			X	X	
- Imobilizações: Coluna Extremidades			X	X	
- Manejo de gestantes / Crianças			X	X	
VI – Renovação de vítimas; remoção/extricação de ferragens; salvamento terrestre/altura			X	X	28
VII – Estágios práticos	X	X	X	X	40
VIII – Trânsito – Direção defensiva		X			26
- Cargas perigosas		X	X	X	

4-3. Módulos avançados: médicos e enfermeiros 60 horas	CARGA HORÁRIA MÍNIMA
I – Regulação médica	03
II – Abordagem do paciente	10
- Manejo de vias aéreas	
- Manejo de parada cardiopulmonar	
- Oxigenoterapia	
- Monitorização	
III – Emergências clínicas	08
Cardiológicas, respiratórias, neurológicas, gastro-intestinais, geniturinárias, endocrinometabólicas, oftalmo/otorrinolaringológicas	
IV – Situações especiais	08
- Intoxicações/envenenamentos	
- Lesões térmicas	
- Afogamento	
- Emergências obstétricas	
- Emergências psiquiátricas	
- Catástrofes/desastres	
- Sedação/analgesia	
- Identificação de óbito	
V – Trauma	08
- Controle de hemorragias	
- Manejo de choque hipovolêmico	
- Manejo de trauma de : tórax, abdômen, raquimedular	
- Músculo-esquelético, crânio, olhos/ouvidos	
- Trauma na gestante	
- Trauma na criança	
VI – Remoção de vítimas	04
- Remoção/extricação de ferragens	
- Salvamento terrestre/altura	
VII – Estágios práticos	12
VIII – Trânsito	01
- Cargas perigosas	
IX – Capacitação profissional	06
- Capacitação pedagógica	
- Capacitação gerencial	

O conteúdo de cada item dos módulos deve ser adaptado ao nível profissional (médico ou enfermeiro), porém a carga horária e o número de itens são os mesmos.

## 5) AVALIAÇÃO

A avaliação dos profissionais submetidos aos cursos de capacitação deve ser formalizada de modo a permitir o uso de critérios objetivos. Deve-se priorizar o desempenho prático do aluno como critério fundamental, sem porém subvalorizar a avaliação teórica. Os agentes que devem realizar a avaliação devem ter vivência prática no sistema pré-hospitalar.

## 6) CERTIFICAÇÃO

A certificação dos profissionais atuantes no sistema pré-hospitalar deve ser obtida através de Centros de Capacitação, constituídos sob coordenação das secretarias estaduais e municipais de saúde, envolvendo as escolas médicas e de enfermagem locais.

### 6-1. OS CENTROS DE CAPACITAÇÃO DEVEM PROVER

- cursos regulares de habilitação integral de novos profissionais;
- cursos modulares para habilitação progressiva dos profissionais já atuantes em sistemas pré-hospitalares e que não possuem ainda a certificação formal;
- cursos de reciclagem dos profissionais, com o intuito de renovar sua certificação;
- mecanismos de educação continuada, estabelecidos em conjunto com os serviços pré-hospitalares atuantes na área de sua abrangência, abrangendo atividades de *supervisão em serviço e treinamento em serviço*;
- desenvolvimento obrigatório do currículo mínimo de capacitação;
- aceitação exclusiva de candidatos enquadrados ao perfil profissional preestabelecido;
- formalização de convênios interinstitucionais para o desempenho de suas funções, com o aval do gestor de saúde local e/ou regional.

6-2. Os serviços pré-hospitalares devem prover condições para a recapacitação, na periodicidade abaixo, desenvolvida junto aos Centros de Capacitação;

- médicos – 4 (quatro) anos
- enfermeiros – 4 (quatro) anos
- auxiliar de enfermagem em emergências médicas (ou técnico em enfermagem) – 2 (dois) anos.
- Socorristas – 2 (dois) anos
- Motoristas – 2 (dois) anos

## NORMAS PARA VEÍCULOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE PACIENTES

### 1 – AMBULÂNCIAS

## I – Conceito e definições

11. Define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou hidroviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos.

12. As dimensões e outras especificações do veículo deverão obedecer às normas da ABNT.

## II – Classificação das Ambulâncias

II.1. As ambulâncias são classificadas em:

Tipo A – Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.

Tipo B – Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido e inter-hospitalar de pacientes, contendo apenas equipamentos mínimos para a manutenção de vida.

Tipo C – Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de emergências pré-hospitalares de paciente com risco de vida desconhecido, contendo equipamentos necessários á manutenção da vida e de salvamento.

Tipo D – Ambulância de Suporte Avançado (ASA): veículo destinado ao transporte de pacientes de alto risco de emergências pré-hospitalares e de transporte interno-hospitalar. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.

Tipo E – Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte de pacientes por via aérea, dotada de equipamentos médicos homologados pelos órgãos competentes.

Tipo F – Nave de Transporte Médico: veículo motorizado hidroviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade.

## 2. OUTROS VEÍCULOS

2.1 – Veículos habituais adaptados para transporte de pacientes de baixo risco sentados (ex. pacientes crônicos, etc.). Este transporte só pode ser realizado com anuência médica.

2.11 – Veículos de intervenção rápida (veículos leves) para transporte de médicos e/ou equipamentos especiais para ajuda no atendimento de campo.

### III – Materiais e Equipamentos das Ambulâncias

III.1 – As ambulâncias deverão dispor com o mínimo dos seguintes materiais e equipamentos ou similares com eficácia equivalente:

III.1.1 – Ambulância de Transporte (Classe A): sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo (obrigatório apenas para ambulâncias que façam parte do sistema de atendimento pré-hospitalar); maca com rodas; suporte para soro e oxigênio medicinal.

III.1.2 – Ambulância de Suporte Básico (Classe B): sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo (e móvel opcional); maca com rodas e articulada; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla, para permitir a alimentação do respirador; cilindro com a primeira com fluxômetro e umidificador de oxigênio e a segunda com aspirador tipo Venturi; pranchas curtas e longas para imobilização de coluna, maleta de emergência contendo: estetoscópio adulto e infantil; ressuscitador manual adulto/infantil, cânula oro-faríngeas de tamanhos variados; luvas descartáveis; tesoura reta com ponta romba; esparadrapo; esfigmomanômetro adulto/infantil; ataduras de 15 cm; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gaze estéril; catéteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; talas para imobilização e conjunto de colares cervicais; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte do cordão; saco plástico para placenta; absorvente higiênico grande; cobertor ou similar para envolver o recém-nascido; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gazes estéreis e braceletes de identificação.

III.1.3 – Ambulância de Resgate (Classe C); sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio como descrita no item anterior; prancha longa para imobilização de coluna; prancha ou colete imobilizador; conjunto de colares cervicais; cilindro de oxigênio portátil com válvula; manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; maleta de emergência como descrita no item anterior, acrescida de protetores para queimados ou eviscerados; maleta de parto como descrito no item anterior; frascos de soro fisiológico; bandagens triangulares; talas para imobilização de membros; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção; material de resgate constando de todo o material necessário para resgate de acordo com as especificações do Corpo de Bombeiros; maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 0,8 kg; fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas.

III.1.4 – A Ambulância de Suporte Avançado (Classe D): sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; dois suportes de soro; cadeira de rodas dobrável; instalação de rede portátil de oxigênio como descrito no item anterior (é obrigatório que a quantidade



de oxigênio permita ventilação mecânica por no mínimo duas horas); respirador mecânico de transporte; oxímetro não-invasivo portátil; monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica disponível (em caso de frota deverá haver disponibilidade de um monitor cardioversor com marca-passo externo não-invasivo); bomba de infusão com bateria e equipo; maleta de vias aéreas contendo: máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos; catéteres de aspiração; adaptadores para cânulas; catéteres nasais; seringa de 20 ml para insuflar o "cuf"; ressuscitador manual adulto/infantil; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil; lidocaína geléia e "spray"; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas oro-faríngeas adulto/infantil; fios-guia para intubação; pinça de Magyl; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; drenos para tórax; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com anti-séptico; pacote de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; catéteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão de 4 vias; frascos de solução salina; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto como descrito nos itens anteriores; frascos de drenagem de tórax; extensões para drenos torácicos; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipo para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras e aventais; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; prancha longa para imobilização da coluna.

III.1.5 – Aeronave de Transporte Médico (Classe E): deverá conter os mesmos equipamentos descritos para as ambulâncias de suporte avançado, tanto adulto como infantil, com as adaptações necessárias para o uso em ambientes hipobáricos, homologados pelos órgãos competentes.

III.1.6 – Nave de Transporte (Classe F): poderá ser equipada como descrito nas ambulâncias de classes A, B ou D, dependendo da finalidade de emprego.

III.2 – Transporte neonatal: deverá ser realizado em ambulância do tipo D, aeronave ou nave contendo:

a) – incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts), suporte em seu próprio pedestal para cilindro de oxigênio e ar comprimido, controle de temperatura com alarme. A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância.

b) Respirador de transporte neonatal;

c) Nos demais itens deve contar a mesma aparelhagem e medicamentos de suporte avançado, com tamanhos e especificações adequadas ao uso neonatal.

#### IV. Medicamentos

IV.1 – Medicamentos obrigatórios que deverão constar em toda ambulância de suporte avançado, aeronaves e naves de transporte médico (Classes D, E, F).

a) – Lidocaína sem vasoconstritor; adrenalina, atropina; dopamina; aminofilina; dobutamina; hidrocortisona; glicose 50%;

b) – Soros: glicosado 5%; fisiológico 0,9%;

c) – Psicotrópicos: hidantoína; meperidina; diazepam; midazolam;

d) – Outros: água destilada; metoclopramida; dipirona; hioscina; nifedipina; dinitrato de isossorbitol; furosemide; amiodarona; lanotosideo C.

#### V. Identificação

V.1 – As ambulâncias do tipo B C D E serão identificadas com símbolo próprio indicativo dos Serviços de Resgate e Emergências.

#### VI. Tripulação

VI.1 – Ambulância do tipo A: motorista apenas, quando o paciente for estável, sem risco. Se o paciente estiver recebendo soro e/ou oxigênio, deve estar acompanhado de auxiliar de enfermagem.

VI.2 – Ambulância do tipo B: motorista – socorrista e necessariamente pelo menos um auxiliar de enfermagem com treinamento em emergências médicas.

VI.3 – Ambulância do tipo C: dois socorristas com treinamento em resgate. É aconselhável que o motorista seja também socorrista.

VI.4 – Ambulância do tipo D: motorista, enfermeiro e médico.

VI.5 – Aeronaves e naves devem ter tripulação equivalente, conforme a gravidade do paciente a ser resgatado ou transportado.

#### VII. Requisitos Gerais

VII.1 – Cada veículo deverá ser mantido em bom estado de conservação e em condições de operação.

VII.2 – O uso de sinalizador sonoro e luminoso somente será permitido durante a resposta aos chamados de emergência e durante o transporte de pacientes, de acordo com a legislação em vigor.

VII.3 – A maca deverá ter um sistema de fixação no veículo e cintos de segurança em condições de uso. Os cintos de segurança são também obrigatórios para todos os passageiros.

VII.4 – É obrigatória a desinfecção do veículo após o transporte de pacientes portadores de moléstia infecto-contagiosa, antes de sua próxima utilização, de acordo com a Portaria MS nº 930/92.

## 1. TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

I – O hospital previamente estabelecido como referência não pode negar atendimento para casos que se enquadrem dentro de sua capacidade de resolução.

II – Não podem ser removidos pacientes em risco de vida iminente sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico e realização de outras medidas urgentes e específicas para o caso.

III – Pacientes graves ou de risco só podem ser removidos acompanhados de equipe completa, incluindo médico, em Ambulância de Suporte Avançado.

IV – Antes de decidir a remoção, é necessário realizar contato com o hospital de destino.

V – Todo paciente deve ser acompanhado de relatório completo, legível e assinado com CRM (independente de contatos prévios telefônicos ou verbais), que passará a integrar o prontuário do mesmo, no destino. Este relatório deve ser também assinado pelo médico que recebeu o paciente, no destino.

VI – Para o transporte, é necessária a obtenção de consentimento após esclarecimento, por escrito, assinado pelo paciente ou responsável. Isto pode ser dispensado quando houver risco de vida e não for possível a localização de responsáveis. Neste caso, pode o médico solicitante autorizar o transporte, documentando devidamente essa situação no prontuário.

VII – A responsabilidade inicial é do médico transferente até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor; as providências para o transporte são de mútua responsabilidade entre os médicos.

**Palavras Chave** - atendimento pré-hospitalar, urgência e emergência, sistema de atendimento pré-hospitalar

**Key Words** - pre-hospital assistance, emergency and urgency service

**"Evidentemente, maestro no es quien enseña hechos aislados o quien se aplica a la tarea nemónica de aprenderlos y repetirlos, porque en tal caso una enciclopedia seria mejor maestro que un hombre. Maestro es quien enseña con el ejemplo una manera de tratar con las cosas, un estilo genérico de enfrentarse con el incesante y vario universo."**

**Jorge Luis Borges  
En el prólogo a Obra Crítica de R Enríques Ureña**

# VANTAGENS PESSOAIS OFERECIDAS PELA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA PELA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTO

Parecer CFM

## EMENTA

Comete infração ética o médico que contribui para favorecer o lucro da indústria farmacêutica, ainda que sem vantagens pessoais, e concorre para revelação do diagnóstico sem o devido esclarecimento ao paciente ou oferece informações ao laboratório em busca de pequenas vantagens.

## MOTIVO DA CONSULTA

O CRM-MS submete à apreciação deste colendo Conselho um parecer da lavra do ilustre conselheiro dr. Roni Marques, o qual foi aprovado na Sessão Plenária de 17/10/98 e versa sobre sistema de fornecimento de medicamentos por indústria farmacêutica com envolvimento do médico assistente e revelação do diagnóstico e tratamento.

## O SISTEMA

Segundo o "folder" da indústria farmacêutica, anexo ao presente parecer, trata-se de um Sistema Integrado Pfizer-médico-paciente pelo qual o preenchimento da ficha da adesão cabe ao médico assistente, o qual apõe seu carimbo e assinatura. Posteriormente, é enviado pelo paciente ao laboratório, o que nos leva a presumir o seu conhecimento solidário, que representa uma forma de consentimento.

Qual a vantagem oferecida ao paciente? A priori, e conforme dispõe o panfleto em questão, ao aderir ao sistema o paciente receberia em seu domicílio informações adicionais e atualizadas sobre sua doença, sobre o medicamento utilizado e, ainda, algumas sugestões de ordem terapêutica sobre hábitos de vida, além do desconto de 30% no valor do medicamento.

Segundo o parecerista de origem, dr. Roni Marques, após pesquisa de preço efetuada no mercado, a oferta de desconto é fantasiosa na medida em que a mesma substância pode ser adquirida em outra marca comercial, para um dos medicamentos, num valor 30% mais baixo. Este fato, observado pelo dr. Roni Marques, configura uma fantasia lavrada em linguagem sedutora e capciosa, o que, de imediato, desfigura moralmente a proposta.

Mas a questão ética fundamental é a participação do médico nessa promoção comercial, inteligente e refinada: sem qualquer vantagem aparente para o mesmo, mas com a desvantagem de levá-lo à revelação do diagnóstico e do tratamento e ensejar à indústria farmacêutica a vantagem da adesão permanente ao programa, a venda do produto a longo prazo.

Há alguma impropriedade ética na conduta do médico participante? Sim, em princípio o médico não pode se tornar um inocente útil a serviço de interesses lucrativos da indústria farmacêutica, que assume a feição de "boazinha" e generosa e muito se assemelha ao lobo da história, disfarçado de vovózinha para devorar a

frágil e indefesa neta, chapéuzinho vermelho, ingênua e vulnerável como os pacientes.

Neste caso, é lícito presumir que a atuação do médico possa ferir o preceito contido no artigo 10 do CEM, que estabelece que o seu trabalho não pode favorecer terceiros com o objetivo de lucro. Por outro lado, a sua atuação configura, ainda, uma forma especial de interação com a indústria farmacêutica, o que é expressamente vedada no artigo 98 do CEM, em que pese a inexistência de vantagem aparente para o médico.

Quanto à possível infração dos artigos 102 e 117, a saber:

Art. 102 – É vedado ao médico:

“Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Parágrafo único – Permanece essa proibição:

- a) Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido.
- b) Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.”

Art. 117 – É vedado ao médico: “Elaborar ou divulgar boletim médico que revele o diagnóstico, prognóstico ou terapêutica, sem a expressa autorização do paciente ou de seu responsável legal”; não nos parece cabível o enquadramento, vez que o médico deve entregar a ficha de adesão ao paciente, o qual confere as informações prestadas e, *ipso facto*, deve consentir nas revelações existentes, como titular absoluto do sigilo.

Com muita propriedade o ilustre parecerista aponta a possibilidade de lesão aos artigos 30 e 31, a saber:

Art. 30 – É vedado ao médico:

“Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.”

Art. 31 – “Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente”; que vedam ao médico delegar a terceiros atribuições exclusivas da profissão médica ou transferir responsabilidade sobre o tratamento indicado (art. 31 – CEM).

As disposições abaixo relacionadas de “A” a “D”, retiradas do “folder”, mostram com propriedade o regime de parceria ou co-responsabilidade na gestão dos procedimentos médicos:

- a) Enviar informações atualizadas ao paciente sobre seu tratamento;
- b) Fornecer dietas, exercícios e atividades que podem ajudar o paciente;
- c) Fazer contato telefônico lembrando as datas das próximas consultas;
- d) Fazer acompanhamento do tratamento e da aceitação do medicamento, além de entrega do produto à domicílio.”

Vale acrescentar que não observamos na matéria em questão outros elementos nocivos à ética profissional, cabendo aceitar os artigos citados no parecer de origem, com exclusão dos artigos 102 e 117 do CEM, que tutelam o segredo. Caso o médico

não tenha o cuidado de informar ao paciente sobre o conteúdo do sistema integrado numa linguagem clara e acessível, bem como não lhe dar conhecimento da ficha de adesão preenchida, poderá, neste caso, configurar lesão ao artigo 59 do CEM e, claro, ferir o princípio do sigilo.

## O MÉRITO

Como assinala o presidente do CRM-MS, dr. Sérgio Luiz Reis Furlani, que subscreve o ofício de encaminhamento da questão, o problema é da alçada federal, pela abrangência nacional do sistema referido, daí a pertinência da consulta ao CFM, ao qual incumbe o controle e a normatização das regras do exercício da Medicina em todo o território. Esta prerrogativa tem como objetivo aprimorar em todo o país as possibilidades éticas do ato médico ou conjurar ameaças à saúde da sociedade. Vale afirmar, todo o cuidado é pouco com as propostas da indústria farmacêutica quando comprometida com o lucro, sobretudo tendo em vista que o receituário médico em nosso país movimenta, por ano, cerca de três bilhões de reais, cifra nada desprezível, mesmo para as poderosas multinacionais, sempre dispostas a melhorar sua performance financeira às custas da doação de terceiros e da boa fé humanitária da classe médica.

## CONCLUSÃO

O parecer de boa lavra em sua origem mostra com muita clareza algumas impropriedades éticas no processo de interação, embora sem lucro aparente para o médico, da medicina com a indústria farmacêutica. Em boa hora vem a lume o presente texto como um alerta, sendo este, de fato, o papel preventivo dos Conselhos no sentido de evitar situações potencialmente conflitivas entre o médico e seu código.

Nada temos a opor quanto à iniciativa comercial do laboratório junto à sociedade, em relação às promoções e descontos que pode e deve oferecer à sociedade, sem, no entanto, envolver médicos ou agentes da medicina. Pelo exposto, manifesto concordância absoluta com as questões de mérito apontadas no parecer de origem, sugiro a exclusão dos artigos 102 e 117, não explicitamente alcançados no sistema proposto, e sugiro divulgação da matéria no jornal do CFM em face da relevância e interesse nacional sobre o assunto.

É o nosso parecer, SMJ.

Brasília-DF, 5 de janeiro de 1999-05-18

Júlio Cezar Meirelles Gomes  
Conselheiro Relator

Parecer Aprovado

Sessão Plenária 10/2/92.

Nota da Redação: a respeito do assunto vide "Arquivos" n° 60 e neste número, página 100.

**Palavras Chave** - Bonus farmacêutico, promoção laboratorial anti-ética  
**Key Words** - pharmaceutical bonus, antiethical pharmaceutical promotion

**LIVRE EXERCÍCIO PROFISSIONAL. ESPECIALIDADE MÉDICA.  
REGISTRO DE ESPECIALIDADE.  
NUTRIÇÃO ENTERAL - PARENTERAL  
PORTARIA Nº 601/97, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.**

**EMENTA**

I – Não pode ocorrer o cerceamento do livre exercício profissional pelo fato do médico não possuir especialidade médica.

II – Para registro da especialidade médica junto aos Conselhos de Medicina, é necessário que a especialidade e a entidade que emitiu o título de especialista sejam reconhecidos pelo CFM.

III – Não se pode exigir do médico título de especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

Mediante consulta realizada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, sobre exigência de título de especialista em Nutrição Enteral e Parenteral, adoto, em parte, parecer da Assessoria Jurídica que transcrevo abaixo:

**I – RELATÓRIO**

1. Trata-se de consulta formulada pelo CREMESP, nos seguintes termos, *in verbis*:

“Se é necessário título de Nutrição Enteral e Parenteral, para a prescrição das mesmas, e se o convênio médico pode proibir a prescrição de Nutrição Enteral e Parenteral por médicos com comprovada experiência clínica na área e que não possuem título”.

2. O consulente exalta o artigo 17, da Lei nº 3.268/57, que dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências, alegando que inexistente neste Estatuto Legal dispositivo que obrigue o médico a possuir especialidade médica como pressuposto obrigatório para o exercício de qualquer atividade médica.

3. Alega, ainda, que o questionamento em tela provém do disposto na Portaria nº 601/97, da Secretaria de Vigilância Sanitária, publicado em 28.11.97. Esta portaria obriga aos hospitais que manipulam soluções nutricionais a criação de uma equipe multiprofissional de terapia nutricional para supervisionar a qualidade do atendimento – e nesta equipe obriga-se a existência de um médico com título de especialista em Nutrição Enteral e Parenteral, com título concedido pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral.

4. Instado a se manifestar sobre a matéria, objeto desta consulta, passa este Setor Jurídico a tecer os comentários pertinentes.

## II – PARECER

5. A exigência do título de especialista para o exercício de atos médicos tem sido objeto de constante consulta e questionamento junto a este Conselho Federal. De pronto, é necessário recordar que além da Lei nº 3.268/57, exaltada pelo consulente, a Constituição Federal, em seu artigo 5º, XII, expressa de forma cristalina o entendimento que o *“exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão é livre, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”*.

6. O Código de Ética Médica – CEM, aprovado pela Resolução CFM nº 1.246/88, regente da ética médica em todo o país, quando trata de seus princípios fundamentais, em seu artigo 8º, dispõe que *“o médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho”*. (grifamos)

7. Esta Casa tem posicionamento pacífico no tocante ao cerceamento do exercício profissional em virtude do médico não possuir título de especialista. O ilustre conselheiro federal, dr. Edson de Oliveira Andrade, através do Parecer CFM nº 8/96, aprovado em 10.5.95, defende a tese de que *“nenhum especialista possui exclusividade na realização de qualquer ato médico. O título de especialista é apenas presuntivo de um “plus” de conhecimento em uma determinada área da ciência médica”*. Continuando, alega que *“o conhecimento médico é usufruto da sociedade, podendo dele fazer uso o médico que estiver devidamente habilitado e/ou capacitado. Um título de especialista é apenas uma presunção desta capacitação, posto que a habilitação já está contida no próprio diploma médico”*. (grifamos)

8. Nesse mesmo sentido é o entendimento do conselheiro federal, dr. Júlio César Meirelles Gomes, através do Parecer CFM nº 27/95, de 12.07.95, quando deixa claro que *“a titulação representa uma possibilidade de fomentar e estimular a especialização mediante prerrogativas culturais criadas pelas sociedades médicas, sem no entanto dispor de força legal para o impedimento do ato médico específico para o não-especialista”*. Portanto, resta claro não existir qualquer tipo de restrição para o exercício da atividade profissional médica, sob o argumento da obrigatória especialidade em determinada área médica, e ainda a necessária luta dos médicos no sentido de fazer valer o seu direito de livre exercício da atividade profissional.

9. É imperioso esclarecer que o Conselho Federal de Medicina não objetiva obstaculizar o avanço científico em cada área médica, obtido através de pesquisas. Este mesmo entendimento é adotado pelo dr. Edson Andrade, no parecer supracitado, quando defende que *“não se advoga medidas de restrição ao avanço científico e nem se desconhece a impossibilidade de se dominar inteiramente o atual conhecimento médico. Com o que não se pode concordar é com o apossamento de determinados atos e procedimentos por parte de algumas especialidades, arvorando-se em donas do conhecimento científico”*.





# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

## EDITAL

## ELEIÇÃO

A eleição para a escolha do membro titular e suplente do Conselho Federal de Medicina, será realizada, para os médicos residentes na Capital, nos dias **11 e 12 de agosto de 1999**, no horário das 09 às 18 horas, diariamente, na sede do Conselho Regional de Medicina do Paraná - Rua Marechal Deodoro, 497 - 3º andar.

No dia 11, e somente neste dia, a votação poderá ser feita nos estabelecimentos abaixo relacionados:

HOSPITAL CAJURU, HOSPITAL DE CLÍNICAS, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO, HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE, HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ e HOSPITAL DO TRABALHADOR.

tanto receberão o material necessário e endereçarão os seus votos, via postal, para o Conselho, os quais deverão ser recebidos até as **18 horas, do dia 12 de agosto de 1999**, quando será procedida a apuração.

Todo o médico em dia com as suas obrigações junto ao CRM tem direito de votar. O pagamento de anuidades em atraso poderá ser feito até o momento da votação.

Ao eleitor que faltar à obrigação de votar, sem justa causa ou impedimentos, será aplicada multa equivalente ao valor da metade da anuidade (art. 19, § 2º, do Estatuto para os Conselhos de Medicina).

O médico inscrito em mais de um Conselho Regional está obrigado a votar em apenas um deles.

O médico inscrito como "médico militar" nos termos da Lei 6.681, de 16/08/79, está impedido de votar.

Curitiba, 09 de julho de 1999.

**DR. DUILTON DE PAOLA**  
Presidente da Comissão Eleitoral

Retire esta folha após a leitura.

10. Ademais, é necessário recordar que o Conselho Federal de Medicina, no exercício de suas funções, tem regulamentado através de resoluções os requisitos básicos para o reconhecimento e devido registro das especialidades médicas junto aos Conselhos Regionais – especialidades estas que não inibem a atuação de outro médico sem o referido título de especialista, servindo apenas como referência quanto à publicidade do médico como especialista e ao procedimento adequado para registro da especialidade médica junto aos Conselhos Regionais de Medicina.

11. Através da Resolução CFM nº 1.441/94, restou definida a necessidade de se estabelecer uma listagem das especialidades médicas, para efeito de registro de Qualificação de Especialistas junto aos Conselhos Regionais de Medicina e atualização de suas denominações. Pré-requisito essencial para o reconhecimento e devido registro da especialidade junto aos Conselhos Regionais de Medicina é a citação da especialidade médica na resolução em referência. Sendo assim, destaca-se que a Nutrologia encontra-se prevista na Resolução CFM nº 1.441/94, inexistindo menção à Nutrição Enteral ou Parenteral.

12. Outro pré-requisito essencial para que o médico possa registrar sua especialidade junto aos Conselhos Regionais é que o título de especialização seja proveniente de determinadas instituições. Este procedimento possui alicerce na necessidade de racionalização e uniformização dos critérios e procedimentos dos títulos de especialistas, conforme dita a Resolução CFM nº 1.288/89, autorizando os Conselhos Regionais de Medicina a registrar os títulos de especialistas conferidos por *“Sociedades e Especialidades filiadas a AMB (nos termos do convênio CFM/AMF, regulamentado pela Resolução CFM nº 1.286/89); Residências Médicas credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica e reconhecidas pelo Ministério da Educação; as Sociedades Brasileiras de Cirurgia Plástica, Patologia Clínica, Angiologia, Cirurgia Cardiovascular e o Colégio Brasileiro de Cirurgiões”*. Esta resolução reforça, ainda, o primeiro pré-requisito citado, qual seja, o entendimento de que os Conselhos Regionais só deverão registrar os títulos de especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, conforme a Resolução CFM nº 1.441/94.

13. Portanto, partindo para a análise do questionamento realizado pelo consulente, constatou-se que a Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral é filiada regularmente à Associação Médica Brasileira – AMB, preenchendo um dos requisitos citados, e que não existe, nas especialidades elencadas na Resolução CFM nº 1.441/94, a especialidade de Nutrição Parenteral e Enteral, não estando preenchido o segundo pré-requisito básico para que um título de especialista seja reconhecido pelos Conselhos Regionais de Medicina.

14. Ademais, em virtude do entendimento pacífico desta Casa, no sentido de ser inaceitável a violação do livre exercício profissional por falta de título de especialização, e como a validade plena do título de especialização depende do preenchimento dos dois pré-requisitos acima mencionados, não existe subsídio

para que a obrigatoriedade constante da Portaria nº 601 da Secretaria de Vigilância Sanitária prospere, mesmo porque não se poderia exigir de qualquer médico um título de especialização que não é oficialmente reconhecido pelo CFM.”

### III – CONCLUSÃO

1. Diante do exposto neste parecer, entende este Setor Jurídico, baseado na Constituição Federal, no Código de Ética Médica e na legislação pertinente à matéria, que não se pode restringir o livre exercício profissional pelo fato do médico não possuir título de especialista em determinada área. Consta-se, ainda, que inexistente respaldo ético ou legal para a proibição de médico atuar na área de Nutrição Enteral e Parenteral, e exercer cargo de coordenador clínico de equipe multiprofissional de terapia nutricional.

2. Além disso, para registro de especialidade junto aos Conselhos de Medicina é necessário o preenchimento de dois requisitos essenciais: (a) o reconhecimento da especialidade pelo CFM, conforme a Resolução CFM nº 1.441/94 e (b) a emissão do título de especialista por determinadas entidades constantes da Resolução CFM nº 1.288/89. Desse modo, como a especialidade na área de Nutrição Enteral e Parenteral não preenche todos esses requisitos não se pode exigir do médico o título de especialidade médica que não é oficialmente reconhecida pelo CFM. Todo este entendimento está em conformidade com os dispositivos que regulamentam a matéria junto a esta Casa.

Brasília-DF, 9 de setembro de 1998.

Regina Ribeiro Parizi Carvalho  
Conselheira Relatora

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 10/2/99

**Palavras Chave** - prática profissional, especialidade médica, nutrição enteral-parenteral  
**Key Words** - medical specialist, professional practice, parenteral-enteral nutritions

**“A tragédia deste século é que os homens não querem ser úteis.... querem ser importantes.”**

**Sir Winston Churchill**

# PROJETO DE LEI QUE DISPÕE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DE GRAVAÇÃO DE TODAS AS CIRURGIAS REALIZADAS NAS UNIDADES DE SAÚDE NO PAÍS

Parecer CFM

## EMENTA

A gravação de procedimentos médicos não trará benefícios para o médico e paciente; é de difícil operacionalidade e aumentará em demasia os custos com a saúde.

## PARTE EXPOSITIVA

Datado de 16/3/98, recebi o ofício CFM nº 883/98, através do qual sou solicitado a emitir parecer com relação ao pedido encaminhado a este Conselho pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, através do ofício GS/SAS/MS/nº 169. No ofício, aquela Secretaria faz solicitação de parecer técnico com relação a um projeto de lei em tramitação no Congresso Nacional, de autoria do deputado, pelo PSDB de São Paulo, Salvador Zimbaldi. O referido Projeto de Lei propõe que todas as cirurgias realizadas nas unidades de saúde do país, assim como o atendimento prestado em UTIs, sejam gravadas em vídeo.

PROJETO DE LEI Nº 4.110: O projeto de lei contém 5 (cinco) artigos que regulamentam o assunto, cujo teor a seguir transcrevo:

"O Conselho Nacional Decreta:

Art. 1º - As unidades de saúde, públicas e privadas, ficam obrigadas a gravar em fitas de vídeo todas as cirurgias ocorridas em suas instalações, assim como todos os procedimentos realizados em unidades de terapia intensiva.

Art. 2º - As gravações previstas no art. 1º devem ser arquivadas pelo período mínimo de 5 (cinco) anos.

Parágrafo único: No caso de morte do paciente, a unidade de saúde fica obrigada a entregar cópia da gravação a sua família.

Art. 3º - Cabe ao Poder Executivo regulamentar esta lei no prazo de 90 dias.

Art. 4º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º - Revogam-se as disposições em contrário."

A justificativa feita para encaminhamento do projeto de lei baseia-se na possibilidade de, com sua efetivação, defender o médico de acusações, classificadas pelo parlamentar como sensacionalistas e até mesmo levianas. Acha que também defenderá os pacientes.

TRAMITAÇÃO DO PL: informações dadas pelo assessor parlamentar do CFM quanto à atual situação do projeto, esclarece que o mesmo deverá transitar pelo menos em três Comissões. No momento, encontra-se na Comissão de Seguridade

Social, aguardando relatoria.

**INFORMAÇÕES DO MS:** a Assessoria Técnica do MS informa que são realizados pelo menos oito milhões de cirurgia/ano no país, o que trará elevados custos para a execução do projeto de lei, além de dificuldades operacionais.

### PARTE CONCLUSIVA

**COMENTÁRIO:** O desempenho profissional do médico não necessita ser gravado para poder ser avaliado quanto à sua capacitação e muito menos o seu compromisso ético de fazer pelo paciente tudo que estiver ao seu alcance.

Quanto às condições do trabalho médico, reconhecidamente comprometidas nos últimos anos, vêm sendo avaliadas pelos atuais mecanismos de fiscalização nas visitas realizadas às Unidades de Saúde pela Vigilância Sanitária e pelos Conselhos profissionais da área de saúde (medicina, enfermagem, nutrição e outros), quando são então identificadas as deficiências e cobradas as soluções para as mesmas.

**CONCLUSÃO:** Entendemos que a gravação dos atos cirúrgicos e dos procedimentos realizados nas UTIs não trará nenhuma vantagem em relação a qualidade do atendimento à saúde; irá encarecer os custos com a assistência; é de difícil operacionalidade e será um ato discriminatório contra a profissão médica, pois se está propondo documentação por filmagem somente do exercício da medicina, dentre tantas outras que igualmente gozam de fé pública.

Portanto, diante do exposto, sou contrário ao Projeto de Lei nº 4110.

Brasília-DF, 01 de Abril de 1998.

Silo Tadeu S. de Holanda Cavalcanti  
Conselheiro Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 10/02/99

**Palavras Chave** - cirurgia em videotape

**Key Words** - videotaped surgery

**"Investigar é ver o que outros vêem  
e pensar o que outros não pensam."**

**Hans Krebs**

# SERVIÇO PARA LEITURA CENTRALIZADA DE RADIOGRAFIA

Parecer CFM

## EMENTA

A emissão de laudos radiológicos é da exclusiva responsabilidade do médico que executou o exame.

Serviços de leitura centralizada de radiografias têm impedimentos legais de questionamentos éticos por limitarem-se à consideração do exame complementar sem qualquer contato com o paciente.

## PARTE EXPOSITIVA

O dr. Renato Berger é médico brasileiro, atualmente em aperfeiçoamento nos EUA, após residência médica no Brasil, provavelmente em imagenologia.

Com a pretensão de aqui implantar um serviço para leitura centralizada de radiografia e emissão de laudos através do uso da Telemedicina, consulta-nos:

"a) Pode ser dado o laudo de uma radiografia em São Paulo a um hospital de outro estado, por um médico com CRM de São Paulo?

b) Existe algum impedimento legal ou exigência especial a este tipo de negócio?

c) Existe alguma empresa ou grupo de médicos já fazendo isto?

d) Quais as restrições para uma Segunda opinião de laudo nos EUA?"

## ANÁLISE DO PROBLEMA

No estudo das questões levantadas pelo dr. Renato Berger procurei pesquisar o que já havia de pareceres e resoluções pertinente ao assunto e quais os preceitos legais a serem considerados.

Resolução CFM nº 813/77, de 22 de novembro de 1977.

"RESOLVE:

1 – Determinar que os resultados das análises, e pesquisas clínicas nas áreas de Patologia Clínica, Citologia, Anatomia Patológica, Imunohematologia, Radiologia, Radio-Isotopologia, Hemoterapia e Fisioterapia sejam fornecidos sob a forma de laudos médicos firmados pelo médico responsável pela sua execução (grifo nosso)

2 – Estes laudos devem conter, quando indicado, uma parte expositiva e outra conclusiva.

3 – O laudo médico fornecido é de exclusiva competência e responsabilidade do médico responsável pela sua execução."

## Parecer CFM nº 22/97

Este parecer, da lavra do conselheiro Sérgio Ibiapina, trata da questão da Segunda opinião médica e, após detalhada análise, conclui:

“Pelas razões expostas, julgamos inoportuna a implantação ou instalação de qualquer sistema de consulta a distância, caracterizado por tráfico de exames que não expressam a visão holística do paciente, o que preceitua o artigo 62 do CEM, principalmente quando os exames citados ficam caracterizados com avaliações de exames e de doenças sem qualquer menção do enfermo.”

## Lei nº 3.268/57, de 30 de setembro de 1957

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

Art. 18 – Aos profissionais registrados de acordo com esta lei será entregue uma carteira profissional que os habilitará ao exercício da Medicina em todo o país.

§ - No caso em que o profissional tiver de exercer temporariamente a Medicina em outra jurisdição, apresentará sua carteira para ser visada pelo Presidente do Conselho Regional desta jurisdição.

§ 2º - Se o médico inscrito no Conselho Regional de um Estado passar a exercer, de modo permanente, atividade em outra região, assim entendendo o exercício da profissão por mais de 90 (noventa) dias, na nova jurisdição, ficará obrigado a requerer sua inscrição secundária no quadro respectivo, ou para ele se transferir, sujeito, em ambos os casos, à jurisdição do Conselho local pelos atos praticados em qualquer jurisdição.

§ 3º - Quando deixar, temporária ou definitivamente, de exercer atividade profissional, o profissional restituirá a carteira à Secretaria do Conselho onde estiver inscrito.”

Vemos, então, por esses diplomas, as diversas vinculações existentes entre o médico executor do exame e a respectiva emissão e responsabilidade pelo laudo, entre o profissional médico e sua ação absolutamente circunscrita à jurisdição do Conselho Regional em que é registrado.

## CONCLUSÃO

Por todo o exposto, só temos um caminho que nos orienta para a resposta ao consulente.

Às primeira e segunda perguntas podemos responder que, pelo fato de ser o laudo radiológico um ato médico exclusivo e de que atos médicos só podem ser realizados na área de jurisdição do Conselho no qual o médico está registrado, a resposta é que este laudo não pode ser sistematicamente emitido desta forma, por impedimento legal.

Tal posicionamento não invalida ou inviabiliza eventuais consultas entre médicos de diferentes estados, por solicitação destes ou mesmo de seus pacientes.



Quanto à terceira questão, apesar de achá-la irrelevante e não ser atribuição deste Conselho a sua resposta, tentei, via Internet, procurá-la junto ao Colégio Brasileiro de Radiologia, não a obtendo, infelizmente.

Já quanto à quarta questão, que envolve aspectos éticos, acato, irrestritamente, o já citado parecer do ilustre conselheiro Sérgio Ibiapina.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília-DF, 27 de agosto de 1998.

Paulo Eduardo Behresns  
Conselheiro Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária 10/2/99

**Palavras Chave** - serviço centralizado de radiologia, centro de radiologia  
**Key Words** - centralizations of radiology reports

#### **"JUVENTUDE PODRE"**

Se você pensa que os problemas de protestos da Juventude são apenas atuais, está muito enganado, conforme pode observar pelas frases abaixo, publicadas na revista "Noticiário, do Rotary Club, 1969.

1 - "Nossa juventude ama o luxo, não possui bons modos, não faz caso da autoridade, nem respeita de modo algum a velhice. Nossos filhos de hoje em dia são tiranos: não se põem de pé quando um homem de idade entra onde eles estão; contestam com impertinência a seus pais. São em verdade muito maus";

Sócrates, ano 470 antes de Cristo

2 - "Não tenho esperança alguma acêrca do futuro de nosso País, se a juventude de hoje em dia chega à liderança amanhã, pois esta juventude é insuportável, atrevida e terrível";

Eaisio, ano 720 antes de Cristo

3 - "Nosso mundo chegou a uma etapa crítica: a criança não faz caso de seus pais. O fim do mundo não pode estar muito distante";

Sacerdote egípcio, ano 2.000 antes de Cristo

4 - "Esta juventude está podre desde o fundo mesmo de seus corações. Os jovens são maliciosos e preguiçosos. Nunca serão como a juventude de antes. Nossa juventude de hoje em dia não será capaz de manter nossa cultura".

Ruínas babilônicas, 3.000 anos antes de Cristo.

# JUNTA MÉDICA

Parecer CFM

## EMENTA

Não é possível avaliar atos e decisões de junta médica propostos em tese. Para melhor avaliação, deve ser apresentado o caso concreto.

## PARECER

Não é raro surgirem consultas sobre procedimentos em tese. Se alguém perguntar: quem mata uma pessoa deve ser condenado? Nenhum juiz responderá categoricamente "sim" ou "não". Dirá: depende. Se o indivíduo matou em legítima defesa, certamente não será condenado. Agora, se a pergunta for: quem mata uma pessoa deve ser processado? Neste caso, todo juiz responderá sim. Do processo resultará uma sentença condenatória ou absolutória.

O sr. Robson Ferreira da Silva, da cidade de Rio Branco, dirigiu a este Conselho o seguinte:

"Sr. Presidente.

Visando dirimir dúvidas pessoais sobre a ética e a validade de parecer emitido por Junta Médica, venho, respeitosamente, solicitar a posição do Conselho sobre as seguintes indagações:

1 – É ético e correto a análise e interpretação expressa (escrita), por parte do administrador ao qual é subordinado o paciente-empregado, de documentos médicos que a norma interna estabelece como sendo de caráter confidencial, e ainda remetendo-a ao conhecimento da administração superior e da Junta Médica?

2 – É ético e válido o parecer de uma Junta Médica que não realizou exame ou avaliação do paciente, bem como das causas da patologia do qual é portador?

3 – É ético e correto uma Junta Médica relegar o tratamento profilático estabelecido na literatura médica e recomendado pelos médicos do paciente, em favor do tratamento farmacológico e sintomático, visando interesses manifestados expressamente (escrito) a Junta Médica pelo empregador do paciente?

Tendo a certeza do acolhimento do presente pedido, desde já, agradeço a atenção, e em anexo estão meus dados pessoais e endereço para o encaminhamento das respostas, bem como número de telefone para contato ou qualquer esclarecimento adicional."

O exposto pelo consulente tem, em tese, condutas no mínimo "não recomendáveis". Tudo indica que o consulente é parte interessada, pessoalmente ou representando alguém, em fatos ocorridos como descreve. Assim, sendo, o caminho adequado para dirimir dúvidas é encaminhar, ao Conselho Regional de Medicina de seu estado, denúncia relatando o caso concreto. O Conselho certamente averiguará a ocorrência e decidirá pela instauração de processo ético-

profissional se encontrar indícios de falta ética, ou arquivará a denúncia. Em qualquer hipótese, o consulente receberá comunicação oficial do Conselho quanto à decisão tomada.

Este é o parecer que submeto ao Plenário deste Conselho.

Brasília-DF, 16 de agosto de 1998.

DR. Leo Meyer Coutinho  
Conselheiro Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária 10/2/99

**Palavras Chave** - junta médica

**Key Words** - medical board

PREMIO

PARTICIPE

**MELHOR MONOGRAFIA SOBRE ÉTICA MÉDICA - CRM 1999**

**"ABORTO - DIREITO DA MULHER?"**

Este é o tema da versão 99. Lançado há 12 anos pelo Conselho Regional de Medicina do Paraná, este ano terá suas inscrições dirigidas apenas à estudantes, de qualquer área. O valor do prêmio foi fixado em R\$ 2.000,00 ao trabalho primeiro classificado e R\$ 1.000,00 para o segundo. As inscrições encerram-se às 18 horas do dia 02/agosto. Os trabalhos devem conter no mínimo 20 e no máximo 30 laudas.

**Maiores informações por telefone, fax ou internet.**

# **DOCUMENTOS QUE SIMULAM PRESCRIÇÃO MÉDICA PROVENIENTES DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA E IDENTIFICADOS POR UM PROFISSIONAL MÉDICO**

Parecer CFM

## **EMENTA**

Prescrição de medicamentos:

O médico ao associar, sob qualquer forma, a prescrição de medicamentos a interesses de indústria ou do comércio farmacêuticos ou quando facilitar o conhecimento de dados de pacientes a laboratórios, ópticas e farmácias incorre em infração aos artigos 10, 98 e 102.

## **CONSULTA**

Trata-se de carta-consulta enviada ao Conselho Federal de Medicina pelo dr. Rilke Novato Públio, presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais, por considerar insatisfatória a resposta obtida através do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais. É o seguinte o teor da correspondência:

“Prezado Senhor,

O Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais, em setembro de 1996, encaminhou ao Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, conforme cópias anexas, documentos que simulam uma prescrição médica provenientes da indústria farmacêutica e identificados por um profissional médico, onde demonstram a livre oferta de medicamentos via reembolso postal ao paciente consumidor, destacando de maneira abrupta toda a assistência farmacêutica necessária para o sucesso no tratamento.

Obtivemos resposta através do Of. SP 1145/97 de 02.05.97, no qual o CRM-MG conclui que, em que pese ferir a legislação em vigor, caberia tão somente alertar o profissional, dando o assunto por encerrado.

O Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais, entende que este sistema de distribuição de medicamentos pela indústria farmacêutica, com a conivência do médico prescritor, utilizando justificativas meramente econômicas, além de ferir a legislação em vigor, certamente levará o paciente usuário ao consumo indiscriminado de medicamentos, deixando-o completamente alheio a todas as etapas inerentes à assistência profissional Farmacêutica que lhe são devidas.

Para isso, estamos encaminhando a V.S.a, cópias dos documentos já citados, para que este colendo Conselho, numa avaliação mais precisa de tal prática, tire alguns encaminhamentos para que possamos conjuntamente, tomarmos providências necessárias e objetivarmos, sobretudo, a verdadeira prudência na utilização racional do medicamento.

Sem mais para o momento, agradecemos a atenção dispensada, e colocamo-nos à inteira disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Farm. Rilke Novato Públio  
Presidente"

A documentação anexada pelo consultente, encontra-se às fls. 3 a 9.

Na folha 4, sob o título "Sistema Integrado PFIZER-MÉDICO-PACIENTE 0800-126644", tem-se um modelo impresso chamado "Ficha de Inscrição do Paciente", contendo dois quadros destinados ao preenchimento de dados sobre o paciente e o médico. No primeiro quadro, reservado para o paciente, são solicitados os seguintes dados: "nome do paciente; CPF; estado; data de nascimento; telefone comercial e residencial para contatos; local para correspondências e entrega do medicamento", por último, reserva-se um espaço para a assinatura de adesão do paciente usuário ao "Sistema Integrado PFIZER-MÉDICO-PACIENTE".

O segundo quadro, trata do "espaço reservado para o médico" (grifamos), que no modelo apresentado dispõe de assinatura e carimbo do médico, que prescreve o antidepressivo ZOLOFT, comprimido de 50mg. São os seguintes os dados registrados: "nome do médico; n° do CRM e estado emissor; telefone para contato; nome do medicamento PFIZER receitado; dosagem; posologia prescrita; início do tratamento (data, mês, ano); duração em número de meses; datas das próximas consultas; assinatura e carimbo do médico".

Ao final deste "receituário", com destaque encontra-se o logotipo do PFIZER, ladeado pela expressão: "A PFIZER FAZ MAIS POR VOCÊ", seguida da seguinte orientação: "Favor preencher esta ficha em letra de forma, colocá-la no envelope e pôr no correio, não precisa selar. O selo será pago pelo Sistema Integrado PFIZER-MÉDICO-PACIENTE".

Nas demais folhas, o "Sistema Integrado PFIZER-MÉDICO-PACIENTE" apresenta um questionário com perguntas e respostas com o objetivo de "ajudar você a seguir de maneira mais suave as recomendações do seu médico", de onde extraímos:

– "QUE BENEFÍCIOS POSSO ESPERAR DO SISTEMA?"

O Sistema Integrado PFIZER-MÉDICO-PACIENTE está adequado para acompanhar seu tratamento através de diversos serviços:

1) envio de informações atualizadas sobre seu problema e como você poderá melhor conviver com ele.

2) (...)

3) contatos telefônicos para acompanhar a evolução de seu tratamento e lembrá-lo de suas próximas consultas;

4) oferta de medicamentos com desconto significativo, e entrega do medicamento no endereço que você indicar e programação para entrega automática".

– "COMO POSSO RECEBER ESSES BENEFÍCIOS?"

Junto com este folheto, seu médico lhe entregará uma ficha de instrução a ser preenchida por você e por ele.

Preenchida a ficha, com seus dados, os dados e assinatura de seu médico e informações sobre seu tratamento, você a envia pelo correio”.

– “QUE TIPO DE CONTATO DEVO RECEBER DO SISTEMA?

Os contatos serão feitos pelo telefone, no horário que você indicar na ficha de inscrição, por atendentes especializados (grifamos). No mínimo uma vez por mês você receberá um contato telefônico que objetivará obter informações sobre seu tratamento (grifamos), como por exemplo, o seguimento das recomendações do seu médico, a sua aceitação quanto ao medicamento receitado, sua melhoria com o tratamento e aspectos relativos a seus hábitos de vida. Você também será informada sobre a necessidade de retorno para as consultas periódicas”.

(...)

“COMO POSSO OBTER O MEDICAMENTO E RECEBÊ-LO EM MINHA CASA?

Para aquisição do medicamento, com desconto e entrega em domicílio, você receberá um boleto para efetuar o pagamento no banco. Confirmado o pagamento, o medicamento lhe será enviado pelo correio”.

## PARECER

Qualquer que seja a relação da Medicina com o paciente, os valores éticos e morais devem permanecer intocáveis, não capitulando à liberalidade econômica defendida pela “doutrina de mercado”.

O uso da terapêutica a distância, através da prescrição médica contabilizada pelos laboratórios farmacêuticos, deve ser considerada antiética pois tenta submeter o exercício da profissão a uma estranha interferência e o paciente ao uso irracional de medicamentos. Tal situação contribui para o enfraquecimento da relação médico-paciente.

De priscas eras vem o ensinamento, extraído do juramento de Hipócrates:

“Aplicarei os regimes para o bem do doente, segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. À ninguém darei por com prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda.

Aquilo que no exercício, ou fora o exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto.”

Em tempos modernos, o Código de Ética Médica, em seu artigo 102, explicita: “É vedado ao médico: revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.” Nessa linha doutrinária temos ainda o artigo 117, onde lê-se: “É vedado ao médico: elaborar ou divulgar boletim médico que revele o diagnóstico, prognóstico ou terapêutica (grifamos), sem a expressa autorização do paciente ou de seu responsável legal.”

Sobre a necessidade da preservação do segredo médico, fundamento da relação médico-paciente, o brilhante conselheiro Marco Antônio Becker assim se manifesta: “O que há de mais nobre na profissão médica é o dever do segredo

médico. É nele que se alicerça e fortalece a relação médico – paciente. Se o médico falhar nesse dever irremediavelmente essa relação é rompida e a confiança depositada no médico é quebrada. Infelizmente, nos dias de hoje, os valores pecuniários e a idolatria ao vil metal se sobrepõem ao mais elementares preceitos éticos e morais. À guisa do lucro, o ser humano é usado como meio para o alcance do fim mercantil.”

Portanto, sob qualquer aspecto, a utilização da prática médica e a intromissão inaceitável na relação médico-paciente, objetivando banalizar o uso dos medicamentos, é de todo condenável, trazendo conseqüências indesejáveis tanto para o paciente-usuário como para o prescritor médico. Devendo ainda ser repelida por infringir dispositivos legais, como o Decreto-Lei nº 4.113, de 14.2.42, que preceitua:

“Artigo 1º - É proibido ao médico:

(...)

IV – consultar por meio de correspondência, pela imprensa, caixa postal, rádio ou processo análogo.”

O estímulo à prática consumista e medicalizadora promovida pela indústria farmacêutica tem se constituído em verdadeiro transtorno, que assume proporções cada vez maiores. É preciso defender de forma intransigente o uso racional dos medicamentos, bem como analisar a relação risco/benefício contida em todo medicamento, para que os mesmos atuem promovendo inegáveis rendimentos para o paciente.

Quantos medicamentos estão registrados e comercializados no país? A Secretaria de Vigilância Sanitária não tem resposta para a relevante questão, diante de sua importância no âmbito do controle fiscal e sanitário.

Os médicos devem, sempre, buscar prescrever com base no princípio ativo do fármaco, e não pelo nome comercial ou de fantasia. Os médicos, em sua grande maioria, talvez não saibam e os consumidores muito menos que um mesmo medicamento pode ter uma diferença de quase 300% no preço, dependendo da marca ou do fabricante.

Existe um número excessivo de postos de vendas de medicamentos, cada esquina das ruas de nossas cidades dispõe de uma “farmácia”, vendendo perigosamente produtos farmacêuticos sem a presença do farmacêutico e sem prescrição médica. A população consome medicamentos desnecessários, de baixa qualidade, custo elevado, até medicamentos falsificados.

Numa ordem natural, no momento em que surge uma intoxicação aguda ou outro efeito adverso ao paciente, quem responde pelo mesmo é o médico, e não a indústria. Não é á toa ser corrente a afirmação de que “medicamento é o melhor negócio do mundo”, principalmente num país onde a vigilância sanitária tem um papel inexpressivo e dependente do poder econômico e político no setor.

Portanto, é preciso questionar qual a necessidade que a população tem de um serviço como esse, “de pronta-entrega” de medicamento, através de conta bancária.

É natural que os laboratórios se sirvam de técnicas de comércio. O problema começa quando o paciente procura um médico e acaba por comprar um remédio que não sabe bem se lhe foi indicado por necessidade ou por conveniência de mercado.

A prescrição que o médico faz no final da consulta, é o reflexo resumido de suas atitudes e expectativas em relação ao curso da doença e ao papel que os

fármacos podem ter no seu tratamento.

Sobre a utilização racional de medicamentos, Lexchin<sup>1</sup> afirma que “se os médicos tivessem acesso fácil às informações científicas atualizadas sobre terapia, poderiam não ser tão ávidos em confiar nas empresas farmacêuticas, para a sua educação médica contínua.”

As companhias farmacêuticas sabem há muito que os médicos, no momento em que deixam a escola e se estabelecem na prática clínica, são isolados do mundo da farmacologia. Apenas os que estão bastante interessados e encontram tempo suficiente se manterão a par dos últimos progressos na terapêutica médica. Daí investirem num vulnerável contingente exposto a este tipo de prática.

O processo de prescrição é pouco conhecido, uma vez que é muito complexo e poucos estudos têm sido realizado sobre o seu desenvolvimento. Por isto, a prescrição é, de certo modo, a “caixa preta” da cadeia dos medicamentos.

O uso racional de medicamentos constitui-se numa estratégia defendida pela OMS, para reduzir os riscos quanto às reações adversas provocadas pelos mesmo.

Neste caso, sendo o usuário medicado à distância e monitorado por um laboratório interessado em promover seus produtos, como detectá-las? Como alertar sobre seu potencial de risco; a interação com outros medicamentos, substâncias ou alimentos? Como orientar o paciente – usuário de mala direta de medicamentos – sobre a necessidade de trocar de medicamentos?

O 7º Encontro Internacional da CIMS – Comissão de Integração de Médicos do MERCOSUL, realizado em Buenos Aires em junho de 1997, defende nas suas conclusões o seguinte encaminhamento: (...)

“4. Propiciar que as legislações tendam a assegurar que a venda de medicamentos se faça exclusivamente em farmácias habilitadas e sobre a responsabilidade permanente de profissional farmacêutico.”

Durkheim<sup>2</sup>, filósofo alemão, distingue dois tipos de moral: a moral universal (dos homens) e a moral profissional, sobre esta afirma:

“Uma moral é sempre obra de um grupo, e só pode funcionar se esse grupo a protege com a sua autoridade.”

Como uma profissão de consulta e terapia, a medicina e medicamentos são indissociáveis. Ao isolar-se do consulente, corre o risco de esvaziar seu conteúdo social, reduzindo suas possibilidades técnico-científicas.

Portanto, considero antiética a prescrição médica através de formulários produzidos e controlados por laboratórios farmacêuticos.

Os médicos devem se manter atentos enquanto prescritores, pois será sempre necessária uma relação de proximidade, orientação e acompanhamento junto ao paciente. Um fármaco simples, como a dipirona, pode provocar agranulocitose, doença fatal caracterizada pela queda dos mecanismos de defesa contra infecções oportunistas.

De acordo com estatísticas universais, os medicamentos são os principais agentes responsáveis pelas intoxicações acidentais agudas em crianças e idosos. Recentemente, o JAMA, respeitável publicação científica da Associação Americana de Medicina, inclui a intoxicação medicamentosa como uma das causas importantes de mortalidade naquele país, ao lado do câncer, infarte e derrame. Este fato decorre



de vários fatores, entre os quais: o aparecimento cada vez mais freqüente de medicamentos novos e mais potentes, aliado a um processo de banalização dos mesmos: a tendência generalizada da automedicação e a imprudência ou negligência no manuseio do medicamento.

O setor de medicamento no Brasil movimentava anualmente muitos bilhões de dólares. É um poder financeiro muito grande. Entretanto, os médicos não devem submeter-se à imposições do mercado farmacêutico e muito menos aceitar redução de suas responsabilidades perante o paciente quando do ato prescritivo, sob pena de responder por seus atos, no campo das penalidades éticas, por infração aos artigos 10, 98 e 102 do Código de Ética Médica.

Este é o parecer SMJ.

Brasília-DF, 09 de setembro de 1998

José Ricardo de Holanda Cavalcanti  
Conselheiro Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária 10/2/99

**Palavras Chave** - programa laboratorial antiético

**Key Words** - antiethic drug program

## ERRATA

### ATENÇÃO SRS LEITORES E BIBLIOTECAS

Por um erro da Gráfica, a revista "Arquivos do CRMPR" teve em sua capa do último nº 61 um indicativo catalográfico imperfeito, quando ao invés de ser editado v. 16 - n. 61 - janeiro/março - 99, corretamente foi impresso v. 16 - n. 61 - abril / junho - 99, erradamente.

A maioria das revistas teve o erro corrigido, mas aquelas que não o foram, pedimos que seja colocada a correção anexa.

Solicitamos desculpas pela ocorrência.

- janeiro / março - 99

# PRÁTICA DA DISTANÁSIA

Parecer CRM/R

O Diretor Clínico da Paraná Assistência Médica, Dr. Paulo Rodrigues de Lima, solicita apreciação e parecer deste Conselho quanto ao caso da paciente M. M. P. atendida no Hospital Paraná da cidade de Maringá.

## DOS FATOS

I – A paciente Sra. M. M. P, 54 anos, portadora de carcinoma de cólon com metástases hepáticas e pulmonares é submetida em junho de 1998 a ressecção de metástase localizada no pulmão direito e fígado. Em 29 de outubro é readmitida no hospital com diagnóstico de metástase cerebelar com quadro de convulsão, vômito seguido de broncoaspiração e insuficiência respiratória.

Evoluiu inicialmente com quadro de coma superficial e insuficiência renal aguda. Instituída terapêutica adequada permanece apresentando crises convulsivas repetidas, recuperando porém uma estabilidade hemodinâmica com uso de drogas vaso-ativas.

No dia 09 de novembro o médico F. P. B. registra na evolução do 12º dia de internação na Unidade de Terapia Intensiva; "coma profundo, pupilas midriáticas isocóricas não reagente." No mesmo dia, à tarde, a médica L. M. B. conclui, também, por "midríase paralítica." Em função da insuficiência respiratória a paciente é submetida à traqueostomia no dia 16 de novembro. No dia 19 de novembro lê-se na evolução "coma profundo, anisocoria D.E." No mesmo dia o médico A. P. constata instabilidade hemodinâmica apesar com o uso de substância vaso-ativa. Em 23 de novembro repete-se o registro de "pupilas midriáticas com arreflexia total." Em 28 de novembro a paciente apresenta uma apnéia prolongada acompanhada de ritmo respiratório tipo Cheyne-Stokes. Em 01 de dezembro em função da presença de hidrocefalia procede-se a uma derivação ventrículo-peritoneal. Em 04 de dezembro estabelece-se o diagnóstico de morte cerebral. Às 7:30 horas de 09 de dezembro constata-se o óbito por parada cárdio-respiratória.

A análise da prescrição médica mostra que mesmo após o diagnóstico estabelecido de morte cerebral manteve-se o uso de drogas vaso-ativas (revivan) assim como antibióticos de última geração (fortaz e vancomicina).

Durante os quarenta e sete dias de internação a despesa gerada pelos cuidados à paciente identificada na categoria "Pan-pre e custo" foi de 164.486 D.B.

A questão apresentada ao CRM pelo Diretor Clínico da Paraná Assistência Médica Ltda., médico Paulo Rodrigues de Lima, portador do CRM 4187-Pr é: "Gostaríamos de uma avaliação no sentido de afastar a possibilidade da prática de distanásia."

## II – CONCEITUAÇÃO DA DISTANÁSIA

Todos os profissionais comprometidos com a ética no exercício da medicina têm presente as dificuldades em tomar decisões que envolvem a vida humana. Somente um correto planejamento que leva em conta sempre a dignidade do ser humano nos contemplará com uma decisão acertada. Condutas médicas

equivocadas podem levar ao sofrimento desnecessário do paciente, de seus familiares, bem como podem gerar demandas judiciais complexas.

A palavra eutanásia (do grego "euthanasia" morte serena, sem sofrimento) é hoje substituída por ortotanásia que significa a suspensão de todo tratamento desproporcional ante a situação de morte iminente. Considerada uma forma ética de prática da medicina que respeita o direito o que se convencionou denominar "morte digna" e faculta aos médicos a não utilização de procedimentos considerados desproporcionados e inúteis que somente prolonguem a agonia do enfermo. Pois bem, a distanásia é justamente a aplicação imoderada de procedimentos desproporcionais que somente prolongam o sofrimento e em nada atendem a qualidade de vida do paciente. A literatura consagrou também os termos futilidade ou encamiçamento terapêutico.

Por não existir na formação profissional uma adequada reflexão sobre essa temática não é infreqüente que o médico considere como sua missão primacial oferecer toda a tecnologia que esteja ao seu alcance para manter o paciente vivo, independente da qualidade de vida. Por outro lado, todos sabemos os intermináveis recursos que dispõe a medicina moderna para manter as variáveis vitais mesmo nas situações clínicas mais adversas. O médico dominado por esta obstinação terapêutica considera como seu dever prolongar o máximo possível o "funcionamento" do organismo do paciente ignorando toda dimensão da vida humana que não seja a biológica e, sobretudo, negligenciando a qualidade de vida que assim é obtida desprezando a vontade explícita ou presumida do paciente. Manter a vida de um paciente terminal por mais alguns dias se torna mandatário para o médico. O preço dessa obstinação é uma soma incalculável de sofrimentos desnecessários, tanto para o moribundo quanto para seus familiares. Há que se considerar ainda a possibilidade de significativos prejuízos patrimoniais às famílias envolvidas, assim como o ônus representado às instituições de saúde que contam com poucos recursos para a prestação de assistência médica.

É fundamental que os médicos considerem que a crescente disponibilidade de meios diagnósticos e terapêuticos não os obriga moralmente a usá-los sempre. Os esforços para prolongar a vida podem lícitamente ser omitido desde que considerados extraordinários ou desproporcionais. Mas como caracterizar um procedimento como extraordinário ou desproporcional?

Na década de oitenta a literatura médica introduziu o termo "futilidade" para identificar alguns procedimentos diagnósticos ou terapêuticos considerados inúteis. Isso se deveu ao fato do expressivo incremento de tecnologias invasivas ou não que os médicos adquiriram para intervir sobre o corpo humano retardando a morte. As chamadas técnicas de suporte vital, a partir sobretudo dos anos sessenta, permitiram a manipulação da morte até limites nunca antes imaginado. A tese clássica que dominou a conduta médica de que nunca se devia privar um paciente de qualquer benefício por mínimo que fosse a perspectiva de vida passou a ser questionada. O médico passou a conviver com o incômodo de saber que nem todo o tecnicamente possível é eticamente correto e que há que se considerar uns limites racionais para aplicação de alguns procedimentos terapêuticos. O termo fútil ou desproporcional passou a ser empregado para designar uma conduta aplicada ao paciente que não lhe proporcionava um benefício sustentado, mas sim a manutenção precária de alguns dados vitais.

Em 1990, Albert Jonsen publica no livro "Annals of Internal Medicine" o artigo "medical Futility: Its meaning and ethical implications" em que afirma que um tratamento que mantém o paciente em estado de inconsciência permanente ou que não suspende a dependência da unidade de terapia intensiva deve ser considerado fútil.

Ocorre que as decisões médicas são sempre prováveis, quase nunca dominadas pela certeza. Surge, então, a questão de se identificar um índice aceitável para a tomada de decisões que envolvem pacientes críticos. Trata-se, enfim, de optar por uma decisão prudente que reduza ao máximo a probabilidade de erro. A incerteza, pois, deve reduzir-se a um mínimo prudencial que não é absoluto. Segundo Diego Gracia, eminente médico e bioeticista espanhol esse limite está entre 1% e 5%. Assim sendo, poder-se-iam considerar fúteis todas as medidas de suporte vital em um paciente crítico cujas chances de morrer são superiores a 95%. Os conceitos de ordinário/extraordinário guardam relação direta com o princípio da autonomia do ser humano, já os de futilidade/utilidade referem-se ao princípio da justiça. Procedimentos médicos fúteis não contemplam a beneficência, sendo eticamente malifcentes, portanto condenáveis. Do mesmo modo a aplicação desproporcional de medidas terapêuticas que apenas prolonguem a agonia do paciente não têm sustentação moral.

Em suma, praticar distanásia significa executar procedimentos médicos fúteis, extraordinários e desproporcionais que apenas adiam por um curto período de tempo a morte que se sabe para o caso inevitável.

### III ANÁLISE DO CASO

Vamos considerar, no caso em pauta, dois momentos:

1º) O procedimento cirúrgico realizado em junho de 1998 e que consistia na retirada de metástases do carcinoma colônico no fígado e no pulmão direito. A literatura anexa a esse parecer demonstra de maneira segura que foi um procedimento amparado em evidências científicas e beneficente para a paciente.

2º) A terapêutica realizada por ocasião da internação hospitalar de 29 de outubro à 9 de dezembro de 1998.

A apreciação da evolução do caso parece caracterizar um paciente terminal com carcinomatose generalizada, coma profundo, falência de múltiplos órgãos e que em nenhum momento, gerou a expectativa clínica de recuperação.

A evolução do prontuário mostra uma equipe de saúde com grande competência técnica e que se aplicou em corrigir todas as intercorrências clínicas sem, porém, considerar a característica de terminalidade da paciente. Tem-se a impressão, salvo melhor juízo, que o diagnóstico de morte cerebral foi estabelecido em tempo posterior à sua real ocorrência. A obstinação terapêutica fica caracterizada quando apesar de estabelecido o diagnóstico de morte encefálica foram mantidas na prescrição as drogas vaso-ativas e os potentes antibióticos. Salvo melhor juízo, também, a partir de meados de novembro, o diagnóstico de coma profundo irreversível foi reconhecido por toda a equipe médica o que em nada reduziu o empenho de realizar todos os procedimentos terapêuticos, inclusive, o de uma derivação ventrículo-peritoneal executado pela mesma equipe que passados três dias estabeleceu o diagnóstico de morte cerebral. Toda essa obstinação terapêutica redundou em uma internação prolongada, gastos significativos sem qualquer benefício perceptível para a paciente. Em nenhum momento está registrado no prontuário a preocupação da equipe em avaliar em conjunto o prognóstico da doença de base da enferma.

## IV – CONCLUSÃO

Da avaliação dos dados disponíveis concluímos que realmente houve prática de distanásia na condução do caso em questão.

Salientamos, outrossim, que a obstinação terapêutica e a utilização de procedimentos desproporcionais constituem conduta habitual entre os médicos formados em nosso país. Esse fato se deve a múltiplos fatores sendo os mais importantes:

- Formação profissional centrada na doença e não na pessoa humana enferma.
- A precária formação humaníssima dos profissionais de saúde, que os faz desconsiderar o ser humano como uma realidade biopsicosocial como uma soma de variáveis biológicas.

- A educação médica que cultua acriticamente a tecnologia.

- A formação acadêmica cativa do modelo cartesiano que concebe o ser humano dividido em compartimentos biológicos afeito a cuidados de profissionais sub-especializados com precária visão geral. Imagina-se desse modo que a soma dos cuidados dos diferentes especialistas resulte sempre em bem atender o ser humano enfermo. A concepção equivocada de morte e do processo de morrer e, por consequência, o entendimento distorcido do significado da vida.

- Em suma, os médicos envolvidos no presente caso não são culpados por suas decisões profissionais, mas sim vítimas de um sistema formador inadequado e até mesmo deformador. Para corroborar o que acabo de afirmar retomo as conclusões de uma famosa pesquisa realizada na década de sessenta nos E.U.A. com estudantes do curso de medicina. Ficou demonstrado que ao ingressar na Universidade a grande maioria dos estudantes era dominado por um espírito marcadamente altruístico buscando auxiliar e confortar o ser humano enfermo. Ao término do curso as mesmas pessoas mostravam-se frias, cativas a tecnologia e, segundo o autor, profissionais clínicos. Diante dessa realidade, parece imperioso uma reforma curricular do curso de medicina que inclua o ensino da ética não como um amontoado de regras morais, mas sim com uma imprescindível formação humaníssima exigida pelo consagrado princípio hipocrático da beneficência. Se assim fizermos estaremos preservando a medicina como arte à serviço da humanidade, se insistirmos no contrário, estaremos moldando técnicos frios e insensíveis aos sofrimentos do ser humano e transformaremos os médicos em meros reparadores de desvios biológicos. Afinal como registra o livro do Eclesiástico: “Diante do homem estão a vida e a morte, o bem e o mal; ele receberá aquilo que preferir”. Devemos almejar que a opção seja pela vida, pelo bem do enfermo, pela medicina como arte e não como uma pobre técnica que desconsidera o valor sagrado do ser humano.

É o parecer.

Dr. José Eduardo de Siqueira  
Conselheiro Sindicante

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 12/4/99

**Palavras Chave** - distanásia  
**Key Words** - dysthanasia

# AGENTE DE INSPEÇÃO DO TRABALHO, DO MINISTÉRIO DO TRABALHO

Parecer CFM

## EMENTA

A previsão legal permite ao AIT o acesso a quaisquer documentos, sendo que observações técnicas em medicina serão realizadas por médico após solicitação do agente em questão.

## DA CONSULTA

Dr. Albucacis de Castro Pereira encaminha os seguintes considerandos, culminando com questionamento:

“Considerando o disposto na Norma Regulamentadora – 7 (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO), da Secretaria de Segurança no Trabalho (SSST), do Ministério do Trabalho, e suas Notas Técnicas;

Considerando que o PCMSO deve se caracterizar pela “prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho” (item 7.2.3);

Considerando que o PCMSO é um programa que deve ser coordenado por um médico indicado pelo empregador (item 7.3.1);

Considerando que o PCMSO trata da realização dos exames médicos a que devem ser submetidos os trabalhadores, incluindo avaliação clínica e exames complementares (itens 7.4.1 e 7.4.2);

Considerando que os exames complementares, preconizados na Norma Regulamentadora – 7, e sua periodicidade podem ser alteradas ou reduzidas, “a critério do médico coordenador, ou por notificação do médico agente da inspeção do trabalho, ou mediante negociação coletiva” (itens 7.4.2.1 e 7.4.2.3);

Considerando que a Norma Regulamentadora nº 7 da SSST, emitida através de despacho em 01/10/96, ao comentar os itens 7.4.2.1 a 7.4.3.2, cita “o médico agente da inspeção do trabalho, com base na inspeção efetuada na empresa, poderá notificá-la, com vista a alteração do PCMSO... Recomenda-se que, antes da notificação, sempre que possível, o médico agente da inspeção do trabalho, discuta, tecnicamente, com o médico que elaborou o PCMSO...”

“Vimos através desta fazer as seguintes consultas a este Conselho:

Pode um Agente de Inspeção do Trabalho (AIT) do Ministério do Trabalho, que não seja médico, realizar inspeção dos itens elencados na Norma Regulamentadora – 7 (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional)?

Não estaria havendo fiscalização de ato médico por profissional não habilitado para tal, se um AIT, não médico, notificasse uma empresa para alterar partes de seu PCMSO, como por exemplo, os exames complementares?”

## DO PARECER

Apesar de a especialidade de Medicina do Trabalho e suas atribuições em relação ao PCMSO, bem como a competência do Agente de Inspeção do Trabalho, atual Fiscal do Trabalho, serem previstas em lei, não nos furtamos a emitir opinião sobre a consulta.

Iniciamos pelo Decreto nº 55.841, de 15/03/65 que aprova o Regulamento de Inspeção do Trabalho. Consta em seu art. 6º: "Os empregadores e seus prepostos exhibirão obrigatoriamente aos Agentes de Inspeção do Trabalho o quadro de horários, livros(...) ou outros documentos julgados necessários à inspeção do trabalho."

No art. 8º consta: "Para a fiel execução da ação fiscal, compete aos Inspectores do Trabalho:

a) (...)

b) (...)

p) notificar os empregados no sentido de que adotem medidas de imediata aplicação – sujeitos a posterior confirmação técnica – quando ocorrer perigo iminente, a seu ver, para a saúde ou para a segurança dos trabalhadores."

No art. 9º consta: "A inspeção do trabalho, sempre que se fizer necessário, solicitará o concurso de especialistas e técnicos devidamente qualificados em medicina, em mecânica, eletricidade e química, assim recorrerá a laboratórios técnicos-científicos governamentais, a fim de assegurar a aplicação das disposições legais relativas à higiene e segurança do trabalho, não implicando, todavia, tal colaboração qualquer vinculação ao sistema da inspeção do trabalho."

No art. 10 consta: "Aos médicos do Trabalho e aos Engenheiros, de que trata o art. 2º, item II, alíneas "b" e "c", compete no âmbito de sua especialização:  
(...)

f) determinar medidas técnicas de proteção ao trabalho, de imediato e irrecusável cumprimento pelo empregador, sempre que comprove a existência de perigo iminente para a saúde ou para a segurança dos trabalhadores."

A NR 7, em seu item 7.4.6.3, diz que "O relatório anual do PCMSO poderá ser armazenado na forma de arquivo informatizado, desde que este seja mantido de modo a proporcionar o imediato acesso por parte do agente de inspeção do trabalho."

Respostas aos questionamentos:

Quanto à primeira pergunta, eis que o item 7.4.6.3 da NR 7 autoriza o acesso do Agente de Inspeção do Trabalho ao PCMSO e o art. 6º do Decreto nº 55841/65 que regulamenta a inspeção do trabalho, permite liberar "outros documentos julgados necessários à inspeção do trabalho."

Quanto à segunda pergunta, sobre fiscalização de ato médico por profissional não habilitado que notificasse empresa para alterar partes de seu PCMSO, como por exemplo os exames complementares, podemos entender de maneira diversa. O PCMSO é um documento genérico, com formatação prevista em lei. Se algumas de suas obrigações previstas não estiverem sendo cumpridas, como avaliação de marcadores biológicos na periodicidade prevista em lei, não será um ato médico, mas uma exaltação ao cumprimento da lei. E atentar para o cumprimento da lei é obrigação de ofício do AIT. Em sendo a observação notificada fora da previsão legal, desviando para uma observação técnica, é cristalino que um recurso ao órgão competente deveria ser impetrado, vez que, mesmo nas situações de perigo iminente à saúde ou segurança do trabalhador, na opinião do AIT está sujeita à confirmação técnica (Decreto nº 55841/65, art. 8º, alínea "b").

Este é o parecer, S.M.J.

Brasília-DF, 20 de outubro de 1998

Lúcio Mario da Cruz Bulhões  
Conselheiro Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 12/02/99

**Palavras Chave** - agente de inspeção do trabalho

**Key Words** - worker inspector

## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### "Nota oficial:Referência - Planos de Saúde

O Conselho Regional de Medicina, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei 3268/72 e tendo em vista o que dispõe o artigo 2º, item VI, da Resolução 007 de 03/11/98, do Conselho Nacional de Saúde Suplementar, vem esclarecer à classe médica e à população que : 1) A identificação do diagnóstico pela classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), exceto nos casos de doenças de notificação compulsória, somente será admissível mediante **consentimento expresso do paciente ou de seu responsável legal**. 2) É vedada sob qualquer pretexto, a retenção de honorários médicos, ainda que por entidade prestadora de serviços de saúde, conforme dispõe o artigo 97 do Código de Ética Médica.

Curitiba, 07 de janeiro de 1999.

Cons. Luiz Sallim Emed, presidente.



# RESPONSABILIDADE POR TRANSFUSÃO DE SANGUE

Parecer CFM

## EMENTA

O anestesiológista possui autonomia profissional para indicar ou contra-indicar procedimentos visando sempre o bem-estar do paciente sob sua responsabilidade. Com tal precípua, o ato anestésico-cirúrgico não deverá ser iniciado se não houver segurança para sua realização, devendo, neste caso ser suspenso.

## PARECER

O dr. Jorge Alves da Silveira, anestesiológista, consultou ao CRM-PA sobre a responsabilidade pela previsão de sangue para transfusão, se necessária, durante o ato cirúrgico, e qual a conduta a ser adotada em havendo discordância entre os membros da equipe, cirurgião e anestesista. Consubstanciou suas dúvidas em quatro questões diretas, que foram respondidas pelo conselheiro regional dr. Antônio Gonçalves Pinheiro e cujo parecer foi aprovado naquele Regional em Sessão Plenária realizada em 16.6.98.

As questões e respostas dadas foram:

"1 – A quem atribuir a responsabilidade médica, dentre os membros da equipe cirúrgica, da solicitação de reserva de sangue para eventual transfusão em cirurgias eletivas?

R – Em cirurgias eletivas, portanto em pacientes previamente preparados para o ato, devem ser previstas possíveis transfusões. Cabe ao médico assistente a reserva se assim achar necessária."

Comentário. Com efeito, quem tem o dever, a obrigação de tecnicamente prever a possibilidade de vir a necessitar transfundir sangue é o cirurgião, pois é ele quem decide qual abordagem cirúrgica vai efetuar, se a técnica a executar gera habitualmente grandes perdas sangüíneas, havendo assim maior risco. Enfim, são dados estatísticos que o levam a decidir. Se assim não fosse, toda e qualquer cirurgia seria precedida de reserva de sangue. A resposta, portanto, está correta. A responsabilidade é exclusiva do cirurgião.

"2 – Como proceder o médico anestesiológista, quando divergir do médico cirurgião a respeito da necessidade de provável transfusão durante o transoperatório?

R – Nas cirurgias eletivas, deve o anestesiológista realizar avaliação pré-anestésica no paciente. Se desta sua avaliação decorrer divergência quanto a necessidade de transfusão, é aconselhável que para o bem do paciente, que deve ser este o objetivo principal da atividade médica, haja entendimento entre o cirurgião e o

anestesiologista, no sentido de que prevaleça o bom senso e a boa prática da medicina.”

Comentário. Não me parece, salvo melhor juízo, que a resposta tenha sido clara e fundamentada o suficiente. A Resolução CFM nº 1.363/93 prevê:

“Art. 1º. Determinar aos médicos que praticam anestesia que:

I – Antes da realização de qualquer anestesia é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente a ser submetido à mesma, cabendo ao anestesista decidir da conveniência ou não da prática do ato anestésico, de modo soberano e intransferível;”

Resposta. As condições hematológicas e hemodinâmicas do paciente devem ser avaliadas pelo cirurgião e pelo anestesista. A este interessam as condições atuais, pré-operatórias, se está ou não em condições de ser anestesiado em segurança. Se entender, o anestesista, que há necessidade de elevar sua taxa de hemoglobina, por exemplo, deve contra-indicar a anestesia e comunicar o fato ao cirurgião, a quem caberá determinar a transfusão ou solicitar avaliação por outro anestesista, se assim o desejar.

“3 – Deve o médico anestesiologista contra indicar o procedimento cirúrgico quando prever necessidade de transfusão sangüínea, não havendo reserva do sangue ou for impossível conseguí-lo rapidamente, em situações onde o paciente não corra risco de vida, mesmo com a insistência do cirurgião em realizar o ato?”

R – Caso esse entendimento não seja possível, o anestesiologista pode (grifo nosso) desde que não haja prejuízo para o paciente, recusar-se a executar seu trabalho. Se ao contrário, para o bem do paciente, tiver que por insistência do cirurgião, realizar o ato anestésico, deve o anestesiologista, anotar na documentação (prontuário) sua opinião fundamentada.”

“4 – A que médico se atribui a responsabilidade, quando ocorre óbito por inexistência de sangue para transfusão durante o ato cirúrgico?”

R – A responsabilidade por óbito de paciente em casos como o citado, devem ser motivo de apuração em Processo Ético Profissional no Conselho Regional de Medicina, decorrente de denúncia de profissional que tenha conhecimento do fato.”

Comentário. A resposta dada é a correta.

Este é o parecer que submeto ao plenário.

Brasília-DF, 30 de outubro de 1998

Léo Meyer Coutinho  
Conselheiro Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 12/2/99

**Palavras Chave** - transfusão de sangue, responsabilidade do anestesista na transfusão  
**Key Words** - blood transfusions, blood transfusions and anesthesiologist responsibility

# ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA.

## LEI Nº 9263 DE 12/01/1996

Parecer CFM

### EMENTA

Veda a esterilização durante partos ou abortos. A legislação vigente, apresenta como única ressalva a comprovada necessidade por cesarianas sucessivas.

### PARTE EXPOSITIVA

Dr. Roberto Carvalhosa encaminha, em 27/09/98, a seguinte consulta via e-mail: "Consulta referente à lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 (leg. Federal).

Ela permite a esterilização voluntária, dentro das condições específicas, quando existe um prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e a realização do ato operatório.

Mas, veta a cirurgia em mulheres durante os períodos de parto ou aborto, "exceto nos casos de comprovada necessidade ...".

Considerando-se um casal que planeja a sua prole e antes de engravidar ou durante o pré-natal, guardando todas as determinações previstas nesta lei, manifesta o desejo de esterilização cirúrgica da mulher, poderá ter o seu desejo consumado no final da gravidez (logo após o parto vaginal ou no ato do parto cirúrgico)?

Grato pela atenção e consideração da resposta.  
Roberto Carvalhosa".

### PARTE CONCLUSIVA

O parágrafo 2º do artigo 10 da lei 9.263, de 12/01/96, reafirmada na Portaria nº 144 SAS/MS, veda "a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto".

Esta disposição define claramente a intenção do legislador em não permitir discussão ou planejamento voluntário da prole, pelo casal interessado, durante os períodos de parto ou aborto, ou mesmo programar previamente para estes períodos. A exceção, por comprovada necessidade nos casos de cesarianas sucessivas anteriores, é uma ressalva essencialmente de ordem técnica, a qual libera o casal da vedação regulamentada em lei.

Nestes casos, posto que são decisões de ordem técnica, poderão até mesmo ser programadas.

Ante o exposto, a legislação de clareza meridiana são estes casos, e tão somente nestes casos, de comprovada necessidade, em que se permite a esterilização durante o parto.

Este é o nosso parecer, S.M.J.

Brasília-DF, 18 de novembro de 1998

Lúcio Mario da Cruz Bulhões  
Conselheiro Relator

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 09/04/99

**Palavras Chave** - esterilização voluntária

**Key Words** - voluntary sterilization

# JULGAMENTOS ÉTICO-PROFISSIONAIS PÚBLICOS

Parecer CFM

## EMENTA

Os processos ético-profissionais correm em segredo de Justiça.

Por total concordância com o parecer da Assessoria Jurídica, adoto-o na íntegra:

“Trata-se de processo consulta formulado pelo Dr. E. Christian Gauderer, especialista em psiquiatria infantil e do adolescente, no qual questiona este Conselho Federal de Medicina: a) quanto à possibilidade de realização de julgamento a “portas abertas”; b) quanto ao posicionamento deste CFM no que tange à obrigatoriedade de um médico informar às autoridades competentes abusos sexuais e mau-tratos cometidos ao menor.

Relativamente ao primeiro quesito, quanto à possibilidade de realização de julgamento a “portas abertas”, podemos desde logo afirmar que este procedimento não é possível, como doravante se demonstrará.

O artigo 155 do Código de Processo Civil, usado analogicamente ao Código de Processo Ético-Profissional, assim dispõe:

“Os atos processuais são públicos. Correm, todavia, em segredo de Justiça os processos:

I – em que exigir o interesse público;

II – que dizem respeito a casamento, filiação, separação dos cônjuges, conversão desta em divórcio, alimentos e guarda de menores.”

À vista do exposto, para melhor caracterizar a necessidade de que um processo ético-profissional deverá ser realizado em sessão sigilosa, cumpre definir o termo “interesse público”, em termos: “Não há definição do que seja interesse público, matéria que ainda se encontra em elaboração. É uma noção que varia de acordo com a mentalidade de cada época. Interesse geral. Interesse que não pode ter solução satisfatória através da iniciativa privada. Tudo o que diz respeito ao bem comum. Respeito ao trabalho e à poupança alheia. Proteção da economia popular. Proteção dos direitos do homem. Proteção da coletividade contra a ação de grandes grupos que monopolizam um setor da economia nacional (...) Direitos e garantias individuais (...)”<sup>1</sup> (grifamos)

Portanto, o interesse público alberga os direitos do homem e as garantias individuais.

A lei civil enumera os casos, nada impedindo que o juiz confira a outros o critério de processamento em sigilo, em virtude de interesse público.

Do mesmo modo, processos ético-profissionais devem tramitar em sigilo, em virtude do interesse público, o qual alberga os direitos e garantias individuais das partes de terem a sua privacidade resguardada, levando-se em conta que os fatos contemplados nos processos ético-profissionais são, na maioria das vezes, de foro íntimo e particular.

Diante disso, a abertura das sessões de julgamento ao público poderá gerar

1 in Enciclopédia do Advogado, Laib Soibelman, 5ª edição, Thex Editora.

nulidades processuais, de modo que o denunciado poderá sentir-se cerceado no direito de defesa, em virtude da publicidade que lhe advirá.

Assim, até mesmo a comunicação pública dos atos processuais do processo deve ser feita de maneira cifrada, de modo que permita a comunicação do ato apenas às partes e a seus procuradores.

Cumprе frisar que a circunstância de tramitar o processo em segredo impõe aos Conselheiros, na qualidade de diretores do processo, bem como a seus auxiliares, as partes e seus procuradores o dever legal de zelar pelo sigilo de tudo o que contém o processo.

## DENÚNCIA DE ABUSO SEXUAL E MAUS-TRATOS

### EMENTA

O médico tem o dever de comunicar às autoridades competentes os casos de abuso sexual e maus-tratos

No que tange ao posicionamento do CFM quanto à obrigatoriedade de o médico denunciar às autoridades competentes abusos sexuais e maus-tratos, a lei penal obriga o médico a comunicar crime de ação pública que independa de representação, conhecido no exercício da profissão. Esta comunicação não pode, todavia, expor o cliente a procedimento criminal. É o que estatui o artigo 66, inciso II da Lei de Contravenções Penais, ao reprimir a omissão de comunicação de crime.

Os casos de abuso sexual e espancamento de menores caracterizam-se como crimes de ação pública incondicionada, por independerm de representação, de modo que o menor está ao alvedrio de seus pais, que são seus responsáveis legais, os quais, *in casu*, geralmente são os autores do ato.

Dessa forma, nestes casos o médico está sujeito às regras do artigo 66, inciso II da Lei de Contravenções Penais, devendo comunicar a sua ocorrência às autoridades competentes, configurando-se como justa causa a revelação do segredo profissional.

Corroborando esse entendimento, o artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece que o médico deve comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou o adolescente, sujeitando o médico às penas administrativas."

Este é o meu parecer, S.M.J.

Brasília, 08 de dezembro de 1998

Nei Moreira da Silva  
Conselheiro Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 09/04/99

**Palavras Chave** - julgamento ético público, abuso sexual infantil, máus tratos  
**Key Words** - public ethical trial, physical abuse, infantile sexual abuse

# CURANDEIRISMO - PROPOSTA DE ALTERAÇÃO DA LEI

Parecer CFM

## EMENTA

Alteração do artigo 284 do Código Penal Brasileiro, oficializando, sob condições, a prática do curandeirismo (exercício de paranormalidade). Proposta rejeitada por ser desnecessária e inoportuna.

## PARECER

O consultante expõe em sua consulta:

"Como advogado e jornalista, sinto-me, de há muito, instado a colaborar com o conceito de curandeirismo/charlatanismo em nosso País, pois, como se sabe, a legislação penal brasileira ainda obedece a princípios medievais, absolutamente anacrônicos.

Enquanto no Primeiro Mundo o fenômeno paranormal é pesquisado cientificamente e levado a sério, expedindo-se autorizações precárias para que o supranormal trabalhe sob acompanhamento, inclusive pra fins de estudo, após a constatação do fenômeno pela ciência, aqui entre nós, é tratado como delinquente.

A idéia é ouvir todos os seguimentos (sic) envolvidos, a partir da proposta de redação a seguir. Não se quer conclusões emocionais, nem muito menos setorizadas. O que se quer é propiciar que nosso ordenamento penal evolua em relação ao assunto, de modo que não fique a desejar em face do Direito Penal dos países desenvolvidos, tudo isso após um amplo debate.

Importante: ao que nos consta o perigo não está no exercício da paranormalidade legítima, mas na atuação do verdadeiro charlatão. É tempo, pois, de estabelecer um divisor de águas. Daí o anteprojeto, que imediatamente despertou o interesse do deputado federal Milton Temer, conforme manifestação a seguir.

Muito agradeceria sua manifestação formal sobre a redação a seguir, do anteprojeto de lei, que está sendo requerida juntamente com outros pedidos formulados e outras lideranças e instituições representativas. Se possível até o dia 25 do corrente mês".

A proposta é transformar o parágrafo único do artigo 284 do Código Penal Brasileiro em parágrafo primeiro, e acrescentar um parágrafo segundo. Com a modificação teríamos o seguinte texto (em itálico o acréscimo):

"Art. 284. Exercer o curandeirismo:

I - Prescrevendo, ministrando ou aplicando, habitualmente, qualquer substância;

II - usando gestos, palavras ou qualquer outro meio;

III - fazendo diagnóstico;

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

Parágrafo primeiro. Se o crime é praticado mediante remuneração, o agente

fica também sujeito à multa.

Parágrafo segundo. Não se aplica o dispositivo neste artigo às pessoas portadoras de qualidades supranormais, ou sensitivas, assim reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, sob o acompanhamento deste, após constatação científica do fenômeno, desde que para fins de estudo ou de exercício humanitário dessas faculdades, sem interesse financeiro e sem exploração material de qualquer espécie."

Este relator não vê a necessidade dessa alteração e aponta vários argumentos:

1) a legislação vigente não impede, de forma alguma, que universidades, ou quaisquer outras instituições sérias de pesquisa, estudem tais casos. A imprensa tem noticiado isto;

2) o Conselho Federal de Medicina e os Regionais, já assoberbados com suas funções, não poderiam reconhecer e nem acompanhar esses estudos. Haveria, na verdade, a demanda de um "sem número" de pessoas pedindo inscrições para essa prática;

3) a ressalva "ou de exercício humanitário dessas faculdades, sem interesse financeiro e sem exploração material de qualquer espécie" seria a porta aberta para oficializar a exploração que já existe tanto da verdadeira como da falsa paranormalidade;

4) é preciso lembrar que o curandeirismo pode ser exercido até de boa fé, mas será prejudicial, e de má fé, com intuito lucrativo, mais prejudicial; ainda. O charlatanismo, que para alguns só pode ser praticado por médicos, como aquele é prejudicial à sociedade. É principalmente o "modus operandi" que caracteriza o delito, pois também o curandeiro pode prometer a cura;

5) é verdade que quem não encontra a cura na Medicina oficialmente praticada vai procurar qualquer outro recurso, e isto não podemos impedir, e na verdade nem devemos. É um direito meu, de qualquer cidadão, acreditar, aceitar, que a "imposição das mãos" ou qualquer outra prática, possa trazer-me algum benefício.

Por todo o exposto, proponho a rejeição da proposta de modificação, por acréscimo, do artigo 284 do Código Penal.

É o parecer, S. M. J.

Brasília, 26 de dezembro de 1998.

Léo Meyer Coutinho  
Conselheiro Relator

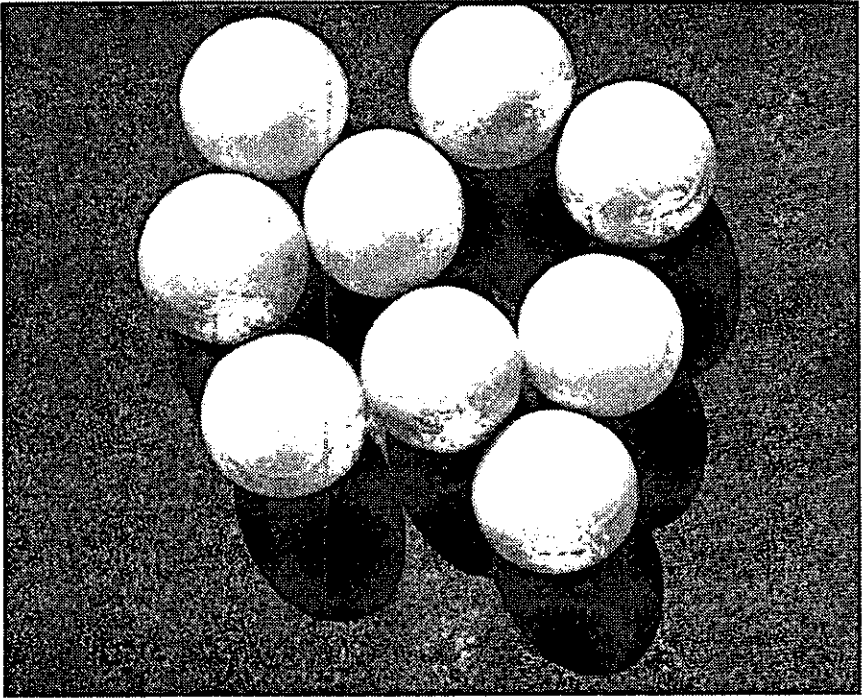
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 09/04/99

**Palavras Chave** - curandeirismo, charlatanismo

**Key Words** - charlatanism, quackery

# HISTÓRIA DA MEDICINA

Ehrenfried Wittig \*



**ESFERAS DE ACRÍLICO:** Confeccionadas com metacrilato de metila, estas "plombes" de acrílico foram usadas na forma de globo para colapsoterapia mecânica do pulmão. A cirurgia foi mais comum na década de 1950/60. Eram de material inerte e o colapso realizado pelo volume. Estes procedimentos cirúrgicos substituíram as toracoplastias convencionais onde se retiravam as costelas. As esferas eram introduzidas pelo gradeado costal e produzia-se uma pneumonólise extra muscular periostal. Este processo cirúrgico teve início na França, e no Brasil um dos seus pioneiros foi o Prof. João Luiz Bettega, da UFPR. Também o Prof. Daniel Egg da UFPR, realizou inúmeras cirurgias, ambos no Sanatório Médico-Cirúrgico, do Portão, em Curitiba. O Prof. Francisco Boscardim Netto utilizou o material do Sanatório, onde inicialmente foi acadêmico estagiário, para sua tese de pós especialização.

Doador: Francisco Boscardim Netto

**Palavras Chave** - história da medicina.

**Key Words** - medicine history.

\* Diretor do "Museu de Medicina" da Associação Médica do Paraná.  
Para doações, ligue para a secretaria da AMP - (041) 342-1415



## 1 - COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL (COFEP)

Presidente: Carlos Ehlke Braga Filho  
Secretária: Arninda  
Cons. Lúcia Helena Coutinho dos Santos  
Cons. Cícero Lotário Tironi  
Cons. Mariângela Batista Galvão Simão  
Cons. Renato Seely Rocco  
Cons. Rubens Klemann  
Cons. Sérgio Luiz Lopes

## 2 - COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO (CD)

Presidente: Monica de Biase Wright Kastrup  
Secretária: Suzana  
Cons. Sérgio Maciel Molteni  
Cons. Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa

## 3 - COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL (CQP)

Presidente: Mariña Cristina Milano Campos  
Secretária: Cleunice  
Cons. Jorge Rufino Ribas Tiri  
Cons. Niazzy Ramos Filho  
Cons. Manoel de Oliveira Saraiva Neto  
Cons. Iwan Augusto Colação  
Cons. Nilson Jorge de Mattos Pellegrini

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

Presidente: Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
Secretária: Cleunice  
Cons. Sérgio Luiz Lopes  
Cons. Jorge Rufino Ribas Tiri  
Cons. Rubens Klemann

## 5 - COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Presidente: Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Cons. Monica de Biase Wright Kastrup  
Cons. Marcos Flávio Gomes Montenegro

## 6 - COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS REGIONAIS/SECCIONAIS

Presidente: Gerson Zafalon Martins  
Secretária: Fernanda  
Cons. Roberto Bastos da Serra Freire  
Cons. Luiz Salim Emed  
Cons. Nilson Jorge de Mattos Pellegrini

## 7 - COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO

Presidente: Daebes Galati Vieira  
Secretária: Kelly  
Cons. Renato Seely Rocco  
Cons. Carlos Ehlke Braga Filho  
Cons. Célia Inês Burgardt  
Cons. Raquela Rotta Burkiewicz

## 8 - CORREGEDORIA DO CRMPR

Cons. Hélcio Bertolozzi Soares

## 9 - COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO, RECURSOS HUMANOS E PATRIMÔNIO

Presidente: Daebes Galati Vieira  
Cons. Roberto Bastos da Serra Freire  
Cons. Hélcio Bertolozzi Soares

## 10 - COMISSÃO DE LICITAÇÃO, LEILÃO E SEDE

Presidente: Wadir Ruppullo  
Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
Cons. Gerson Zafalon Martins  
Cons. Cícero Lotário Tironi  
Cons. Kernel Jorge Chammes

## 11 - COMISSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS E REMUNERAÇÃO

Presidente: Monica de Biase Wright Kastrup  
Cons. Mão Stival  
Cons. Raquela Rotta Burkiewicz

## DELEGACIA SECCIONAL DE APUCARANA

Dr. José Marcos Lavrador (Presidente)  
Dr. Carlos Alberto Gebrim Preto (Secretário)  
Dr. Guilherme Augusto Storer (Colaborador)  
Dr. Eivaldo Américo Gathardo Sanches (Suplente)  
Dr. Adail Rother Junior (Suplente)  
Dr. Altmar José Carletto (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE CAMPO MOURÃO

Dr. Antônio Sérgio de Azevedo Rebeis (Presidente)  
Dr. Moacir Ciulla Porciúncula (Secretário)  
Dr. Antônio Carlos Cardoso (Colaborador)  
Dr. Dairton Luiz Legnani (Suplente)  
Dr. Manuel da Conceição Gameiro (Suplente)  
Dr. Wilfredo Sérgio Sandy Saavedra (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

Dr. Keith de Jesus Fontes (Presidente)  
Dr. Nelson Ossamu Osaku  
Dr. Sérgio Luiz Cochinski (Secretário)  
Dr. José Fernando Carvalho Martins (Suplente)  
Dr. Milton Elias de Oliveira (Suplente)  
Dr. Moacir João Borgueti (Colaborador)

## 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. Rovilson Ravagnani (Suplente)  
Dr. Nilson Antônio Barufati Filho (Suplente)  
Dr. Hildegardis Zacar (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

Drª Vera Lúcia Dias (Presidente)  
Dr. Osmário Edson de Andrade Góes (Secretário)  
Drª. Alicia Darwich (Colaboradora)  
Dr. Humberto Pellegrini Maia (Suplente)  
Dr. Frederico Eduardo W. Vimond (Suplente)  
Drª Iara Rodrigues Vieira (Suplente)

## DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA

Dr. José Luis de Oliveira Camargo (Presidente)  
Dr. Edgard Luiz Westphalen (1º Secretário)  
Dr. João Henrique Steffen Junior  
Dr. Laércio Uemura  
Dr. Marcos Menezes Freitas de Campos  
Dr. Sylvio Carlos Silva Junior  
Dr. Adelmo Ferreira (Suplente)  
Dr. Edson Kenji Takaki (Suplente)  
Dr. José Eduardo de Siqueira (Vice-Presidente)  
Dr. Ludovico Pieri Neto (2º Secretário)  
Dr. Marcelo Agudo Carvalho de Mendonça (Suplente)  
Dr. Wanderley Zanotto Lopes dos Santos (Suplente)

## DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

Dr. Kernel Jorge Chammes (Presidente)  
Dr. Natal Domingos Gianotto (Vice-Presidente)  
Drª Maria Teresa de M. C. Coimbra (1ª Secretária)  
Dr. Mário Massaru Miyazato (2º Secretário)  
Dr. Minao Okawa  
Dr. Mário Lins Peixoto  
Dr. Aldo Yoshissuke Taguchi (Suplente)  
Dr. Giancarlo Sanches (Suplente)  
Dr. José Carlos Fernandes (Suplente)  
Dr. Luis Francisco Costa (Suplente)  
Dr. Oswaldo Rodrigues Truite (Suplente)  
Dr. Roberto Tanus Pazello (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

Dr. Paulo Roberto Mussi (Presidente)  
Dr. João Antônio Schemberk Júnior (1º Secretário)  
Dr. Eduardo Ernesto Obrzut Filho (2º Secretário)  
Dr. Antônio Motzuki (Suplente)  
Dr. César Augusto Macedo de Souza (Suplente)  
Dr. Pedro Soveral Bortot (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

Dr. Achilles Buss Junior (Presidente)  
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Secretário)  
Dr. Délcio Caran Bertucci Filho (Colaborador)  
Dr. Gilberto Luiz Ortolan (Suplente)  
Drª Margaret Zych (Suplente)  
Drª Marii Cybulski (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

Dr. Luiz Antônio de Mello Costa (Presidente)  
Dr. João Jorge Hellu (1º Secretário)  
Dr. Mauro Acácio Garcia (Colaborador)  
Dr. Guilherme Antônio Schmitt (Suplente)  
Dr. Luiz Carlos Cortes Derenusson (Suplente)  
Dr. Luiz Renato Ribeiro de Azevedo (Suplente)