

# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

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

ISSN 0104 - 7620

IMPRESSO

v. 17 - n. 65 - janeiro / março - 2000

**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 SUPLENTES**

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. 17	n. 65	p. 01-56	Jan./Mar.	2000
---------------------------	----------	-------	-------	----------	-----------	------

## **EDITOR**

Ehrenfried O. Wittig

## **CONSELHO EDITORIAL**

Carlos Ehlke 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 Geral : [crmpr@crmpr.org.br](mailto:crmpr@crmpr.org.br)  
Secretaria/Diretoria: [secdir@crmpr.org.br](mailto:secdir@crmpr.org.br)  
Assessoria Jurídica: [aj@crmpr.org.br](mailto:aj@crmpr.org.br)  
Cofep: [cofep@crmpr.org.br](mailto:cofep@crmpr.org.br)  
Biblioteca: [biblioteca@crmpr.org.br](mailto:biblioteca@crmpr.org.br)  
Home-Page <http://www.crmpr.org.br/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**

Gráfica Capital Ltda.  
Rua Imaculada Conceição, 247. Fone (041) 333-7733  
CEP 80215-030 - 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://www.crmpr.org.br/main.htm>

## **REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO**

O material publicado assinado nos "Arquivos", só poderá ser reproduzido ou transcrito, em parte ou no todo, com a permissão escrita da revista e autor 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 97 for Window, 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(es)** - nome(s) e sobrenome(s)

**Procedência** - O nome da instituição deve ser registrado no rodapé da primeira página, seguindo-se o título ou grau e a posição ou cargo de cada autor e embaixo, o endereço para correspondência sobre o artigo.

**Resumo e Abstract** - Um máximo de 100 palavras permitindo o entendimento do conteúdo do artigo, externando o motivo do estudo, material e método, resultado, conclusão. O resumo e o abstract devem ter o título do trabalho em português e inglês, acima do texto.

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

**Tabelas** - podem ser intercaladas no texto com até 5 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 97 for Windows.

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. Numerar em ordem seqüencial de citação no texto. A forma de referência é a do Index Medicus. Em cada referência deve constar:

Artigos - autor(es) pelo último sobrenome, seguido das iniciais dos demais nomes em letra maiúscula. Vírgula entre cada autor e ponto final dos nomes.

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

Título do trabalho e ponto. Periódico abreviado pelo Index Medicus, sem ponto após cada abreviatura, mas ponto no final. Ano, seguido de ponto e vírgula. Volume e dois pontos, página inicial - final, ponto.

Livros - autor(es) ou editor(es). Título; edição se não for a primeira. Cidade da editoração. Ano e página inicial-final.

Resumo(s) - autor(es), título seguido de (abstract). Periódico, ano, volume, página(s). Quando não publicado em periódico: publicação, cidade, publicadora, ano, página(s).

Capítulo do livro - autor(es). Título. editor(es) do livro. Cidade de editoração, página inicial e final citadas.

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

É de responsabilidade do(s) autor(es) a precisão das referências e citações dos textos.

## **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://www.crmpr.org.br/main.htm>

## **ABREVIATURA**

*Arq Cons Region Med do PR*

## **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>Morte Encefálica - Interpretações Legais Complementares</b> Resolução CRM/PR nº 082/99 .....	01
<b>Exames Complementares e o Nutricionista</b> Parecer CFM .....	05
<b>Importação de Córnea</b> Portaria Nº 937, de 22 de Julho de 1999 .....	06
<b>Registro de Clínicas e Hospitais em Conselho de Fiscalização de Profissões Afins à Medicina é Desnecessário</b> Parecer CFM .....	07
<b>Registro Obrigatório no CFM</b> Resolução CFM nº 1.588/99 .....	10
<b>Esclerose de Veia - Estética ou Terapêutica?</b> Parecer CFM .....	11
<b>Responsabilidade Pela Execução da Declaração de Óbito</b> Parecer CFM .....	13
<b>Pagamento de Consulta Pré-Anestésica</b> Parecer CFM .....	19
<b>Exercício da Medicina Legal em Consultório Médico</b> Parecer CFM .....	23
<b>Critérios de Honorários Profissionais em Cooperativas</b> Parecer CFM .....	25
<b>Quando é Permitido Anunciar Especialidade?</b> Parecer CRM/PR .....	30
<b>Validade do Atestado Médico no Exercício da Medicina do Trabalho</b> Parecer CFM .....	32
<b>Procedimentos de Bacterioscopia Quando Simultâneo à Citologia</b> Parecer CFM .....	37
<b>Seguro Obrigatório Por Danos Pessoais Decorrentes de Erro Médico</b> Parecer CFM .....	42
<b>Prestação de Serviços em Unidades de Diálise</b> Parecer CFM .....	47
<b>Morte Encefálica - Quando Suspender os Suportes Vitais</b> Parecer CRM/PR Nº 1232/00 .....	50
<b>Morte Encefálica - Normas Complementares</b> Resolução CRM/PR Nº 085/2000 .....	55
<b>História da Medicina</b> Ehrenfried Wittig .....	56

# MORTE ENCEFÁLICA – INTERPRETAÇÕES LEGAIS COMPLEMENTARES

## RESOLUÇÃO CRMPR Nº 082/99

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

CONSIDERANDO que é de sua competência decidir quanto ao reconhecimento de títulos de especialistas no país, bem como registrá-los,

CONSIDERANDO que o parágrafo 1º do artigo 16 do Decreto nº2268, de 30 de junho de 1997, que regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, estabelece que o diagnóstico de morte encefálica será confirmado por dois médicos, no mínimo, um dos quais com título de especialista em neurologia, reconhecido no País,

CONSIDERANDO que os Neuro-Pediatras e Neuro-Cirurgiões têm capacitação equivalente na especialidade de Neurologia,

CONSIDERANDO a Lei de Transplantes de Órgãos, Tecidos e Partes do Corpo Humano nº 9434, de 4 de fevereiro de 1997,

CONSIDERANDO o Decreto nº 2268, de 30 de junho de 1997, que regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997 e que estabelece condições sobre a remoção de órgãos e tecidos para transplantes,

CONSIDERANDO a Portaria do Ministério da Saúde nº 3407, de 5 de agosto de 1998, sobre a Regulamentação Técnica das Atividades de Transplantes,

CONSIDERANDO a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1480, de 8 de agosto de 1997, sobre o Termo de Declaração de Morte Encefálica,

CONSIDERANDO a necessidade de padronização de um modelo de Termo de Declaração de Morte Encefálica para o Estado do Paraná,

CONSIDERANDO, finalmente, o que foi estabelecido em Reunião Plenária nº 1087º, do dia 2 de agosto de 1999.

### RESOLVE:

**Art. 1º** - Determinar que em todos os pacientes em coma não responsivo e apnéia, deverão ser realizados os procedimentos de determinação da morte encefálica, independente da condição de doadores ou não de órgãos. Caso o resultado dos exames das etapas seja compatível com o diagnóstico de morte encefálica, **deverá esta situação ser imediatamente comunicada ao médico titular, aos familiares ou responsável legal e à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos;**

**Art. 2º** - Determinar que deverá o médico titular ou assistente do paciente comunicar ao responsável legal ou aos familiares, a situação de possível morte encefálica e o direito de indicar um médico de sua confiança para acompanhar os

procedimentos de determinação de morte encefálica, bem como, informar-lhes o resultado de cada uma das etapas;

**Art. 3º** - Determinar que quando o responsável legal ou os familiares optarem pela presença de um médico de sua confiança, para acompanhar os procedimentos de determinação da morte encefálica, será de sua responsabilidade a indicação e a solicitação da presença desse profissional, nos horários especificados pela equipe de determinação da morte encefálica do Hospital. O médico escolhido deverá registrar o seu parecer no Termo de Declaração de Morte Encefálica;

**Art. 4º** - Determinar que o Termo de Declaração de Morte Encefálica deverá ser assinado exclusivamente pelo médico examinador de cada etapa, imediatamente após a avaliação;

**Art. 5º** - Determinar que a Declaração de Óbito deverá ser preenchida e assinada pelo médico assistente ou pelo médico legista nos casos previstos em lei, com a data e hora da conclusão dos exames da 2ª etapa, registradas no Termo de Declaração de Morte Encefálica;

**Art. 6º** - Reconhecer que não cabe ao médico legista a determinação da morte encefálica, mesmos nas situações de morte violenta previstas em lei. As suas atribuições nesta situação estão especificadas no capítulo IV, artigos 16 e 17, do Decreto 2.268, de 30 de junho de 1997;

**Art. 7º** - Estabelecer que o teste de apnéia é obrigatório na determinação da morte encefálica e a sua não realização por qualquer motivo, inviabiliza esta determinação. Quando necessária a repetição do teste de apnéia, deverá ser registrado no termo de declaração, apenas os resultados do último teste;

**Art. 8º** - Determinar que quando um exame complementar não se mostrar compatível com o diagnóstico de morte encefálica, deverá ser repetido até a confirmação desta situação ou não poderá ser determinada a morte encefálica, independentemente do resultado de outros exames complementares.

**Art. 9º** - Reconhecer como aptos a cumprir a exigência prevista no parágrafo 1º, do artigo 16, do decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, os médicos Neurologistas, Neuro-pediatras e Neuro-Cirurgiões, com título de especialista devidamente registrados no CRM/PR;

**Art. 10** – Estabelecer um modelo de “Termo de Declaração de Morte Encefálica”, à ser utilizado em todos os Hospitais do Estado do Paraná (anexo).



**Art. 11** – Ficam revogadas as Resoluções CRMPR N<sup>os</sup>. 063/98 e 076/98,\* por estarem incorporadas na presente resolução.

**Art. 12** – Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Curitiba, 19 de agosto de 1999.

Luiz Sallim Emed  
Cons. Presidente

Daebes Galati Vieira  
Cons. 1<sup>o</sup> Secretário

**Palavras-Chave:** morte encefálica, termo de declaração de morte encefálica, protocolo de morte encefálica, declaração de óbito

**Key Words:** brain death, brain death declaration, brain death record, death certificate

---

(\*) Resolução CRMPR n<sup>o</sup> 063/98, publicada em "Arquivos" 16(61):45, 1999  
Resolução CRMPR n<sup>o</sup> 076/98, publicada em "Arquivos" 16(61):46-47, 1999  
Parecer CRMPR – "Morte Encefálica", publicado em "Arquivos" 16(61): 43, 1999

**TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA**  
Res. CFM n.º 1480, de 8/8/1997 - Res. CRM/PR n.º 082/99, de 19/08/99

**IDENTIFICAÇÃO**  
 Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Raça: B  N  A  P   
 Pai: \_\_\_\_\_ Mãe: \_\_\_\_\_  
 Hospital: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO**  
 Instalação da Lesão Encefálica - Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
 Constatação Coma Não Responsivo - Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
 Confirmação Diagnóstica da Lesão - Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
 Tipo de Exame Confirmatório \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Definitivo \_\_\_\_\_

**AUSÊNCIA DE CAUSAS REVERSÍVEIS DO COMA**  
 Hipotermia  $\leq 32^{\circ}\text{C}$  Sim  Não   
 Intoxicação Drogas Depressoras SNC Sim  Não

RESULTADOS DOS EXAMES CLÍNICOS	1ª Etapa		2ª Etapa	
	Data _____	Hora _____	Data _____	Hora _____
Coma Aperceptivo Não Responsivo	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>
Pupilas Fixas e Não Reativas	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>
Ausência de Reflexo Córneo-Palpebral	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>
Ausência de Resposta Óculo-Cefálica	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>
Ausência de Resposta às Provas Calóricas	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>
Ausência de Reflexo de Tosse	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>
Apnéia	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>

**RESULTADO DO TESTE DE APNÉIA**  
 Data \_\_\_\_\_ Inicial  $\text{pCO}_2$  \_\_\_\_\_  $\text{pO}_2$  \_\_\_\_\_ Positivo   
 Hora \_\_\_\_\_ Final  $\text{pCO}_2$  \_\_\_\_\_  $\text{pO}_2$  \_\_\_\_\_ Resultado Negativo   
 Inconclusivo

**RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES**  
 1º Exame: Tipo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
 Resultado: \_\_\_\_\_  
 Médico Responsável pelo Laudo \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_  
 2º Exame: Tipo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
 Resultado: \_\_\_\_\_  
 Médico Responsável pelo Laudo \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

**MÉDICOS RESPONSÁVEIS PELAS ETAPAS**

1ª Etapa: Médico \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Fone: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_  
 2ª Etapa: Médico \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Fone: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_  
 OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

# EXAMES COMPLEMENTARES E O NUTRICIONISTA

Parecer CFM

## EMENTA

Somente o médico tem competência legal para diagnosticar, prognosticar e prescrever ou executar ato terapêutico. Requisição de exame complementar com essa finalidade é ato médico.

## PARECER

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí encaminha manifesto de nutricionistas daquele estado no qual solicitam, em resumo, manifestação do órgão quanto às reações contrárias ao seu pleno exercício profissional. Mencionam a legislação que regulamenta a profissão. Este Conselho Federal já manifestou-se por várias vezes a esse respeito. É nosso entendimento que quem diagnostica e prescreve conduta terapêutica é o médico. O nutricionista, como outros profissionais da área da saúde, tem importante papel. Ele se especializa no conhecimento das propriedades nutritivas dos alimentos, regimes calóricos, digestão, órgãos envolvidos na absorção, excreção dos metabólitos e mesmo efeitos terapêuticos, e assim pode prescrever a dieta adequada a cada caso, uma vez estabelecido, pelo médico o diagnóstico. A solicitação de exames complementares com fins diagnósticos, prognósticos ou a evolução terapêutica são privativas de médicos. Quando integrando equipes de saúde, dirigidas por médico, podem atuar nos limites estabelecidos pelo programa instituído. Um exemplo apenas demonstrará o acerto deste raciocínio.

Alguém realiza uma "consulta" com queixa única de emagrecimento e surtos diarreicos esporádicos. O nutricionista solicita exames, digamos hemograma, hemossedimentação, dosagem de colesterol, triglicérides, ácido úrico, glicose. Os resultados acusam, respectivamente, hematócrito 34%, linfocitose, 55 mm de VHS, demais exames normais. Não havendo outras queixas, faz o "diagnóstico" de "anemia" e prescreve dieta hiperprotéica, hipercalórica e rica em ferro. Semanas ou meses após surge o verdadeiro diagnóstico: câncer de aparelho digestivo, pois aquela anemia e hemossedimentação alteradas não era a doença, mas apenas os sintomas da mesma.

## CONCLUSÃO

Não é da competência do nutricionista solicitar exames complementares de forma isolada, com finalidade diagnóstica ou prognóstica.

Este é o parecer que proponho seja encaminhado em resposta, acompanhado de outros já emitidos sobre esse tema, em especial o de nº 3.719/94 que esclarece o tema em profundidade.

Brasília, 14 de agosto de 1999.

Léo Meyer Coutinho  
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 6796/98  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 17/09/99

**Palavras-Chaves:** nutricionista, exames complementares, competência do nutricionista  
**Key Words:** nutritionist, laboratory tests, nutritionist competence

## **IMPORTAÇÃO DE CÓRNEA**

### **PORTARIA Nº 937, DE 22 DE JULHO DE 1999**

O Ministério de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando o disposto no Artigo 12 do Decreto nº 2.268, de 03 de setembro de 1997, e o constante do Regulamento Técnico das Atividades de Transplantes, de que trata o Artigo 1º da Portaria GM/MS/Nº 3.407, de 05 de agosto de 1998, resolve:

Art. 1º A importância de Córneas será feita, exclusivamente, por paciente inscrito na respectiva lista de espera da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos/CNCDO estadual e vinculado a equipes e centros transplantadores, cadastrados no Sistema Nacional de Transplantes/SNT.

Art. 2º A audiência, pela ANVS - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, à importação de Córneas será efetuada à vista de parecer conclusivo da respectiva CNCDO estadual.

Parágrafo único. Os resultados dos transplantes realizados com córneas importadas deverão ser encaminhados a CNCDO nos relatórios mensais.

Art. 3º Os custos com a importação de córneas caberão exclusivamente ao paciente.

Art. 4º A falência primária no transplante de córneas importadas não será considerada urgência para um novo transplante com córneas locais.

Art. 5º Os exames sorológicos realizados no doador de órgãos, em conformidade com a legislação vigente no país de origem, serão aceitos para efeito de transplante com córnea importada.

Parágrafo único. A responsabilidade pela avaliação da qualidade da córnea importada a ser transplantada será da equipe médica transplantadora.

Art. 6º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

**JOSÉ SERRA**

DOU nº 140, 23/07/99

# REGISTRO DE CLÍNICAS OU HOSPITAIS EM CONSELHO DE FISCALIZAÇÃO DE PROFISSÕES AFINS À MEDICINA É DESNECESSÁRIO

Parecer CFM

## EMENTA

Registro de Clínicas e Hospitais em Conselhos de Fiscalização de Profissões afins à medicina. Desnecessário o registro, haja vista que a atividade básica daqueles limita-se à prestação de serviços médicos.

1. Trata-se de consulta formulada pela então Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo, nos seguintes termos:

“Desde 1997, estamos recebendo várias denúncias de Diretores Clínicos de Hospitais/Clínicas, tendo em vista que, o COREN/ES, está exigindo a inscrição dos mesmos naquele Conselho. Se não só bastasse isto, deparamo-nos também com a exigência formulada pela Vigilância Sanitária Estadual de Saúde, que exige, além do registro no CRM, exige também, no COREN e CRF.

Informamos também que, devido a pressão que é feita por parte dos fiscais do COREN/ES, já existem vários Hospitais/Clínicas registrados ou então que, já recolhem anuidade e ainda não concretizaram o registro. No Interior do Estado, onde eles mais atuam, ao impor tal registro junto aos Diretores eles ameaçam inclusive, com o fechamento das Unidades de Saúde.

2. A questão em análise cinge-se, portanto, à obrigatoriedade do registro de hospitais e clínicas pela sua atividade básica e ainda por outras atividades secundárias, as quais servem de apoio à primeira, obrigação esta que vem sendo imposta tanto por autoridade da Secretaria Estadual de Vigilância Sanitária quanto pelos Conselhos de profissões liberais envolvidos, em especial os que fiscalizam o profissional farmacêutico e o profissional de enfermagem.

3. A Lei nº 6.839/80, em seu artigo 1º, é clara ao informar que **“o registro de empresas e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas encarregados, serão obrigatórios nas entidades competentes para a fiscalização do exercício de diversas profissões, em razão da atividade básica ou em relação àquela pela qual prestem serviços a terceiros”**.

4. A jurisprudência dos mais diversos Tribunais do País é assente, e de hialina clareza, quanto à obrigatoriedade de registro tão-somente pela atividade-fim da empresa prestadora de serviços, dispensando-se os registros de quaisquer outras

atividades-meio. Nesse sentido, vale a remissão a alguns julgados, *verbis*:

"O CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL – COREN/DF agrava-se do r. despacho de fls. 245/246, ao entendimento de que:

'Na fundamentação aponta divergência com precedentes do extinto TFR e STF e quanto à negativa o artigo 1º da Lei nº 6.839/80.

.....  
Já com relação à negativa de vigência, não encontro base para a abertura da via recursal especial.

O enfoque é dato à parte final do artigo 1º da Lei nº 6.839/80, que determina ser obrigatório o registro das empresas e dos profissionais da área que executem as tarefas, sejam as atividades básicas ou aquela pela qual prestam serviços a terceiros.

Pelo que se depreende da norma, se a empresa for exclusiva de prestação de serviços de enfermagem, deve ter seu registro no Conselho. Agora, se a atividade de enfermagem não for básica, mas secundária, ainda assim as empresas devem ser registradas.

A exegese dada à parte final, desgarrando-a do início mostra-se equivocada. Não se cuida de empresa que preste serviços de enfermagem. O caso é de hospital, que pratica a medicina, segundo os autos dão conta, de natureza curativa, cujos profissionais são médicos. Como não podem executar a tarefa sozinho, agregam profissionais diversos, tais como atendentes, telefonistas, motoristas, e também enfermeiros. A junção dos profissionais não obriga o registro da empresa em diferentes Conselhos, como decidiu o v. acórdão, não sensibilizando a alegação de inserida no recurso de que foi negada vigência ao dispositivo.

.....”.

5. Outro não é o entendimento do Eg. Tribunal Regional Federal da 1ª Região que, em diversos julgados assentou, *verbis*:

#### “EMENTA

ADMINISTRATIVO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. EXIGÊNCIA. ATIVIDADE MEIO.

1. Não cabe exigir registro no Conselho Regional de Enfermagem, de hospital devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina.

2. O definidor no nosso sistema é o registro único, ou seja, basta o registro pela atividade básica (Lei nº 6.839/80).

3. Apelo a que se nega provimento.”

(TRF/1ª Região – 1ª Turma – AC 96.01.02662-2/MG – Rel. J. Leite Soares – j. 24/06/97 – Unânime)

"EMENTA  
ADMINISTRATIVO. CONSELHO REGIONAL DE  
ENFERMAGEM. REGISTRO. HOSPITAL. ATIVIDADE FIM. LEI 6.839/80.

Como resai dos autos, a atividade de enfermagem é atividade meio e não atividade fim de modo a determinar a obrigatoriedade de inscrição de hospital na entidade de fiscalização – o Conselho de Enfermagem/PI.

O critério definidor de obrigatoriedade de registro de empresas e da anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas encarregados, nos conselhos de fiscalização das profissões, assenta-se na atividade básica da empresa, ou firma-se em relação à natureza dos serviços que a empresa presta a terceiros, a teor da Lei nº 6.839/80.

Apelo provido."

**(TRF/1ª Região – 4ª Região – AMS  
93.01.36253/PI – Rel. J. Hilton Queiroz – j. 05/05/98 – Unânime)**

6. Resta claro, portanto, que os hospitais que utilizem secundariamente os serviços de quaisquer outros profissionais de atividades afins à atividade médica não estão obrigados a procederem ao registro nos respectivos conselhos de fiscalização profissional, bastando os registros dos mesmos perante o competente Conselho Regional de Medicina, em face da sua atividade básica.

7. Diante disso, a medida mais indicada para que os hospitais e clínicas possam se resguardar de ameaças provenientes de conselhos de fiscalização de profissões afins à Medicina, ou de quaisquer outras autoridades da área federal, estadual ou municipal, é a impetração de mandado de segurança preventivo, o qual deverá estar instruído com provas pré-constituídas, demonstrando-se claramente que os impetrantes têm a prestação de serviços médicos como atividade básica, utilizando-se dos serviços de enfermagem e farmácia tão-só como apoio àquela.

8. É o parecer, s.m.j.

Brasília, 03 de dezembro de 1998.

Djenane Lima Coutinho  
Assessora Jurídica

Processo-Consulta CFM nº 3284/98  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 28/10/99

**Palavras-Chave:** registro de hospitais, atividade básica.

**Key Words:** hospital registry, basic activity

# REGISTRO OBRIGATÓRIO DE EMPRESAS NO CFM

## RESOLUÇÃO CFM Nº 1.588/99

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

CONSIDERANDO a Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980, que instituiu a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços médico-hospitalares e anotação dos profissionais legalmente habilitados, nos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO a Lei nº 6.994, de 26 de maio de 1982, que instituiu as anuidades e emolumentos devidos aos conselhos de fiscalização de profissões regulamentadas;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária de 11.11.99

### RESOLVE:

Art. 1º - O artigo 1º da Instrução anexa à Resolução CFM nº 1.214, de 16 de abril de 1985, passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 1º - As empresas, entidades e instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares, bem como as empresas e/ou instituições mantenedoras de ambulatórios estão obrigadas ao registro no Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição territorial, nos termos do art. 1º da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980.

Art. 2º - O artigo 2º da Instrução anexa à Resolução CFM nº 1.214, de 16 de abril de 1985, passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 2º - Os estabelecimentos hospitalares ou de saúde mantidos pela União, Estados-Membros, Municípios, suas autarquias e fundações deverão cadastrar-se nos Conselhos Regionais de Medicina da respectiva jurisdição territorial, consoante a Resolução CFM nº 997, de 23 de maio de 1980.

Art. 3º - As empresas e ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares mantidas por Associações de Pais e Amigos de Excepcionais e demais associações afins, devidamente reconhecidas de utilidade pública, nos termos da lei, devem se cadastrar nos Conselhos Regionais de Medicina da respectiva jurisdição territorial.

Art. 4º - Revoga-se o artigo 13 da Resolução CFM nº 1.214, de 16 de abril de 1985, mantidas as demais disposições, nos termos da redação dada na presente Resolução.

Art. 5º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, mas só terá eficácia em face dos registros efetuados a partir de 1º de janeiro de 2000.

Brasília-DF, 11 de novembro de 1999.

Edson de Oliveira Andrade  
Presidente

Rubens dos Santos Silva  
Secretário-Geral

**Palavras-Chave:** registro obrigatório de empresas, conselho de fiscalização, atividade básica.

**Key Words:** business registry, fiscal council mandatory, basic activity



# ESCLEROSE DE VEIA – ESTÉTICA OU TERAPÊUTICA?

Parecer CFM

## EMENTA

Na maioria das vezes, escleroterapia é um tratamento estético; no entanto, quando diante de microvarizes sintomáticas ou complicações, é um tratamento adequado, exigindo medidas que diminuam sua incidência.

## I – DA CONSULTA

O presidente da UNIMED SÃO ROQUE solicita deste Conselho parecer sobre se esclerose de veia é considerado um tratamento com finalidade estética, tendo em vista o enquadramento no artigo 10 – IV da Lei da Regulamentação dos Planos de Saúde. Esclarece, ainda, que ao solicitar idêntico parecer ao CRM regional o mesmo encaminhou um parecer da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vasculár, o que não o satisfaz, manifestando, assim, interesse em parecer do Conselho de Medicina.

## II – DAS RESPOSTAS DA SBACV

“1 – A Escleroterapia é considerada um procedimento estético?

R: A escleroterapia não é só um procedimento estético. Em um grande número de doentes as microvarizes e telangiectasias dão sintomas de dor de caráter e intensidade variáveis que são aliviados pelo tratamento escleroterápico.

2 – Qual é o número máximo de sessões a que o paciente pode ser submetido?

R: Não existe um consenso da SBACV, nem dos diversos especialistas no assunto, sobre o número de sessões que podem ser realizadas semanalmente em um mesmo doente. As opiniões vão desde uma sessão cada 15 dias até três sessões semanais, dependendo inclusive do conceito de “sessão de cada especialista”.

3 – P: O que se entende por sessão?

R: Esse é um conceito difícil de ser padronizado. De novo não havendo consenso entre os especialistas.

Existem pelo menos três critérios para definir sessão

– O primeiro se baseia em que, tendo em vista que a injeção de substâncias irritantes nas veias pode causar alterações tóxicas e à distância, especialmente se grandes doses forem utilizadas, que em cada sessão não sejam injetadas quantidades muito grandes dessas substâncias. Uma maneira de se delimitar a sessão é pelo volume de esclerosante injetado, que não deve exceder 2 ml a 3 ml.

– O segundo é o que se baseia no número de picadas, sendo recomendadas, em torno de 5 a 8 picadas em cada membro.

– O terceiro se baseia em critério de pagamento: considera uma sessão como uma consulta médica, ajustando depois para mais ou para menos, de acordo com a duração (meia sessão, por exemplo, igual a meia consulta), nesse caso o quanto tratar de cada doente, dependeria de caso para caso, levando em conta, inclusive, os dois critérios anteriores.”

### III – PARECER

É inegável a responsabilidade dos Conselhos na ordenação das atividades médicas, tanto como em relação a pronunciamentos sobre condutas terapêuticas: deverão se embasar no reconhecimento da comunidade científica, representada pelas sociedades especializadas. Logicamente, há que se tomar precauções no intuito de evitar que interpretações pessoais representem a manifestação de determinada sociedade, e a nosso ver esta egrégia Casa nos convocou a fim de aprofundarmos um estudo bibliográfico verificando as diversas tendências, caso existam, a manifestar-nos para apreciação dos senhores conselheiros.

No caso em tela, concordamos plenamente com as respostas do dr. Francisco H. de A. Maffei, presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. É incontestável que as microvarizes e telangiectasias mereçam, na maioria das vezes, um conjunto de medidas que vão desde dieta para perda de peso, exercícios físicos, controle hormonal até a suspensão de anticoncepcionais, a fim de diminuir sintomas existentes ou minimizar a incidência de recidivas. Apesar de existir indicações apenas estéticas, quando as mesmas não desencadeiam desconforto ou outras complicações, como sangramento, a escleroterapia poderá, em alguns casos, ser um tratamento adequado, quando presentes esses sintomas. Ressaltamos a média de aplicação de 1 a 2 sessões semanalmente, como existente na Lista de Procedimento Médico da AMB.

É o parecer, S. M. J.

Brasília, 26 de maio de 1999

Lino Antonio Cavalcanti Holanda  
Conselheiro Relator

Processo-Consulta CFM nº 1160/99  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 16/9/99

**Palavras-Chave:** esclerose venosa, escleroterapia, estética venosa  
**Key Words:** venous sclerosis, sclerotherapy, esthetic venous

# **RESPONSABILIDADE PELA EXECUÇÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO**

Parecer CFM

## **EMENTA**

O preenchimento e execução da declaração de óbito é ato médico, cuja responsabilidade preferencial é do médico que tenha pleno ou provável conhecimento das causas que produziram a morte – Resolução do CFM definirá normas hierárquicas de responsabilidade pelo preenchimento – proposta de revogação da Resolução CFM nº 1.290/89.

## **MOTIVAÇÃO**

Em razão de não existirem normas específicas que tenham ampla abrangência na questão da responsabilidade do médico pelo atestado de óbito, a nosso pedido houve, em abril de 1999, manifestação favorável do plenário do CFM para a formação de comissão de estudos visando desenvolver conceitos inerentes ao documento, e que se verifique a necessidade de mudanças da normatização na área.

## **CONCEITOS**

### **Vida e morte**

Certamente, os valores relativos à vida se sobrepõem aos da morte. Por isso, há vasta regulamentação de garantias quanto à qualidade e zelo com o paciente vivo, todavia pouco há sobre o paciente morto.

O vínculo médico-paciente não se esvai no momento do desenlace vital, pois ainda faltará o último ato médico, que para sempre ficará escrito: o atestado de óbito (Declaração de Óbito – nome oficial).

O preenchimento da Declaração de Óbito é exclusivamente um ato médico. Em respeito à lei, podemos dizer que não é dever absoluto do profissional médico, pois é garantido que na falta completa do médico, em situação especial, pessoas idôneas podem ser nomeadas para que verifiquem a morte de uma pessoa.

No entanto, no mais das vezes, o atestado é de obrigação expressa que seja preenchido e assinado por médico.

A Declaração de Óbito é documento essencial, por que somente através dela se registra e é expedida a certidão de óbito em cartório oficial. É o único documento que comprova o evento da morte para todos os fins que sobrevirão àquela data. Traz em seu corpo a gigantesca responsabilidade de compor dados estatísticos epidemiológico-sanitários, sendo o único documento de informação rápida aos órgãos responsáveis pelo controle sanitário em todas as instâncias governamentais. Tem, por isso, que ser considerado de maneira definitiva e inconteste como o ato final de um tratamento médico, e não, como muitas vezes ocorre, o instrumento conseguido às

pressas em variadas condições, somente visando a mais breve inumação do corpo, sob responsabilidade e interesse único dos familiares em momento de dor, intermediado por empresas funerárias sem nenhum compromisso social.

## **A MORTE**

A morte pode ter suas causas juridicamente subdivididas em natural, violenta ou suspeita.

As mortes de causas naturais compreendem os resultados de fenômenos biológicos quase sempre explicados e comprovados pela medicina. É o ciclo da natureza atestado pela ciência do homem. Através da morte é que a ciência avançou nos primórdios e ainda assim continua. Não é, pois, a morte um instante, um momento estanque. É e sempre será cada qual um exemplo pertencente à humanidade, no contexto presente e futuro, carreando conseqüências científicas e jurídicas, individuais e coletivas.

As mortes de causas violentas imediatas ou tardias (com causas supervenientes) estão bem definidas e ordenadas em lei, estando tutelado pelo Estado o corpo falecido, até que seja realizada a perícia médico-legal, quando então será o cadáver entregue aos familiares ou a quem de direito.

As mortes de causa suspeita compreendem parte da morte violenta, até que se prove em contrário, trazendo para a sua compreensão a dúvida quando ao nexo causal. Para que exista a suspeição deve haver uma pergunta: suspeita de quê? Ou seja, para que haja a suspeição, há que existir o interesse ativo de quem suspeita, vinculado a uma justificativa. É o caso do familiar ou de terceiros que conhecem desvios do contexto social e comportamental do falecido, ou mesmo suspeitam de peculiaridades durante um tratamento médico e até de ação de terceiros. Em qualquer destes casos, o cidadão que protagoniza a suspeição tem a obrigação de comunicar a uma autoridade policial ou ao Ministério Público, que solicitarão, pelos procedimentos habituais, a perícia médico-legal.

A morte de causa suspeita é bem diferente da morte por causa desconhecida, mesmo que súbita. Esta é um tipo de morte natural que não compõe o rol de possibilidades com natureza jurídica para classificação como morte suspeita. A "causa mortis" para ser conhecida, merecerá avaliação necroscópica clínica e anátomo-patológica para a sua verificação e conclusão, porém nunca uma perícia médico-legal. A perícia oficial é desnecessária e somente será solicitada pela autoridade policial, nestes casos, por intuição ocasional, por desconhecimento de causa em sua função ou por falta de mecanismo administrativo institucional municipal de Serviço de Verificação de Óbitos.

É importante que todo médico entenda que quando enganado em sua boa fé, tendo ele exarado a Declaração de Óbito e, após, surgir a descoberta de alguma causa violenta, ele, médico, não terá culpa por ter sido enganado. Até dentro de hospitais isto pode acontecer, conforme casos recentemente estampados em noticiário.

O médico, quando responsável pelo paciente que falece, não deverá gratuitamente alegar suspeição distância, ou criar suspeita sem fundamentação. Exemplos contumazes podem ser citados:

– Médico assiste há muitos meses paciente com doença crônica ou incurável, como neoplasias, vindo o doente a óbito longe das vistas do médico, geralmente no domicílio. O médico assistente, conhecedor de todo o histórico do paciente, não poderá se furtar a fornecer o atestado de óbito, pois se “suspeita” de alguma coisa tem a obrigação de pessoalmente avisar a autoridade policial do quê suspeita.

– No mesmo caso, situam-se pacientes de consultório e ambulatório hospitalar ou posto de saúde. Ninguém melhor do que o médico assistente para formular as hipóteses de “causa mortis”. Não é porque o paciente não se encontra hospitalizado que o médico poderá classificar a morte como de causa suspeita.

Suspeita de quê?

– O paciente chega a um Pronto-Socorro em tempo de serem verificadas as queixas e de se fazer um diagnóstico clínico ou através de exames complementares, um infarto agudo do miocárdio, por exemplo. O médico assistente é o único profissional que poderá atestar a veracidade dos fatos e é quem deverá fornecer o atestado de óbito, mesmo que o paciente tenha poucos minutos ou horas de hospital. Um infarto do miocárdio recente tem grande probabilidade de não ser macroscopicamente observado e ter um fácil diagnóstico clínico (gráfico mais laboratorial).

– Idem no tocante à situação de paciente com patologias de evolução crônica ou subcrônica com tratamento internado, que recebe alta com fase terminal e falece em casa, dias após.

## **O PACIENTE**

Existem pacientes quando há assistência médica. Em época de medicina realizada sob o regime de ténue vinculação com direito de escolha do profissional, causada pela intermediação por operadoras de planos de saúde que referenciam locais ou profissionais, o paciente pode até confundir-se em meio ao emaranhado dos seus poucos direitos. O médico, todavia, não deve ser contaminado por essa estremeçada organização administrativa. Igualmente, não existe o paciente do SUS. O paciente é do médico!

À medida em que o profissional aceita, ou é obrigado por vínculo empregatício a atender um paciente, inicia-se o contrato tácito da relação médico-paciente, com deveres e responsabilidades ético-profissionais do início – a anamnese – até o fim – o atestado de óbito.

No entanto, sabe-se que, em especial, os serviços públicos de saúde, por razões de oferta profissional e demanda aumentada, organização precária de agendamento, dentre outras causas, culminam por formar a figura do paciente da instituição. A informação dá-se, então, através de prontuário hospitalar ou ambulatorial nas várias consultas. O paciente, por certo, será da instituição, sob responsabilidade de vários médicos, que conhecedores do paciente e de seus desvios da homeostase, bem como tendo acesso ao prontuário médico, serão os profissionais que melhor poderão preencher o atestado de óbito. Estes pacientes, obviamente, não pertencem a uma casa, mas estão sob responsabilidade de um ou mais médicos no conjunto do tratamento. A instituição deverá organizar-se administrativamente para que os médicos locais possam estar à disposição para o fornecimento do documento, provavelmente

através de plantonistas em consulta a prontuários, e otimizar o desempenho do Serviço de Anatomia Patológica, caso exista no local.

Aos pacientes que são somente de um médico, em especial de consultórios, resta o médico poder ser encontrado para a confecção do documento em tela, quando em caso de falecimento. Outrora, isto seria difícil de se realizar. Atualmente, na era da comunicação tecnologicamente avançada, o médico poderá ser localizado a qualquer tempo. Cada profissão tem diferente compromisso social e este pode ser considerado um elevado ônus, porém é essencial e indivisível da assistência médica, além de pré-requisito daquele que escolhe ser médico. É importante ressaltar que a constatação do óbito deverá ser sempre pessoal, qualquer que seja a sua natureza.

Partindo do conceito de pacientes do médico e pacientes institucionais, chegaremos a uma seqüência de responsabilidade pela confecção do atestado, a seguir elencada, sempre considerando:

- a) Conhecimento de causa sobre a doença;
- b) A legislação vigente;
- c) A responsabilidade pela execução do último ato de um tratamento médico;
- d) O interesse científico;
- e) O interesse sanitário-epidemiológico;
- f) A necessidade de inumar o corpo do paciente.

Propositalmente, posicionamos em último lugar a necessidade de inumar o paciente falecido, por que assim mesmo deve ser entendido na qualidade de somenos importância, sendo que os outros itens, de "a" a "e", se: miscuem às peculiaridades dos casos individuais.

## **RESPONSABILIDADE**

A cultura distorcida e nociva à responsabilidade relativa à execução de atestado de óbito traz a necessidade de serem estabelecidas regras que normatizem a priorização de execução do mesmo, para que o documento realmente cumpra toda a sua função, não somente a de oficializar a morte, possibilitando a inumação.

Dentro dessas características já descritas, a prioridade deverá, assim, ser disposta por ordem de preferência:

### - Paciente assistido por um único médico:

1º - Médico assistente;

2º - Médico substituto;

3º - Outro médico, quando único na localidade em que falece o paciente.

### - Paciente assistido em regime institucional

1º - Médico assistente ambulatorial;

2º - Médico substituto ambulatorial;

3º - Médico plantonista, de Pronto-Socorro, posto de saúde ou plantonista geral de enfermarias, com acesso à documentação do paciente internado ou não;

4º - Médico do serviço de patologia do hospital, se este existir;

5º - Outro médico, quando único na localidade em que falece o paciente.

- Paciente de urgências

1º - Médico plantonista, quando com tempo hábil de estabelecer diagnóstico da "causa mortis";

2º - Médico do serviço de patologia do hospital, quando o paciente já tiver sido internado seja no Pronto-Socorro seja na enfermaria ou outros tipos de acomodações;

3º - Médico do Serviço de Verificação de Óbitos, quando o paciente não houver sido atendido em vida e não houver diagnóstico primário de causa da morte estabelecido.

- Pacientes sem assistência médica, em mortes de causa súbita, sem acompanhamento médico anterior:

1º - Médico do Serviço de Verificação de Óbito, onde este estiver normatizado e funcionante;

2º - Médico do Pronto-Socorro ou de posto de saúde plantonista, ou exercendo atividade pública onde não houver SVO;

3º - Outro médico, quando único na localidade em que falece o paciente.

- Pacientes com patologia conseqüente a atos de violência ou suspeita de violência, mesmo nos casos de concausa superveniente:

1º - e único - conforme disposto em lei, compete única e exclusivamente ao perito médico-legista oficial ou nomeado "ad - hoc" pela autoridade policial ou judiciária local para execução do exame pericial e posterior elaboração da Declaração de Óbito.

- Paciente natimorto

1º - Médico assistente da mãe;

2º - Médico substituto;

3º - Outro médico, quando único na localidade em que falece o paciente.

**OBSERVAÇÕES:**

1º - O Serviço de Anatomia Patológica do hospital, à exceção dos casos de morte violenta ou suspeita de violência, sempre justificado o interesse científico, poderá ser acionado a proceder ao exame necroscópico clínico e, após, exarar o atestado de óbito.

2º - Os Serviços de Verificação de Óbito, ora funcionários ou a serem instituídos pelo poder público municipal ou estadual, deverão, quando possível, contar com retaguarda laboratorial de patologia clínica e anatomia patológica, sem os quais as necrópsias clínicas reduzem enormemente a sua eficácia diagnóstica. É imperioso que pelo menos as capitais e cidades de igual densidade demográfica sejam dotadas de Serviços de Verificação de Óbito adequadamente instalados.

3º - Resta ao poder público, nos termos deste parecer e da futura resolução normativa, prover condições de execução do trabalho médico para elaboração da Declaração de Óbito na forma de transporte para cadáveres, locais de execução dos

exames, implantação de SVO, acionamento dos médicos, dentre outros.

4º - É de grande importância que o CFM baixe resolução determinando que o médico sempre entregue relatório médico ao seu paciente quando das altas hospitalares, e após diagnósticos em tratamentos ambulatoriais ou de consultório, facilitando todas as possibilidades consecutivas discutidas neste parecer.

Visando dar seqüência a este parecer, propomos ao plenário do CFM estabelecer normas nos termos aqui expostos, em forma de resolução normativa. Ato contínuo, propomos alteração no conceito de morte suspeita constante no artigo 4º, parágrafo 2º, da Resolução CFM nº 1.290/89, através da revogação desta Resolução.

Este é o nosso parecer, SMJ.

Brasília, 28 de setembro de 1999.

Lúcio Mário da Cruz Bulhões  
Cons. Relator

Léo Meyer Coutinho  
Cons. Relator

Rubens dos Santos Silva  
Cons. Relator

Parecer s/nº  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 30/09/99

**Palavras-Chave:** declaração de óbito, ato médico, morte, vida, paciente, responsabilidade médica, serviço de óbitos

**Key Words:** death declaration, medical act, death, life, patient, physician responsibility, death service



# PAGAMENTO DE CONSULTA PRÉ-ANESTÉSICA

Parecer CFM

## EMENTA

A avaliação pré-anestésica é direito do paciente e dever do médico anesthesiologista. As consultas anesthesiológicas realizadas em consultórios e/ou ambulatórios devem ser remuneradas, mantendo tratamento isonômico com os demais médicos.

Designado pelo conselheiro responsável pelo Setor, dr. Júlio César Meirelles Gomes, através do ofício CFM nº 2662/98, a emitir parecer, passo à análise dos fatos.

## EXPOSIÇÃO

Consulta-nos a UNIMED de Varginha (MG) objetivamente sobre: "Quando deve ser paga a consulta pré-anestésica?"

## PARECER

As circunstâncias em que é aplicada a anestesia e sua importância no contexto da assistência médica nos dias atuais não está circunscrita apenas à sala de cirurgia. O profissional qualificado atua como consultor e, na prática diária, têm sido solicitado a atender um número crescente de áreas afins: terapia intensiva, reanimação, atendimento ao politraumatizado, tratamento de síndromes dolorosas, acompanhamento clínico de pacientes submetidos a exames endoscópicos e de imagem, etc. Por isto mesmo, a Anestesiologia tem sido considerada uma ciência, como nos ensina o prof. Genival Veloso de França, *in verbis*:

*"Cada dia que passa, tantos são os avanços e as conquistas das especialidades médicas que algumas já se apresentam como se fossem verdadeiras ciências – sistematizadas e independentes, pelo seu elevado estágio de progresso e desempenho. A Anestesiologia é uma delas."*

A Anestesiologia é uma especialidade considerada de alto risco. Neste ponto, os Conselhos de Medicina devem atuar pedagogicamente prevenindo as ocorrências de demandas sob alegação de erro médico, orientando os médicos no estrito cumprimento às normas vigentes e estimulando a educação médica continuada através da Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

Preocupado em oferecer à sociedade uma assistência especializada em Anestesiologia de qualidade, o plenário do Conselho Federal de Medicina, reunido em 12 de março de 1993, aprovou a Resolução nº 1.363 que normaliza as condições mínimas de segurança para a prática da anestesia.

Especificamente quanto à consulta formulada, o diploma ético determina em seu artigo 1º, inciso I, *in verbis*:

**“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;”**

Por outro lado, o Código de Ética Médica trata da matéria do consentimento informado nos seus artigos 46 e 59, *in verbis*:

**“É vedado ao médico:**

**Art. 46 – Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.**

**É vedado ao médico:**

**Art. 59 – Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.”**

E como o anesthesiologista cumpre estas normas?

Num passado ainda recente, de hábito o paciente com cirurgia programada internava-se no dia anterior à cirurgia, para os devidos preparos. Desta forma, tricotomia, lavagem intestinal, jejum, retirada de próteses, orientações de enfermagem e nutrição, avaliações com outros médicos especializados em determinadas áreas, por exemplo, cardiologia, pneumologia, endocrinologia, eram solicitadas pelo cirurgião, e até mesmo alguns exames subsidiários eram realizados. Nesta oportunidade, o médico anesthesiologista, durante a **visita pré-anestésica**, tomava conhecimento das condições clínicas do paciente através de interrogatório sistematizado para a história dos antecedentes médicos, visando, sobretudo, obter alguma informação útil, como, apenas para citar alguns exemplos, a presença de alterações anatômicas que dificultem as manobras de intubação traqueal, reações alérgicas, doenças sistêmicas que possam comprometer a homeostase, fatos estes que devem cercar o ato anestésico de cuidados redobrados.

Com o advento da anestesia ambulatorial houve a necessidade de nova intervenção do Conselho Federal de Medicina, que aprovou, em Plenário a Resolução nº 1.409/94, versando sobre a matéria. Nesta, há citação explícita da Resolução CFM nº 1.363/93, concluindo *ab initio* que o conceito anterior ao que concerne ao artigo 1º, inciso I, é útil, legal, valioso e não deve ser negligenciado.

O internamento de um dia é prática contumaz no Brasil, e de resto no mundo. Os argumentos de controle de infecção hospitalar e de apoio social e familiar são tecnicamente bem aceitos. Entretanto, o que está movendo o crescimento, às vezes desordenado, é a redução no custo para o aparelho assistencial, seja do Sistema Único de Saúde, seja dos mantenedores da assistência privada. E isto especialmente nos preocupa, uma vez que a mercancia pode superar a prática ética, os conhecimentos científicos e o bom-senso.

E o que mudou com a prática da anestesia ambulatorial?

O paciente que outrora internava-se previamente à cirurgia, por motivos diversos tem sido internado momentos antes do horário previsto para a cirurgia. De repente, surge à sua frente um cidadão dizendo-se anestesiológico, que mal dispõe de poucos minutos para a troca de duas palavras e o considera apto para o ato, sem esclarecimento, sem consentimento (ainda que tácito), sem o devido respeito ao ser humano que está ali prestes a lhe confiar o seu bem inalienável.

Vejamos o que José de Aguiar Dias nos ensina sobre o tema:

*"Não se deve praticar a anestesia sem consentimento do paciente; esse pode ser dado diretamente pelo enfermo ou, em caso de impedimento, pelos que o tiveram a seu cargo.*

...

O anestesista deve sempre proceder a exame prévio das condições fisiopsíquicas do paciente, inclusive exames de laboratório e das peças dentárias."

Na mesma linha de raciocínio, Miguel Kfoury Neto na obra *Responsabilidade, Civil do Médico* comenta:

*"Incumbe-lhe (ao anestesiológico), especialmente: a) preparar o paciente, no campo médico e psicológico: prever possíveis dificuldades, acalmar o doente, conquistar-lhe a colaboração e confiança, preparar-lhe o organismo para o ato cirúrgico, (...)."*

Por conseguinte, a violação destas regras pressupõe ato omissivo, que na hipótese de mau resultado certamente será aduzido por negligência e imprudência.

## CONCLUSÃO

A avaliação pré-anestésica é direito do paciente e dever do médico anestesiológico.

Considerando o crescente número de pacientes internados em regime ambulatorial e a defesa doutrinária do Conselho Federal de Medicina na questão da manutenção de uma saudável relação dos médicos com os pacientes, e considerando também as vantagens socioeconômicas da consulta anestesiológica realizada em consultório ou ambulatório, tais como redução do período de internamento, maior

equilíbrio emocional do paciente, inclusive com possibilidade de redução no uso de agentes ansiolíticos, melhora no dimensionamento dos exames pré-operatórios e do fluxo de cirurgias nos centros cirúrgicos, entendendo que as consultas anestesiológicas realizadas em consultórios e/ou ambulatoriais devem ser remuneradas mantendo tratamento isonômico com os demais médicos, o que não elide a avaliação feita imediatamente antes do ato (visita pré-anestésica), esta já remunerada como parte integrante do procedimento.

Por fim, a consulta anestesiológica resgata a saudável relação médico-paciente, devendo ser colocada à disposição da sociedade de forma usual.

É o relatório, SMJ.

Brasília, 28 de agosto de 1998.

José Abelardo Garcia de Meneses  
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 3575/98  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 29/09/99

**Palavras-Chave:** pagamento de consulta, consulta pré-anestésica

**Key Words:** physician payment, pre-anesthetic appointment

# EXERCÍCIO DA MEDICINA LEGAL EM CONSULTÓRIO MÉDICO

Parecer CFM

## EMENTA

O médico regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição pode exercer sua atividade em qualquer área, ramo ou especialidade, independente de possuir o título de Especialista. Não cabe a este Conselho apreciar eventuais restrições decorrentes de incompatibilidade de horários ou características de vínculo funcional ou empregatício, dedicação exclusiva ou outros que vedem o seu exercício em caráter privado.

## PARECER

O consulente apresentou a este Conselho a seguinte questão:

**"A Medicina Legal é uma especialidade Médica como as demais, todavia, sua maior aplicação tem sido no setor público, mais precisamente nos institutos de medicina legal. No caso de Brasília, ligado à Polícia Civil. Pergunto: É defeso a um Perito Médico-Legista em atividade, respeitando os preceitos da ética, exercer a Medicina Legal em consultório privado? Em caso positivo, quais as orientações do conselho?"**

A Lei nº 3.268/57 permite ao médico o direito de exercer a medicina em qualquer de seus ramos ou especialidades, independente de titulação especializada. Quando o médico tem algum vínculo empregatício, quer público quer privado, podem ocorrer restrições, como é o caso de professor universitário em regime de 40 horas e dedicação exclusiva.

No presente caso da consulta, sendo o médico servidor público da Polícia Civil do Distrito Federal, vemos que o Decreto nº 59.310, de 27/9/1966, publicado no DOU de 5/10/1966, que dispõe sobre o regime jurídico dos funcionários policiais civis do Departamento Federal de Segurança Pública e da Polícia do Distrito Federal, na forma prevista no art. 72 da Lei nº 4.878, de 3 de dezembro de 1965, prevê:

## **"TÍTULO IV – Do Regime Disciplinar.**

### **CAPÍTULO I – Da Acumulação.**

**Art. 351 – Ao funcionário policial, por estar submetido ao regime de dedicação integral e obrigado à prestação mínima de duzentas horas mensais de trabalho, é vedado exercer outra atividade, qualquer que seja a forma de admissão, remunerada ou não, em entidade pública ou empresa privada.**

**Parágrafo único. É ressalvado, entretanto, o exercício:**

**I – do magistério na Academia Nacional de Polícia, a qualquer funcionário policial;**

**II – do jornalismo, para os ocupantes de cargos das séries de classes de Censor e Censor Federal;**

**III – da prática profissional, em estabelecimento hospitalar, para os ocupantes de cargos da série de classes de Médico Legista.**

**Art. 352 – A ressalva prevista no parágrafo único do artigo anterior fica necessariamente condicionada à compatibilidade de horários."**

Isto exposto, o médico legista pode exercer a medicina legal em consultório.

Brasília, 23 de abril de 1999.

Dr. Leo Meyer Coutinho  
Relator de Vista

Processo-Consulta CFM nº 7401/98  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 30/9/99

**Palavras-Chave:** medicina legal, consultório médico-legal

**Key Words:** forensic medicine, forensic medicine office

# CRITÉRIOS DE HONORÁRIOS PROFISSIONAIS EM COOPERATIVAS

Parecer CFM

## EMENTA

Honorários profissionais. Autonomia do ato médico.

A discriminação na determinação de valores diferenciados para remuneração através de empresas de prestação de serviços médicos não encontra respaldo ético.

O trabalho do médico deve ser exercido com autonomia e responsabilidade, sempre em favor do paciente. A escolha da aplicação dos métodos terapêuticos e propedêuticos é prerrogativa do médico.

Designado pelo conselheiro responsável pelo Setor, dr. Júlio César Meirelles Gomes, a emitir parecer, passo à análise dos fatos.

## DA CONSULTA

Via correspondência eletrônica consulta-nos o Dr. César Antônio Dias (CRM-SP 67.453) nos seguintes termos:

*"A situação que ocorre nesta cidade é a seguinte:*

*Atendemos 3 convênios (Unimed, Benemed (Ben. Port. e Santa-casa saúde), que nos pagavam com pequenas diferenças, porém, foi instituído atualmente pela atual diretoria da UNIMED que quem atender somente Unimed o CH será de R\$ 0,35 e quem atender outros convênios o CH será de R\$ 0,21.*

*Pergunto: 1) É justo este critério?*

*A cooperativa de trabalho médico está sendo Ética?*

*A grande massa de médicos de nossa cidade não sobrevive somente da Unimed, e temos medo de que se sairmos dos outros convênios abriremos as portas da cidade para outros médicos e medicinas de grupo.*

*2) Atualmente estamos sendo cerceados em relação a exames de especialidades pela Unimed (ex. só podemos pedir exames endoscópicos, ou seja, Endoscopia, Retossigmoidoscopia, Colonoscopia ou Colangiopancreatografia endoscópica, somente na porcentagem de 15% do número de consultas. É justo e ético que isto ocorra, já que o paciente que nos procura como especialista praticamente já espera que realizemos os exames."*

## EXPOSIÇÃO

No Brasil, o cooperativismo é regido pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que define a Política Nacional de Cooperativismo e institui o regime jurídico das sociedades cooperativas.

As cooperativas de trabalho médico são sociedades civis de direito privado, de adesão voluntária e ilimitada quanto ao número de sócios cooperados, garantido-se o direito ao voto singular e a igualdade de direitos dos associados, baseando-se o quorum para deliberação em assembléia de cooperados. Esta característica de sociedade de pessoas, não subordinada ao capital, na qual todos os cooperados têm os mesmos direitos e desde o voto de cada associado tem o mesmo peso nas assembléias, encerra, em sua essência valores éticos universalmente aceitos: o igualitarismo e o solidarismo.

O profissional, ao aderir a uma cooperativa de trabalho médico, está adstrito à legislação e ao Estatuto e demais normas complementares da referida cooperativa.

Ao declinar do simples papel de cooperar, ou seja, trabalhar em conjunto ampliando as oportunidades de todos num elo harmônico e solidário, as cooperativas sofreram influências das relações econômicas reguladas exclusivamente pelas leis de mercado. Desta forma, as cooperativas de trabalho médico foram se adaptando à concorrência das empresas, especialmente das empresas mercantis, contribuindo para ditar novas regras, algumas que, mesmo chegam a desfigurar o ideário cooperativista.

## **PARECER**

Em sua missiva, o consulente afirma que a Diretoria da UNIMED de Araraquara-SP tomou a decisão de diferenciar a remuneração dos cooperados com dupla militância daqueles que mantêm relação de exclusividade com a cooperativa.

Decisões como esta devem ser exaustivamente discutidas para que não haja atitude discriminatória. Resta saber se, no caso, esta foi tirada em assembléia, se a assembléia delegou à Diretoria poderes para tal e se há respaldo estatutário.

A fidelidade ou exclusividade na prestação de serviços às cooperativas de trabalho médico baseia-se na subjetividade da norma contida no inciso IV, do artigo 35 da Lei nº 5.764/71:

"A exclusão do associado será feita:

...

por deixar de atender aos requisitos estatutários de ingresso ou permanência na cooperativa."

Entretanto, o parágrafo 4º do artigo 29 objetiva este contencioso:

"Não poderão ingressar no quadro das cooperativas os agentes de comércio e os empresários que operem no mesmo campo econômico da sociedade." (grifo nosso).

Donde se pode inferir que a norma, embora polêmica, será respeitada sob pena de haver *sanctio iuris*, ainda mais que haverá razão de ordem da política médica a lastrear a decisão.



A propósito desse dilema, há dez anos assim se manifestou o ilustre conselheiro Cláudio Balduino Souto Franzen, em parecer aprovado pelo Plenário do CFM (Parecer CFM nº 53/89): *"Por fim, reafirmo minha convicção de que o sistema cooperativo médico está alicerçado na ética médica tendo o respeito e apoio dos Conselhos de Medicina, contudo as distorções praticadas por algumas UNIMEDs merecem nosso repúdio e ação no sentido de evitar que o sistema venha se deteriorar por pressões mercantilistas."* (grifo nosso).

Os convênios citados na consulta, ao que parece a este relator, são de empresas locais de entidades supostamente beneficentes, sem fins lucrativos, que alternativamente criaram formas de subsistência ante as dificuldades enfrentadas com a remuneração do SUS e a pressão do poder econômico aplicada pelos planos privados de saúde. Não creio serem empresas mercantis e que suas atividades prejudiquem a atividade da UNIMED, mas, ao contrário, poderão unir-se contra as empresas com fins estritamente mercantis, cujo lucro é o objetivo primordial.

Quanto à segunda questão, razão nenhuma assiste a UNIMED. Medidas que visem a redução do financiamento fazem uma interface perigosa na questão da autonomia do ato médico e dos direitos do paciente. Estas medidas, apesar de necessárias em determinados momentos, são antipáticas. No entanto, se realmente forem imprescindíveis, devem ser lastreadas no conhecimento científico. Para isto, as entidades científicas devem elaborar protocolos de assistência para prover não só o equacionamento do financiamento mas, sobretudo, visando a excelência do atendimento à saúde, procedimento que o Conselho Federal de Medicina tem defendido e estimulado, inclusive em relação ao Sistema Único de Saúde. Afora isto, há uma medida cerceatória do ato médico e da própria autonomia do paciente, princípios integrantes do principalismo da Bioética.

A Resolução CFM nº 1.401/93, em seu artigo 1º, alínea c, obriga as empresas de medicina de grupo, bem como as cooperativas de trabalho médico, a garantir a *"ampla e total liberdade de escolha dos meios diagnósticos e terapêuticos pelo médico, sempre em benefício do paciente."*

O plenário do CFM ratifica esta determinação através dos Pareceres CFM nº 01/96 e 20/96, da lavra, respectivamente, dos ilustres conselheiros Edson de Oliveira Andrade e José Ricardo de Holanda Cavalcanti:

*"A liberalidade do exercício profissional da medicina contempla, entre outras prerrogativas, o direito de escolha da melhor terapêutica a ser empregada no paciente, obedecendo a boa prática médica vigente e a vontade do paciente. Qualquer interferência neste mister, fora do previsto no art. 81 do Código de Ética Médica, mesmo quando feita por médico-auditor, caracteriza falta ética."*

*"O direito do paciente aos meios diagnósticos e a autonomia profissional do médico não podem ser prejudicados, sob qualquer pretexto, por serviços médicos, independente de sua natureza."*

Do Código de Ética Médica podem ser destacados:

**"PRÉÂMBULO:**

I – O presente Código contém as normas éticas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício da profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem.

II – As organizações de prestação de serviços médicos estão sujeitas às normas deste Código.

...

Art. 8º - 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.

...

Art. 17 – O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

...

É direito do médico:

Art. 21 – Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.

...

É vedado ao médico:

Art. 81 – Alterar prescrição ou tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

...

É vedado ao médico:

Art. 121 – Intervir, quando em função de auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório."

## **CONCLUSÃO**

Em resposta à consulta, entendemos que:

1º) A discriminação na determinação de valores diferenciados para remuneração através de empresas de prestação de serviços médicos não encontra respaldo ético;

2º) É fato notório que as responsabilidades cognitivas são, no contexto atual, desprestigiadas face ao abuso na utilização da moderna tecnologia. Entretanto, o trabalho do médico deve ser exercido com autonomia e responsabilidade, sempre em favor do paciente. A escolha de aplicação dos métodos terapêuticos e propedêuticos é prerrogativa do médico.

Criada com a finalidade de unir os médicos em torno de sua remuneração ante a investida das empresas mercantis, a UNIMED tem enfrentado muitas dificuldades, especialmente quando criou alternativas ao sistema, declinando da cooperação, do tratamento igualitário e do trabalho harmonioso e solidário em favor do médico e do paciente. O paciente transformou-se em usuário e o médico em "conveniado", desfigurando o ideário cooperativista.

É o parecer. *Sub examine.*

Brasília (DF), 07 de setembro de 1999

José Abelardo Garcia de Meneses  
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 8380/98  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 30/09/99

**Palavras-Chave:** honorário médico, remuneração em cooperativa, critérios de honorários, cooperativa médica.

**Key Words:** medical wages, physician cooperatives, medical cooperative

# QUANDO É PERMITIDO ANUNCIAR ESPECIALIDADE?

Parecer CFM

## EMENTA

O anúncio de especialidade médica, nos termos das normas vigentes, só pode ser efetivado após registro da qualificação no Conselho Regional de Medicina.

Designado pelo conselheiro responsável pelo Setor, dr. Júlio César Meirelles Gomes, a emitir parecer, passo à análise dos fatos.

## DA CONSULTA

Consulta-nos a UNIMED – Regional de Campo Mourão, estado do Paraná, sobre o anúncio de especialidade médica nos seguintes termos:

1. *“Um médico formado a mais de 20 anos e durante o mesmo período vem atuando profissionalmente em determinada especialidade, sendo inclusive, membro ativo da Sociedade Brasileira da Especialidade e participante de vários cursos e encontros da referida sociedade, pode ser anunciado na Especialidade específica, sem o título.*

2. *Um médico com comprovação profissional por mais de 05 (cinco) anos em determinada especialidade, pode ser anunciado na Especialidade, sem o título.*

3. *Um médico que tenha feito Residência Médica em determinada especialidade, aprovada e reconhecida pelo MEC e REGISTRO NO CRM, pode exercer a Especialidade, sem o título.”*

## EXPOSIÇÃO

Atualmente, as normas brasileiras que regulam a matéria permitem ao médico obter o título de Especialista de duas formas:

1º) Ao concluir programa de Residência Médica credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica e reconhecido pelo Ministério da Educação e do Desporto, conforme o artigo 6º da Lei nº 6.932/81. O Certificado da Residência Médica já lhe confere o *status* de especialista.

2º) Através da Sociedade Brasileira da especialidade pretendida, filiada à Associação Médica Brasileira, seguindo os critérios estabelecidos no convênio CFM/AMB, normalizados pela Resolução CFM nº 1.286/89, e aprovação nos critérios específicos estabelecidos para a titulação.

Para usufruir do direito de anunciar a especialidade, de posse do título de Especialista, o médico deve dirigir-se ao Conselho Regional no qual esteja inscrito para assentar em sua carteira a qualificação de especialista, em obediência ao art. 135 do Código de Ética Médica e ao art. 4º da Resolução CFM nº 1.036/80.

## **PARECER**

A Comissão do título de Especialista do Conselho Federal de Medicina tem se debruçado sobre inúmeras consultas desta ordem. Sinteticamente, entendo que a consulta formulada pela UNIMED – Regional de Campo Mourão – PR, numa análise a distância, prende-se ao fato de médicos estarem pretendendo anunciar-se especialistas sem o efetivo cumprimento das normas emanadas por esta Casa, o que obviamente deve ser rechaçado por essa e pelas demais cooperativas de trabalho médico. No entanto, os médicos podem recorrer aos CRMs para uma análise de sua situação em relação aos requisitos para o registro de especialidade.

## **CONCLUSÃO**

Questão 1 – Resposta: Não. O médico deve dirigir-se à Sociedade Brasileira da especialidade pretendida para requerer o título de Especialista, ou solicitar análise de seu currículo junto ao CRM de sua jurisdição com base nas resoluções do CFM anteriores a 1989.

Questão 2 – Resposta: Em princípio, a resposta é negativa. Entretanto, existem situações especiais relativas ao direito adquirido, em conformidade com a Resolução CFM nº 998/80 e outras, todas anteriores a 1989. Porém, o registro no Conselho Regional é condição indispensável para anunciar-se especialidade, em cumplicidade com o art. 135 do CEM.

Questão nº 3 – Sim. A legislação garante aos concluintes de programa de Residência Médica credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica o título de Especialista. Se o médico o registrou no Conselho Regional, é porque dispunha do referido título para efetivar o devido registro.

É o parecer. *Sub examine.*

Brasília, 10 de setembro de 1998.

José Abelardo Garcia de Meneses  
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 826/97  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 30/09/99

**Palavras-Chave:** publicidade de especialidade, título de especialista  
**Key Words:** speciality publicity, speciality board certification

# VALIDADE DO ATESTADO MÉDICO NO EXERCÍCIO DA MEDICINA DO TRABALHO

Parecer CFM

## EMENTA

A aceitação de atestados médicos depende da legislação vigente e de bom-senso. A quebra do sigilo através do atestado só deve ocorrer após manifestação expressa do paciente. A suspeição ou compreensão de ilicitude de atestado deve ser denunciada ao CRM da jurisdição.

## DA CONSULTA

Dr. Armandio Pereira de Sena Filho, dra. Filadélfia Passos Rodrigues Martins e dr. Victor Hugo Medeiros Alencar, por serem responsáveis pela implantação do serviço médico-odontológico do Tribunal de Justiça do Ceará, encaminhara ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará solicitação de esclarecimento de dúvidas, repassada a este Conselho Federal de Medicina, que passamos a responder.

"1 – O médico do trabalho ao conceder licença para afastamento das atividades laborativas a funcionário tratado por outro colega, pode deixar de ser informado no atestado emitido por este último sobre a patologia que gerou o afastamento, independente do número de dias? Seria este atestado inquestionável mesmo sendo de trinta dias de ausência ao trabalho?"

Resposta: o paciente tem o direito inalienável de manter em segredo a sua doença, e o médico o dever legal e ético de compactuar com este direito, exceto nas situações previstas em lei. Obviamente, este direito não está correlacionado ao número de dias de licença concedido no atestado médico, seja ele qual for. O abono da licença é um ato administrativo de responsabilidade do perito ou de junta pericial. O médico do Trabalho tem responsabilidade e, por isso, obrigações no sentido de correlacionar a patologia do paciente/trabalhador com a função laborativa. Após ser conhecedor de todos os detalhes, poderá emitir a sua opinião, quando poderá questionar o atestado total ou parcialmente. Se o paciente decidir pelo sigilo, o atestado poderá ser considerado legalmente ineficaz, sem que isto conteste a idoneidade ou veracidade do mesmo.

"2 – Pode o médico do trabalho questionar ou até mesmo negar o número de dias de afastamento solicitado pelo colega quando este informa a patologia e esta por si só não justifica o período de ausência, com dez dias de afastamento devido a dismenorréia, quatro dias devido a endoscopia digestiva com diagnóstico de gastrite leve, vinte dias por pneumonia sem menção de complicações, quinze dias devido a estado gripal, um dia para consulta médica em horário distinto da jornada de trabalho, sete dias devido a stress, etc?"

Resposta: a atividade burocrática carrega a fria avaliação estanque e distante do paciente, pelo que não se pode, com absoluta isenção, afirmar ou infirmar que um desvio da homeostase não necessite de um certo número de dias de licença. Cada caso é um caso e cada paciente se apresenta diferentemente, mesmo sofrendo de uma mesma patologia. Eventualmente, o número de dias de licença e a doença são díspares, quando aí se vislumbra o abuso ou exagero. O paciente não tem culpa da decisão do médico quanto à duração do seu atestado, haja vista que esta decisão pertence ao âmbito profissional, de responsabilidade única e exclusiva do médico. O interesse do paciente, seja qual for, não deve prevalecer para influenciar esta decisão. O médico do Trabalho, caso suspeite, embasado em relevante motivo, de que existe conivência contumaz ou aleatória por parte do médico para beneficiar o ilícito, tem a obrigação de denunciar este fato ao Conselho Regional de Medicina onde aquele profissional está registrado. Dependendo do caso em questão, guardados o devido bom-senso técnico e respeito ao trabalhador, poderá o abono ao atestado ser negado parcial ou totalmente.

“3 – Pode o serviço médico de uma instituição pública conceder uma só licença, quando o afastamento deu-se em dias alternados, por exemplo, 2 e 9 do mesmo mês, desconhecendo os motivos?”

Resposta: a resposta à pergunta nº 2 já responde este item. Completamos afirmando que o desconhecimento dos motivos pode comprometer a eficácia do atestado, conforme preceitua a legislação (Portaria MPAS nº 3.291/84).

“4 – Tem de acatar atestado de colega que solicita afastamento de servidor do trabalho por motivo de saúde futuro, isto é, no atestado datado do dia 2 solicita dispensa para o dia 7?”

Resposta: a burocracia muitas vezes estimula a atitude antecipada. Em muitos locais de trabalho, a chefia não aceita um comprovante de que o empregado submeteu-se a um exame complementar, pelo que o paciente, para não perder os proventos do seu dia de trabalho, recorre ao médico solicitante do exame para exarar o documento para afastamento antecipado. No entanto, este não é o papel do médico, nem mesmo é o objetivo do atestado médico. Um atestado médico explica, confirma, corrobora, ou seja, atesta um fato já ocorrido. A resposta a esta pergunta é não, à exceção de licença-maternidade, prevista em lei.

“5 – É obrigado o médico aceitar pedido de afastamento do trabalho por solicitação de fisioterapeuta?”

Resposta: o atestado médico é um documento exarado por médico. Somente este profissional está habilitado legal e tecnicamente para o exercício de diagnosticar uma patologia e correlacioná-la com a incapacitação do portador. Qualquer outra situação não tem valor legal enquanto atestado médico. É bom que se faça a diferenciação entre o atestado e uma declaração de comparecimento,

a qual não necessariamente precisa ser exarada por médicos e poderá justificar uma falta, porém nunca correlação diagnóstica de uma doença com a conseqüente incapacitação ao trabalho.

"6 – Deve afastar funcionários do trabalho baseado em atestado fornecido por cirurgião-dentista sem a devida justificativa e independente do número de dias?"

Resposta: o odontólogo atua em área específica, e quanto a ela poderá manifestar-se conforme a sua consciência profissional, ante o que está previsto na lei que regulamenta a profissão. Quando necessário, este profissional solicitará acompanhamento médico concomitante. Quando atuando sozinho, emite atestado odontológico, regulamentado através da Portaria PT/GM nº 1.722, de 28/7/79, publicada no DOU de 31/7/79. O médico do Trabalho utilizará os mesmos critérios para aceitação do atestado médico, condicionando a eficácia do documento, ao que está previsto na Portaria MPAS nº 3.291/84, além de avaliá-lo com seu conhecimento técnico.

"7 – É ético o médico dar atestado justificando ausência do trabalho de parentes de primeiro e segundo graus?"

Resposta: o parecer do insigne ex-conselheiro deste Conselho Federal de Medicina, dr. Hércules Sidnei Pires Liberal, nº 380/90, emite opinião sobre o tema. Resumidamente, disserta que não há impedimento expreso para que um médico preste atendimento a um familiar, à exceção de doenças graves ou toxicomania, caso não seja o único médico da localidade (Decreto nº 20.931/32). A exceção é também encontrada no Código de Ética Médica, quando na função de perito.

Devemos destacar que documento emitido em desconformidade com a lei (tema a ser também discutido no próximo item 12), pode ser um documento válido, mas ineficaz para as finalidades a que se destina (abono de faltas, por exemplo). Porém, quando há suspeição ou comprovação de favorecimento ou falsidade na elaboração do atestado, deve-se proceder denúncia ao Conselho Regional de Medicina, para a instauração dos competentes procedimentos disciplinares.

"8 – Pode o médico do trabalho recusar atestado de colega que repetidamente solicita afastamento do trabalho de empregados da mesma empresa e coincidentemente é candidato a cargo eletivo estando em período de eleições, ou exerce cargo político?"

Resposta: Respondido no item 2.

"9 – Fornecer atestado de condição que não verificou, baseado apenas na informação do paciente de que em tal dia, já passado esteve doente e sem condições de trabalhar?"



Resposta: este é um exemplo de atestado gracioso e que deve ser denunciado ao Conselho Regional de Medicina. Ele somente atesta o que o médico não viu e não fez.

"10 – Fere o artigo 102 do Código de Ética Médica o médico que justifica em atestado dirigido a outro colega o diagnóstico que motivou o afastamento do funcionário ao trabalho? Ou este ato configuraria "justa causa", não ferindo portanto o referido artigo?"

Resposta: trata-se de questão controversa, recomendamos que nestas situações o médico obtenha a autorização expressa do paciente.

"11 – Qual deveria ser a conduta ética do médico quando o servidor informa, como causa de sua ausência do trabalho, uma patologia diferente da que está codificada no atestado trazido por ele?"

Resposta: o livro da CID, composto de extensa lista e de vários algarismos, pode eventualmente ser a causa de falha na codificação. O paciente, em sua visão leiga ou por ser o portador do sofrimento, pode dar a informação errado ou parcial ao supervalorizar um sintoma, sendo então necessário o médico do Trabalho, perito ou auditor, realizar inquérito específico e minucioso, após a anuência do paciente, com o intuito de produzir nexos com o código apresentado e dirimir dúvidas. Caso nada disto explique a disparidade entre a informação do médico e a do paciente, o atestado estará eivado de suspeição e esse fato deverá ser denunciado junto ao Conselho Regional de Medicina.

"12 – Por fim, é o médico do trabalho obrigado a aceitar todos os atestados fornecidos por outros colegas solicitando afastamento do trabalho?"

Resposta: atestados médicos exarados com lisura e perícia, no entanto em desconformidade com a Lei nº 605/49, são documentos válidos, porém ineficazes para a finalidade de abono de falta por motivo de doença, salvo nos casos de comprovada urgência. A recusa da empresa em aceitar o documento não contesta a idoneidade ou veracidade dos fatos, mas age em conformidade com o texto legal. O que o empregador não pode contestar é o que a lei preceitua. O médico do Trabalho, por fim, não é obrigado a aceitar todos os atestados médicos, pelo que foi exemplo em resposta à pergunta nº 2.

O Ministério da Previdência e Assistência Social, através da Portaria Ministerial nº 3.291/84, subordina a eficácia do atestado médico, para justificativa de faltas ao serviço por motivo de doença, à colocação do "diagnóstico codificado conforme o Código Internacional de Doenças" (Classificação Internacional de Doenças). No entanto, o médico só deveria inseri-lo quando expressamente autorizado pelo paciente. A lei trabalhista nº 605/49 normatiza que "a doença será comprovada por médico da previdência Social a que estiver subordinado o empregado e na falta desta, e sucessivamente, da unidade do Serviço Social do Comércio ou da Indústria, do

médico da empresa ou por ela designado; do médico da repartição federal, estadual ou municipal incumbida de assuntos da higiene ou saúde pública; ou não existindo estes na localidade em que trabalhar, de médico da sua escolha.”

Nestes novos tempos distantes da longa lei, no sentido de contribuir com a interpretação da mesma, consideramos aquele citado médico designado pela empresa como sendo também o médico que atender pelo plano de saúde oferecido aos empregados pelo empregador. Ou seja, este sub-roga a designação através do contrato com o plano de saúde. Quanto ao SUS, ainda nestes tempos atuais, considerando-se que o órgão relacionado à Previdência Social está separado do Ministério da Saúde, tendo aquele somente atividade pericial e previdenciária e este a assistencial, segue pelo ordenamento da lei citada para o último lugar da fila, na qualidade de “repartição incumbida de assuntos da saúde...”

Este é o parecer, SMJ.  
Brasília, 11 de setembro de 1997.

Lúcio Mário da Cruz Bulhões  
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 4904/96  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 23/7/99

**Palavras-Chave:** atestado médico, licença de trabalho, segredo médico, recusa de atestado médico, abono de faltas, médico do trabalho.

**Key Words:** declaration of disease, medical leave, medical confidentiality, medical leave refusal

*“O homem tem direito à sua própria morte como tem direito à sua vida. Morrer é um processo humanamente tão importante quanto nascer e viver.”*

J. Moltman

# PROCEDIMENTOS DE BACTERIOSCOPIA QUANDO SIMULTÂNEO À CITOLOGIA

Parecer CFM

## EMENTA

É lícita e ética a solicitação simultânea de exames de bacterioscopia e citologia oncológica sempre que as condições clínicas da paciente assim o exigirem, e as empresas prestadoras de assistência médica devem remunerar tais procedimentos quando nessa condição.

## PARTE EXPOSITIVA

O dr. Ricardo Cesar Vieira Madeiro, coordenador do Conselho Fiscal da Unimed-Fortaleza, consulta este Conselho Federal acerca de dúvidas sobre a eticidade da solicitação rotineira de citologia oncológica e bacterioscopia em mulheres atendidas na clínica ginecológica.

Tal consulta foi motivada por insatisfação de um dos cooperados, dr. Francisco João da Silva, pelo não pagamento daqueles procedimentos quando simultâneos.

O dr. Francisco junta à sua reclamação o Parecer CFM nº 20/96, aprovado em 10.9.96, da lavra do conselheiro José Ricardo de Holanda Cavalcanti, e o Parecer CREMEC nº 941/97, aprovado em 4.8.97.

Por aparentemente conflitantes e diante da imparcialidade do Conselho Fiscal, o consulente pergunta em qual dos dois pareceres há que se basear para tomar as medidas estatutárias cabíveis.

Dos pareceres e suas divergências

O ilustre conselheiro Federal dr. José Ricardo apresentou seu bem fundamentado parecer, que foi aprovado sob o número 20/96, na sessão plenária de 10.9.96.

Tal parecer, motivado por carta do dr. Francisco João da Silva ao CREMEC, em 7.6.93, conclui que, baseado nos artigos 1º, 2º e 16 do CEM, é ilícito um médico de utilizar meios científicos para atender pacientes se eles estiverem disponíveis nos estabelecimentos onde a clientela é tratada.

A conclusão baseia-se, também, na Resolução CFM nº 1.401/93, que confere ampla e total liberdade de escolha dos meios diagnósticos e terapêuticos pelo médico, sempre em benefício do paciente.

Fortalecendo seu raciocínio, relembra o artigo 5º, inciso XIII da Constituição Federal, definindo que pela doutrina ética ou constitucional os médicos não podem renunciar à sua liberdade de usar todos os meios para tratar seus pacientes.

No corpo deste seu brilhante parecer, o emérito conselheiro insere correspondência da Sociedade Brasileira de Citopatologia – Capítulo do Ceará, que tece considerações de que é tecnicamente científica a utilização simultânea de vários exames nas clientes com ou sem queixas, uma vez que o objetivo é a prevenção. Considera este um direito inalienável de toda mulher.

Já o conselheiro CREMEC, dr. Fernando Queiroz Monte, apresentou em 24.7.94 um parecer com conclusões semelhantes às acima, mas que foram rejeitadas naquela instância regional.

Outro conselheiro CREMEC, dr. Francisco das Chagas Medeiros, especialista em ginecologia, apresentou parecer técnico e, por sugestão do próprio plenário do CREMEC, houve uma complementação àquele parecer original, a qual foi aprovada em sessão plenária de 4.8.97.

*"O exame colposcópico deve ser feito e, a partir dele, pode ser levantada a suspeita de processo infeccioso ou neoplásico. A partir dele é possível:*

1) Biópsia e Citologia do colo do útero, quando houver suspeita de neoplasia;

2) Exame a fresco e Bacterioscopia, se os dados levar a pensar numa provável lesão infecciosa.

Se foram pedidos os exames: Exame a fresco, Bacterioscopia e Citologia, é lícito supor que:

1) Não foi realizada a Colposcopia;

2) Foram realizados exames que não são necessários para o esclarecimento diagnóstico;

3) Há um quadro clínico muito complexo.

Como terceiro ponto não é o mais comum, serão pedidos, com razão, os três exames conjuntamente, em pequeno número de casos.

Tomando os três exames como rotina se estará na primeira alternativa infringindo ao artigo 62.

Art. 62 - ...

Na Segunda, infringindo o artigo 42 do CEM.

Art. 42 - ..."

Continuando seu parecer considera a lesão aos princípios morais em que um cooperado, por excesso de procedimentos, alguns desnecessários, estará auferindo ganhos em detrimento dos demais. Argumenta que a *"arguição da liberdade de atuação do médico deve ser feita, pelo menos, tendo em mente os artigos 21 e 57, de que o procedimento deve ser em favor do paciente e não um ato fútil."*

Questiona, enfim, a citação do artigo 5º da Constituição Federal no Parecer CFM que trata da questão da igualdade do cidadão por não ser tal princípio *“uma abstração que corresponda a um indivíduo isolado, mas do indivíduo fazendo parte da sociedade. No sistema democrático, somente podemos considerar a liberdade individual ou profissional, se cada um respeitar a liberdade dos outros que compõem a sociedade. No caso, o direito do dr. Francisco João da Silva estaria avançando sobre o direito dos demais cooperados da Instituição a que presta os seus serviços.”*

Concluí considerando justa a atitude do convênio de não aceitar, como rotina de todos os casos ginecológicos, a realização concomitante do exame direto, da bacterioscopia e da citologia oncológica.

## **PARTE CONCLUSIVA**

Os questionamentos que geraram toda esta polêmica devem ser analisados sob diversos viéses e, precedentemente, existe uma questão hierárquica que concerne à estrutura organizacional dos Conselhos de Medicina, que deve ser, de vez, dirimida.

A Lei nº 3.268/57, de 30 de setembro de 1957, que dispõe sobre os Conselhos de Medicina, estabelece em seu artigo 3º, in verbis:

Art. 3º - Haverá na Capital da República um Conselho Federal, com jurisdição em todo o Território Nacional, ao qual ficam subordinados os Conselhos Regionais, e, em cada capital de Estado e Território e no Distrito Federal, um Conselho Regional, denominado segundo sua jurisdição, que alcançará a do Estado, a do Território e a do Distrito Federal.”

A estrutura conselhal é una e como tal deve ser entendida por toda a categoria médica. No entanto, divergências de opiniões são sempre salutares e fomentam o aprofundamento de questões, exigindo, de todos os Conselhos e conselheiros, que não sejam perfunctórios em suas análises, enfocando os diversos ângulos de todas as questões, com o objetivo de emitirem pareceres, os mais abrangentes possíveis.

Mas essas divergências não podem gerar dúvidas naqueles a quem se destinam. Não podemos, como estrutura conselhal una, ter discursos heterogêneos, gerar normas conflitantes.

Assim, o CFM, com jurisdição em todo o território nacional e ao qual estão subordinados os regionais, tem o mister de resolver estes conflitos e editar normas claras e definitivas.

Respondendo, então, à primeira pergunta aventada pelo consulente, tranqüilamente afirmamos que os pareceres do CFM superpõem-se aos dos Regionais e devem ser, por estes, acatados.

Um outro lado da questão refere-se à liberdade do profissional médico quanto à solicitação de exames.

Ainda que o ilustre conselheiro CREMEC tenha entendido diferentemente, a mim não parece haver divergências entre sua posição e aquela defendida pelo conselheiro José Ricardo. Minha leitura dos dois pareceres fez-me ver que nenhum dos conselheiros defendeu a ampla, irrestrita e total liberdade do médico em solicitar exames. Ambos vincularam esta autonomia, quando exercida em favor do paciente, em seu benefício, alvo maior da atenção.

E assim deve ser.

Sabemos que há abusos em todos os níveis no tocante à solicitação de exames. Devem ser tomadas medidas coibitivas, preventivas e punitivas frente a esses abusos que obedecem às mais variadas causas.

E o CEM tem mecanismos para isto, assim como os tem, também, os convênios.

Mas nenhuma dessas medidas deve ser adotada e implementada se a solicitação de um, dez, mil exames for feitas em benefício do paciente. O direito e até o dever do médico em fazê-lo não pode ser cerceado por nenhuma norma estatutária ou regimental.

Resta, então, a última faceta deste problema, que é exatamente aquela que divide opiniões de especialistas. A necessidade de solicitação simultânea rotineira de citologia e bacterioscopia.

Se esta for feita em benefício do paciente, as normas regimentais da Unimed devem ser revogadas. Se não, é ética a sua adoção.

Apesar de não ter muito a ver e nem ter sido cogitado nesta consulta, gostaria de abrir um parêntese para tergiversar sobre o exame auto-gerado e seus aspectos morais.

O consulente alega ser ginecologista e citopatologista e declara-se insatisfeito com a glosa destes procedimentos simultâneos. Tudo isto me levou a entender ser ele o solicitante e o realizador dos exames, configurando-se, assim, a autogeração de exames.

Apesar de não haver impedimento legal ou qualquer dispositivo no CEM especificamente a este respeito, entendo que, em algum momento, este Conselho Federal deverá se pronunciar a respeito.

Pessoalmente, e este é um entendimento que não pretendo agora discutir em seu mérito, o exame autogerado é, no mínimo, questionável sob o aspecto moral.

Mas retornando ao fulcro da questão, a dúvida que agora surge é mais técnica que ética. A ética pode albergar ambas as situações se a correta conduta técnico-científica prender para este ou aquele lado.

Assim, para dirimir de vez a controvérsia técnica e sob a atual tendência deste CFM de trabalhar junto às Sociedades de Especialidades para a elaboração de protocolos de condutas, provoço este plenário a designar conselheiros para a composição de Câmara Técnica junto à Febrasgo e a SBC para firmar posição esclarecedora que norteará as condutas éticas a serem adotadas.

É o parecer, S.M.J.

Brasília, 27 de janeiro de 1999

Paulo Eduardo Behrens  
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 6961/97  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 20/8/99

**Palavras-Chave:** citologia oncológica, bacterioscopia em citologia, exame autogerado  
**Key Words:** oncotic cytology, bacterioscopy on cytology, self refferals

# SEGURO OBRIGATÓRIO POR DANOS PESSOAIS DECORRENTES DE ERRO MÉDICO

Parecer CFM

## EMENTA

A criação de um seguro obrigatório por danos pessoais decorrentes de erro médico subverte o ordenamento jurídico nacional atribuindo aos médicos a responsabilidade objetiva sobre fatos da natureza humana, como adoecer e morrer, que estão freqüentemente fora do controle humano.

I – Do Projeto de Lei Complementar e suas justificativas

O Congresso Nacional decreta:

*Art. 1º. Fica acrescida ao art. 20 do Decreto-Lei nº 73, 21 de novembro de 1966, a alínea m nestes termos:*

*“Art. 20 .....  
m) danos pessoais decorrentes dos erros médicos”*

Art. 2º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro obrigatório estabelecido no art. 1º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente, lesão corporal irreversível, dano moral e despesas de assistência médica e suplementares decorrentes de procedimentos médicos nos quais fique caracterizada de forma cabal a responsabilidade do prestador de serviço de assistência à saúde por omissão, negligência, imperícia ou imprudência nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

- a) no caso de morte: R\$ 40.000,00
- b) no caso de invalidez permanente: R\$ 40.000,00
- c) no caso lesão corporal irreversível: até R\$ 40.000,00
- d) no caso de dano moral de qualquer espécie: até R\$ 20.000,00
- e) ressarcimento de despesas médicas: até R\$ 20.000,00

Parágrafo único: A habilitação à indenização dar-se-á na forma que vier ser regulamentada.

Art. 3º - Entende-se por prestador de serviço de assistência à saúde o profissional médico e o estabelecimento que preste de forma direta serviços médicos ou de assistência à saúde, em regime hospitalar ou não.



Art. 4º - O direito à indenização é assegurado ao paciente, ou a seu sucessor na forma da lei, que tenha sofrido danos decorrentes de atos médicos e incompatíveis com a evolução de doença de base ou com tratamento proposto.

§ 1º - A comprovação do nexo entre a lesão apresentada e o procedimento médico será atestada por laudo médico normativo elaborado de acordo com a regulamentação desta lei.

§ 2º - O não reconhecimento do nexo não excluirá recurso neste sentido à autoridade pública competente.

Art. 5º - O Poder Executivo regulamentará essa lei no prazo de noventa dias, a contar de sua publicação.

Art. 6º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º - Revogam-se as disposições em contrário.

Trata-se do projeto de lei complementar nº 137, de 1996 apresentado pelo então Deputado Roberto Pessoa, que busca instituir o seguro obrigatório contra danos pessoais decorrentes de erros médicos.

Em sua justificativa o Deputado ressalta o fato que "os problemas relativos a erros médicos tem atingido tal proporção, que hoje em dia, no País, ninguém se sente tranqüilo ao se submeter a um tratamento de saúde que envolva certas intervenções cirúrgicas." Chama a atenção para o fato de que as demandas judiciais buscando configurar a responsabilidade médica são complexas e demoradas e o seguro proposto proporcionaria uma reparação mais rápida e eficiente.

## II – Da Natureza do Seguro Obrigatório

Os seguros obrigatórios estão previstos no artigo 20 do Decreto-Lei 73 de 21 de novembro de 1966 que diz:

**Art. 20 – Sem prejuízo do disposto em leis especiais, são obrigatórios os seguros de:**

- a) danos pessoais a passageiros de aeronaves comerciais;
- b) responsabilidade civil do proprietário de aeronaves e do transportador aéreo;
- c) responsabilidade civil do construtor de imóveis e zonas urbanas por dano a pessoas ou coisas;
- d) bem dados em garantia de empréstimos ou financiamentos de construtor de imóveis;

- e) garantia do pagamento a cargo de mutuário da construção civil, inclusive obrigação imobiliária;
- f) edifícios divididos em unidades autônomas;
- g) incêndio e transporte de bens pertencentes a pessoas jurídicas, situados no País ou nele transportados;
- h) crédito rural;
- i) crédito de exportação, quando julgado conveniente pelo CNSP, ouvido o Conselho Nacional do Comércio Exterior (CONCEX);
- j) danos pessoais causados por veículos automotores em vias terrestres e por embarcações, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não;
- k) responsabilidade civil dos transportadores terrestres, marítimos, fluviais e lacustres, por dano a carga transportadas.

Como se pode verificar na listagem legal, as diversas situações em que está prevista a obrigatoriedade do seguro tem como característica comum a figura do RISCO, a partir do qual os agentes econômicos ou sociais auferem vantagens. Nestes casos já está consolidado no edifício jurídico nacional o conceito da responsabilidade objetiva, situação na qual um seguro obrigatório se enquadra com correção, o que não é o caso da atividade médica que tem características totalmente diversas como demonstraremos a seguir.

### III – Da Natureza da Prática Médica

O exercício da Medicina está baseado em um contrato tácito de serviço no qual o médico compromete-se com seu paciente em despende o melhor de seus esforços e conhecimentos em benefício deste paciente. A doutrina jurídica nacional considera este contrato como sendo um contrato de meios e não de fins ou resultados. Assim o médico não está comprometido com a cura do paciente, embora deva buscá-la com todos os meios aceitos pela ciência e colocados ao seu alcance. A imponderabilidade da natureza humana fazem a glória e a limitação da Medicina. É neste cenário de dúvidas e esperanças que o médico aplica o seu conhecimento em benefício da humanidade. É em função deste sentimento histórico do papel da Medicina que não podemos aceitar que a teoria do RISCO seja trazida para o seio da prática médica. A natureza humana com sua falibilidade é quem sempre impõe o RISCO de um insucesso no tratamento médico, ainda que este tenha sido adequadamente instituído. A responsabilidade do médico não pode ser imputada apenas pela existência do dano e do nexa causal, desconsiderando-se todo o aspecto humano envolvido.

O projeto de lei neste aspecto é bastante confuso pois mistura a exigência da comprovação da culpa do médico com as características inerentes do seguro obrigatório onde apenas a comprovação do dano e o do nexa causal já seria o suficiente para o recebimento do ressarcimento previsto na Lei. Esta confusão legislativa não contribui para aumentar a segurança do paciente em relação aos seus direitos atingidos nem tampouco aos médicos, pretensamente vítimas de sentenças abusivas e injustas.

Existem outros aspectos a serem levados em consideração na análise deste projeto de lei. Ao impor a obrigatoriedade do seguro de mal prática, possivelmente observaremos no Brasil o mesmo fenômeno já visto em outros países, onde ocorreram verdadeiras avalanches de demandas contra médicos, em busca do ganho fácil. Como resposta os médicos adotarão uma postura defensiva, que resultará num aumento dos custos dos serviços de saúde. Se considerarmos que  $\frac{3}{4}$  da população depende do serviço público, é fácil imaginar a repercussão negativa de tal seguro para os já combalidos cofres da saúde pública brasileira. Recursos que deveriam estar sendo usados em benefício dos pacientes, serão desviados para exames desnecessários do ponto de vista médico, mas perfeitamente compreensíveis para quem terá, potencialmente, de se defender no futuro de uma acusação de erro médico. Além do valor do prêmio do seguro que deverá pagar em função de sua rede própria de hospitais e ambulatórios, o SUS terá que arcar com um aumento de custos decorrentes desta nova forma de prática profissional imposta aos médicos como resultado de uma política securitária equivocada, que na realidade privilegia o econômico em detrimento do aspecto humano contido na relação médico-paciente.

Outro fato que devemos considerar tem a ver com um aparente aumento das demandas contra médicos no Brasil. É certo que o médico, a semelhança de outros profissionais, também erra. Porém o faz em uma proporção muito inferior ao suspeitado pela população. Hoje existem no Brasil cerca de 200.000 médicos em atividades o que representa aproximadamente 60.000.000 atos médicos/mês. Se tomarmos como base o número de queixas protocoladas nos Conselhos de Medicina (nem todas versando sobre erro médico), veremos que a proporção entre denúncia contra médicos e atos médicos é da ordem de 1:100.000/mês. Isto do ponto de vista estatístico é irrelevante, embora cada caso, visto *per se*, tenha um valor humano imensurável. A visão do quantitativo apresentará a cobiça pelo valor do seguro a ser pago, deixando de lado aquilo que verdadeiramente importa para a sociedade que uma Medicina humana, solidária, acessível economicamente a todos e centrada no entendimento de que tem na relação médico-paciente respeitosa o seu maior valor.

As demandas existentes levarão inexoravelmente as seguradoras a aumentarem progressivamente o valor dos prêmios, que se no início único, logo em breve terá o caráter diferenciado, incidindo mais sobre aqueles médicos que forem mais demandados. Isto fará cair o último bastião defensor de um possível caráter social deste seguro. O que pode parecer um mero exercício de futurologia, na realidade aconteceu na Inglaterra e no Canadá, onde o valor dos prêmios subiram, nos últimos anos de forma espiral, conforme o Jornal da Associação Médica Canadense de outubro de 1997. Na Inglaterra, em um século o prêmio deste tipo de seguro passou de 0,75 centavos de libra esterlina/ano para mais de 1.500 libras/ano (pessoa física) e 2.550 libras/ano (pessoa jurídica). Não há porque duvidar que isto ocorrerá igualmente em nosso País.

Se levarmos em consideração o baixo ganho dos médicos brasileiros, conforme se extrai do estudo Perfil do Médico Brasileiro do CFM, não há como viabilizar economicamente este seguro sem espoliar o já massacrado médico nacional.

#### IV – Conclusão

Somos de opinião que o seguro obrigatório por danos pessoais decorrentes de erro médico não é o mecanismo social adequado para resguardar os direitos dos pacientes porventura ofendidos, pois terá, como já observado em outros países, a capacidade de prejudicar a relação médico-paciente, estimulando uma relação agressão-defesa que resultará numa perda de qualidade num setor onde isto é vital e jamais pode acontecer.

Este seguro obrigatório, por outro lado, sobrecarregará economicamente uma categoria profissional que pelas baixas remunerações recebidas não possui capacidade econômica para arcar com este gasto adicional, além de significar um custo suplementar incrível nas contas públicas com a obrigação do governo de pagar este seguro em função da sua rede própria de assistência à saúde.

Este é o parecer S.M.J.

Brasília, 07 de julho de 1999

Edson de Oliveira Andrade  
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM s/nº - 1999  
Parecer aprovado  
Sessão Plenária 07/07/99

**Palavras-Chave:** seguro médico obrigatório, erro médico, dano médico  
**Key Words:** mandatory medical insurance, medical error, medical damage

# PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM UNIDADES DE DIÁLISE

Parecer CFM

## EMENTA

O exercício profissional é livre em todos os ramos e especialidades aos médicos devidamente graduados e regularmente inscritos no Conselho Regional de sua jurisdição. Qualquer norma pública que exija o título de especialista para provimento de cargos ou credenciamento de serviços só poderá ser aplicada se houver previsão legal.

## PARTE EXPOSITIVA

O dr. Edmundo Octávio Raspanti, conselheiro delegado do Cremesp em Riberão Preto, consulta este Conselho Federal sobre o ofício nº 1.068/98 – VISA/SMS, da Vigilância Sanitária de Riberão Preto, para emissão de parecer.

O dito ofício, assinado pela dra. Vânia C. Rodrigues, dentista da Divisão de Vigilância Sanitária, e pelo Dr. Dario Valente, chefe substituto da Divisão de Vigilância Sanitária, tem o seguinte teor:

*"A portaria nº 2.042, de 11/10/96, do Ministério da Saúde, no item 6.2, parágrafo primeiro, reza que somente podem prestar serviços em Unidade de Diálise, médicos com título de especialidade em Nefrologia, registrado no Conselho Federal de Medicina. Diante disto, solicitamos parecer deste Conselho quanto a médicos urologistas que prestam assistência em Unidade de Diálise que possui Nefrologista como responsável técnico."*

## PARECER

O Conselho Federal de Medicina já se pronunciou, por diversas vezes, em questões desta natureza e que envolvem restrições ao trabalho médico.

Os Pareceres nºs 255/98 e 227/98, do CFM, analisando situações similares, exaltam:

*"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 (grifo nosso), 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."*

A Assessoria Jurídica recorda que, de forma cristalina, a Constituição Federal, em seu artigo 5º, inciso XII, expressa, in verbis:

*“O exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão é livre, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer.”*

Entre outras manifestações deste Conselho temos:

Parecer CFM nº 21/95 – Relator – Paulo Eduardo Behrens

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

Parecer CFM nº 27/97 – Relator: Júlio César Meirelles Gomes

*Ementa: “Pode o médico exercer ato de especialidade sendo recomendável que disponha de habilitação específica.”*

Parecer CFM nº 08/96 – Relator: Edson de Oliveira Andrade

*Ementa: “Nenhum especialista possui exclusividade na realização de qualquer ato médico. O título de especialista é apenas um presuntivo de um plus de conhecimento em uma determinada área da ciência médica...”*

Parecer CFM nº 05/97 – Relator: Nei Moreira da Silva

*Ementa: “A exigência de título de especialista em concursos para preenchimento de cargos no setor público só é cabível quando houver expressa previsão em lei. Inexistindo tal previsão, não se poderá exigir em edital o que a lei não previu.”*

Parecer CFM nº 04/97 – Relator: Cláudio Balduino Souto Franzen

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

Vê-se, portanto, que em todas as ocasiões o Conselho Federal de Medicina, baseado em preceitos legais e éticos, reafirma seu entendimento do livre exercício profissional.

Qualquer restrição a este exercício fere elementares princípios constitucionais e a legislação que disciplina a atividade médica.

Não é tolerável que uma portaria ministerial queira sobrepor-se à lei, e o citado dispositivo deve ser judicialmente questionado por esse Conselho, se o caminho da negociação para a sua modificação revelar-se ineficaz.

É o parecer, S.M.J.

Brasília, 4 de fevereiro de 1999.

Paulo Eduardo Behrens  
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 3.759/98  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária 20/08/99

**Palavras-Chave:** nefrologia, urologia, responsável por diálise, concurso de especialista  
**Key Words:** nephrology, urology, dialysis responsibility, certification exam

## MORTE ENCEFÁLICA QUANDO SUSPENDER OS SUPORTES VITAIS

Parecer CRM/PR

Em atenção as consultas formuladas pelo Dr. Vicente Maranhão e encaminhadas pelo Presidente do Conselho Regional de Medicina, esta Comissão de transplante de órgãos tece as suas considerações.

A pergunta-consulta interroga a conduta do ponto de vista legal-ético sobre a postura médica em paciente com diagnóstico do estado de morte encefálica nos seguintes termos:

***“Quando da recusa do paciente ou familiares em realizar doação de órgãos, poderia o médico assistente desconectar o suporte avançado de vida (cardíaco, respiratório) em uma unidade de terapia intensiva?”***

### CONSIDERANDOS

A Lei nº 9434, de 04 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos ou partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento”, apresenta no seu artigo 4º a seguinte redação – *“Salvo manifestação de vontade em contrário, nos termos desta lei, presume-se autorizada a doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano para finalidade de transplantes ou terapêutica post mortem.”*

A edição deste artigo, após alguns meses de muitas discussões, sofreu modificação com a Medida Provisória nº 1718-7, de 22 de abril de 1999, recebendo o acréscimo do parágrafo § 6º, com a seguinte redação:

§ 6º *“Na ausência de manifestação de vontade do potencial doador, o pai, a mãe, o filho ou o cônjuge poderá manifestar-se contrariamente a doação, o que será obrigatoriamente acatado pelas equipes de transplante e remoção.”*

Com esta alteração, se não houver manifestação positiva de doação, esta só poderá se consumir caso os seus herdeiros legais a consintam. Desapareceu assim a doação presumida.

A lei entretanto, não estabelece nenhuma diretriz sobre procedimento específico a ser adotado pelo médico em relação ao cadáver em morte encefálica, não candidato a doação.

A mesma lei que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, Lei nº 9434, de 04 de fevereiro de 1997, em seu artigo 3º, estabelece que:

*“A retirada post mortem de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos, definidos por Resolução do Conselho Federal de Medicina.”*

A prerrogativa de diagnóstico e declaração de morte pelo médico, tem um antigo reconhecimento de todas as Sociedades, especialmente referendado na



Declaração de Sidney, na 22ª Assembléia Médica Mundial, em 1968.

O artigo 3º antes referido, concede ao Conselho Federal de Medicina, a autorização e o poder para estabelecer os critérios de diagnóstico do estado de morte encefálica. O diagnóstico de morte encefálica não se destina somente para fins de transplantes.

O Conselho Federal de Medicina após inúmeras reuniões e consultas às sociedades especializadas nacionais, no uso de suas atribuições, estabeleceu na Resolução CFM nº 1480/97, os critérios atuais para o diagnóstico de morte encefálica.

Os parâmetros estabelecidos e publicados oficialmente são em síntese, compatíveis a de outros países, incluem critérios rígidos e científicos, garantindo a condição de irreversibilidade da morte no momento de seu diagnóstico e a segurança da determinação.

Neste documento, o Conselho Federal de Medicina determina no artigo 9º que, *"constatada e documentada a morte encefálica, deverá o Diretor Clínico da Instituição Hospitalar ou a quem for delegado, comunicar tal fato aos responsáveis legais do paciente."*

Esta resolução também não estabelece em relação ao cadáver, qual a postura que o médico assistente pode ou deve tomar quando não houver indicativo de doação de órgãos e transplante.

Devemos lembrar que aplicados os parâmetros protocolares de declaração de morte encefálica, do Conselho Federal de Medicina, fica legalmente estabelecido e caracterizado o diagnóstico do estado de morte encefálica. Deste momento em diante, não existe mais uma pessoa, constitui-se apenas em um cadáver. Deve ser declarada oficialmente a morte, registrado o fato em prontuário e no protocolo de morte encefálica, assinada a declaração de óbito, com a data do momento e o cadáver deve ser entregue aos responsáveis.

A Pontifícia Academia de Ciências do Vaticano, em reunião com 80 cientistas internacionais, estabeleceu em 1985 *"que uma pessoa quando sofre uma perda irreversível de toda a capacidade de integrar e de coordenar as funções físicas e mentais do corpo, está morta. Nada do que se faça poderá ser-lhe útil."*

Do ponto de vista legal, portanto, pode o médico retirar do cadáver em morte encefálica toda a instrumentação de suporte vital como também suspender a terapêutica medicamentosa e os cuidados gerais, até então proporcionados, pois não haverá nenhum propósito ou benefício no seu prosseguimento, por constituir-se de atos médicos realizados em cadáver.

Este mesmo procedimento ou conduta deve ser adotado se a morte ou óbito acontecer espontaneamente por parada cardíaco-respiratória irreversível, ocasião em que também todos os suportes vitais até então proporcionados, não apresentam mais utilidade. Não importa a morte celular, morte biológica ou morte clínica, tudo é apenas questão de tempo, porque falamos de morte.

O fato de no estado de morte encefálica ainda existir batimentos cardíacos, em nada muda a conduta médica, pois a parada cardíaca irá ocorrer espontaneamente com certeza em algumas horas ou dias, quaisquer que sejam os recursos proporcionados. É o novo conceito ou critério de morte. Seguro, correto, científico, com certeza de irreversibilidade do estado de morte. Não há e não haverá mais vida.

Esta também é a posição do Conselho Federal de Medicina, quando aprovou em 17/06/98 o Parecer do Conselheiro Nei Moreira da Silva, no Processo-Consulta nº 7311/97, onde conclui, perguntando e respondendo com a seguinte redação de texto:

*"Se a família recusa-se a aceitar a interrupção dos cuidados, ainda que tal posição tenha sido referenciada pelo médico de sua confiança, tem os médicos assistentes o poder de interrompê-los? Pensamos que sim, pois a verificação de morte, por quaisquer critérios é um ato de competência do médico."*

Também diz o Conselheiro Nei M. da Silva, que, nesta situação, *"Prolongar os cuidados passa a configurar injustificável obstinação terapêutica, sem qualquer benefício para o paciente ou sua família."*

Devemos também ainda lembrar que o nosso velho mas ainda atual Código Sanitário do Estado do Paraná, em seu artigo 630, estabelece em seu parágrafo § 2º: *"O médico tem o dever de firmar o atestado de óbito de pessoa a quem vinha prestando assistência médica, o que será feito depois de certificar-se, pessoalmente, da realidade de morte."* O artigo 635, determina que: *"As declarações de óbito deverão ser apresentadas para registro dentro de 24 horas e depois de aceitas pelo Oficial do registro Civil, não poderão ser alteradas ou modificadas, a não ser nos casos previstos em lei."*

### DO PONTO DE VISTA ÉTICO

A posição ética do Conselho Federal de Medicina em relação a morte encefálica, que não poderia ser contrária aos ditames da lei, ainda mantém uma posição condescendente, ao também aprovar no parecer do Conselheiro Nei Moreira da Silva no Processo-Consulta nº 7311/97, anteriormente e acima citado, quando afirma:

*"No entanto deverão ter os médicos a sensibilidade para que este seu poder não venha a constituir-se em uma causa adicional de dor àqueles que já passam pelo sofrimento da perda de um ente querido e que devem encontrar no médico uma mensagem de alívio e solidariedade."*

Deixa assim uma lacuna e uma porta aberta, não impõe a mesma medida para todas as ocasiões, permitindo ao médico usar sua autonomia decisória, baseando-se na valorização das circunstâncias do momento da sua decisão.

Em caso de morte encefálica com declaração de óbito, algumas entre outras questões, devem ser sinteticamente observadas e reveladas para uma tomada de decisão coerente e sem conflitos:

I. Após ter o médico assistente declarado o estado de morte encefálica, em quais condições pode-se suspender os suportes vitais e os cuidados gerais?

- a) Quando a família ou responsável concordar
- b) A revelia da família e/ou responsável, após ser-lhe comunicada a morte encefálica e negada a suspensão dos suportes.

II. Quais circunstâncias ou motivos podem amparar ou justificar a decisão do médico assistente de suspender os suportes vitais e os cuidados gerais?

- a) Porque já está declarado morto
- b) Para fins de doação autorizada

III. Quais circunstâncias ou motivos podem induzir o médico assistente a não suspender ou retirar os suportes vitais e cuidados gerais?

- a) Solicitação ainda em vida, pelo morto;
- b) Alegação religiosa;
- c) Alegação emocional familiar;
- d) Autonomia do médico;
- e) Gestante com feto vivo;
- f) Ausência de identificação e de responsáveis legais.

Para a tomada de qualquer decisão, cabe em cada uma das circunstâncias ou motivações citadas ou outras, estabelecer a real condição de eticidade e legalidade.

O grande problema de prolongar ou não artificialmente os suportes vitais no estado de morte encefálica, quando não há perspectiva de doação de órgãos, são os fatores religiosos, emocionais e sociais, sempre muito presentes. A pressão familiar pode ser muito intensa, especialmente em pequenas cidades ou quando o médico está muito ligado emocionalmente a família. Esta é uma situação individual, cultural, legal, ética, que o médico precisa previamente aprender a trabalhar, para bem utilizar-se da Bioética pelo princípio de Justiça ou igualdade de decisão.

O paciente em morte encefálica está científica e legalmente morto, não cabendo proporcionar ao paciente mais nenhuma medida ou procedimento, por quanto são inúteis, desnecessárias, proteladoras, onerosas mas, é uma situação do trabalho médico a ser resolvida, presente neste momento difícil e emotivo, no qual a família quer se adaptar ao acontecimento.

As dificuldades que ocorrem neste momento final, poderiam ter uma solução tranqüila, se os médicos melhorassem a empatia na relação médico-família, conversando e transmitindo com paciência, verdade e apoio, todos os acontecimentos em cada fase da evolução do paciente, preparando a emotividade do grupo familiar para a evolução final, que nós temos a previsão clínica do que deve brevemente acontecer. É pois necessário um maior preparo do médico nas lides com as condições emocionais. Evitaremos muitos constrangimentos e contrariedades. Conversar com a família a questão, é a solução, porém antes do fato acontecer.

É preciso também divulgar e explicar melhor, quando haja possibilidade de ocorrer ou não, o que constitui o estado de morte encefálica. As pessoas em geral tem medo da morte e de morrer, da forma de morrer, do desconhecido, do sofrimento, encontrando a maioria um lenitivo na sua religiosidade. Elas projetam seus temores no morto.

Devemos tornar mais público e com clareza as palavras do Papa Pio XII quando afirma: *"É de incumbência do médico tomar as medidas ordinárias destinadas a restaurar a consciência e outros fenômenos vitais e empregar medidas extraordinárias, quando estas se acham ao seu alcance..."*. *"Não tem entretanto a obrigação de continuar de forma indefinida o uso de medidas, em casos irreversíveis..."*. *"Chega um momento quando todo o esforço de ressuscitação deve suspender-se e não opormos mais a morte."*

Pode o médico tirar a autonomia da família e usar seu paternalismo ou autoritarismo, desligando o suporte vital sem o seu conhecimento e consentimento? Cremos que não. Não podemos subestimar a capacidade de compreensão e decisão da família neste momento.

*"A Medicina não deve ser uma ciência praticada a sombra de conveniências, mas exercida a luz da razão e dos propósitos que sempre a moveram."*

A família pode, usando de sua autonomia, delegar autorização ao médico para decidir – usando o melhor de sua capacidade técnica e bom senso – sobre a suspensão dos recursos extraordinários utilizados até o diagnóstico e declaração de morte encefálica.

O médico deve estar preparado para não ter constrangimento, receio ou insegurança de dialogar e argumentar com a família, e não deve delegar esta atribuição ao enfermeiro ou assistente social, porque lhe cabe a responsabilidade desta atribuição, como deve ser seu, pessoalmente, o ato de desligar a aparelhagem de suporte vital.

Não vemos agravantes éticos do médico permitir aos familiares diretos, estarem presentes no momento de desligamento dos recursos artificiais, especialmente, por motivações religiosas.

O indivíduo na natureza só pode estar em dois estados, de vida ou de morte. Se declarada a morte encefálica, podemos desligar o suporte vital em caso de transplante, também o é legal e ético fazê-lo em situação de ausência de doação de órgão e transplante. O médico tem autoridade legal e ética em caso de morte encefálica de proceder, como na morte ou óbito por parada cardíaco-respiratória clássica, a retirada dos suportes vitais, uma vez que existe apenas um cadáver, que não poderá ser beneficiado por qualquer medida médica.

Em sentido estrito o cadáver pertence a família, que o dispõe, embora a assistência médica e declaração de óbito, seja uma atribuição do médico, que a determina.

### CONCLUSÃO:

Ao médico é pertinente, legal e eticamente, suspender o suporte vital quando declarada a morte encefálica, embora, a seu critério, possa mantê-lo, atendendo circunstâncias do momento, até a parada inexorável da atividade cardíaca.

É o parecer, S. M. J.

Curitiba, 13 de dezembro de 1999.

Dr. Ehrenfried Othmar Wittig  
Dr. Duilton de Paola  
Dr. Carlos Eduardo Soares Silvado  
Dr<sup>a</sup> Rossana Mariza Jacob  
Dr. Júlio César Wiederkehr  
Dr<sup>a</sup> Maria Júlia Camina Bugallo

Processo-Consulta CRM-PR nº 044 e 047/99  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 15/03/00

**Palavras-Chave:** morte encefálica, suspensão de suportes vitais

**Key Words:** brain death, life support care

# MORTE ENCEFÁLICA: NORMAS COMPLEMENTARES

## RESOLUÇÃO CRM/PR Nº 085/2000

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

CONSIDERANDO que os Conselhos são os Órgãos Supervisores, disciplinadores e fiscalizadores do exercício profissional médico;

CONSIDERANDO o que regulamenta a Lei nº 9434, de 04 de fevereiro de 1997, e a emenda provisória nº 1718-7, de 22 de abril de 1999;

CONSIDERANDO o Parecer do Processo-Consulta CFM nº 7311/97.

CONSIDERANDO a resolução do CRM / PR nº 072/99 e

CONSIDERANDO o que foi decidido na Reunião Plenária nº 1122º, em 07/02/2000

### RESOLVE:

Artigo 1º - Constatada a morte encefálica o médico tem autoridade ética e legal para suspender os procedimentos suportivos que foram utilizados até o momento da sua determinação. O médico poderá, entretanto, considerando as circunstâncias do momento, manter os procedimentos suportivos já instituídos;

Artigo 2º - O dia e hora do óbito correspondentes ao momento da conclusão da determinação da morte encefálica, registrada no protocolo de critérios, aprovado pelo CFM, são também a data e a hora que devem constar na declaração de óbito.

Artigo 3º - O estudo Arteriográfico Encefálico, quando utilizado como exame complementar para determinação de morte encefálica, deverá ser executado por cateterismo seletivo nas artérias carótidas e vertebrais.

Artigo 4º - Cabe a Comissão de Ética de cada Hospital, avaliar os componentes de seu corpo médico, capacitados para realizar e interpretar procedimentos e exames complementares para determinação de morte encefálica. Esta relação deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Paraná e a Central de Transplante do Paraná.

Artigo 5º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Curitiba, 19 de janeiro de 2000.

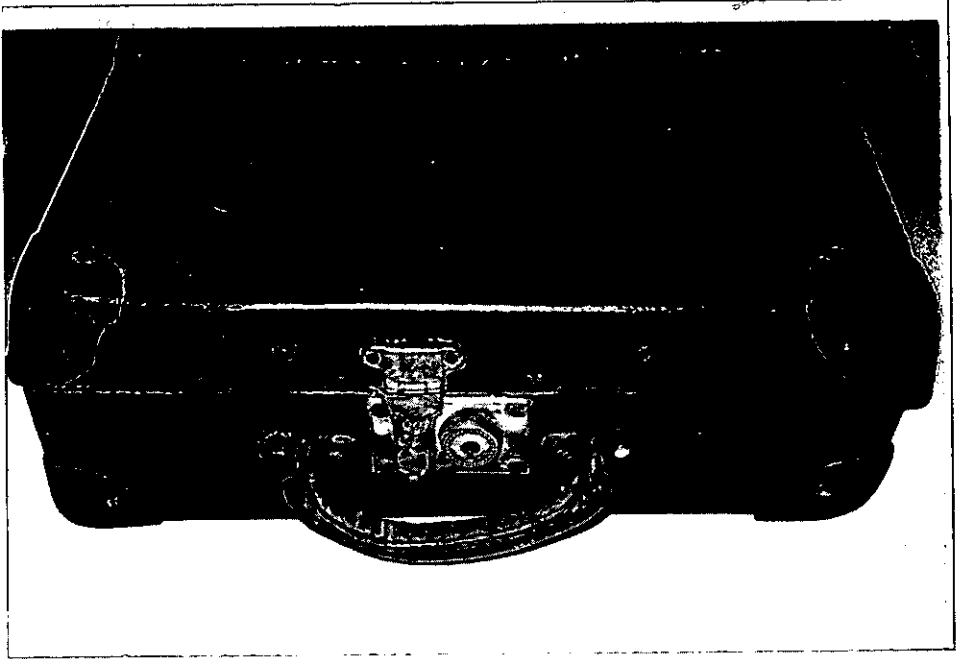
Dr. Luiz Sallim Emed  
Presidente

Daebes Galati Vieira  
1º Secretário

**Palavras-Chave:** morte encefálica, suspensão de suportes vitais, critérios de morte  
**Key Words:** brain death, life support care, death criteria

# HISTÓRIA DA MEDICINA

Ehrenfried Wittig \*



**MALETA MÉDICA** - Todos os médicos necessitam de uma maleta para transportar seus aparelhos de uso mais imediato na consulta domiciliar ou hospitalar. Isto foi mais necessário há 60 ou 70 anos quando existiam poucos hospitais, a concentração médica estava nas grandes cidades e o médico precisava se deslocar grandes distâncias de dia ou a noite para atender em casa, partos, acidentes ou consultas mais graves. Esta maleta pertenceu ao Dr. José Leite de Almeida que a utilizou em 1874, sendo bastante robusta e de couro grosso com cantoneiras metálicas.

Doador: a família.

**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: Aminda  
Cons. Lúcia Helena Coutinho dos Santos  
Cons. Cícero Lotário Tironi  
Cons. Mariângela Batista Galvão Simão  
Cons. Renato Seely Rocco  
Cons. Rubens Kliemann  
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: Marília Cristina Milano Campos  
Secretária: Cleunice  
Cons. Jorge Rufino Ribas Timi  
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 Timi  
Cons. Rubens Kliemann

## 5 - COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Presidente: Carlos Roberto Goytacz 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 Sallim 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: Waldir Ruppillo  
Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
Cons. Gerson Zafalon Martins  
Cons. Cícero Lotário Tironi  
Cons. Kamel Jorge Chammas  
Dr. Luiz Carlos Sobania (Membro Nato do CRM)

## 11 - COMISSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS E REMUNERAÇÃO

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

## DELEGACIA SECCIONAL DE APUCARANA

Dr. José Marcos Lavrador (Presidente)  
Dr. Carlos Alberto Gebnim Preto (Secretário)  
Dr. Guilherme Augusto Storer (Colaborador)  
Dr. Evaldo Américo Galhardo Sanches (Suplente)  
Dr. Adail Rother Júnior (Suplente)  
Dr. Altimar José Carletto (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE CAMPO MOURÃO

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

## DELEGACIA SECCIONAL DE CASCATEL

Dr. Keithe 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. Nelson Antônio Barufatti Filho (Suplente)  
Dr. Hildegardis Zacar (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

Drª Vera Lúcia Dias (Presidente)  
Dr. Osmário Edson de Andrade Góes (Secretário)  
Drª. Alicar Darwich (Colaboradora)  
Dr. Humberto Pellegrini Maia (Suplente)  
Dr. Frederico Eduardo W. Virmond (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. Adelmio Ferreira (Suplente)  
Dr. Edson Kenji Takaki (Suplente)  
Dr. José Eduardo de Siqueira (Vice-Presidente)  
Dr. Ludovico Plei Neto (2º Secretário)  
Dr. Marcelo Agudo Carvalho de Mendonça (Suplente)  
Dr. Wanderley Zanotto Lopes dos Santos (Suplente)

## DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

Dr. Kamel Jorge Chammas (Presidente)  
Dr. Natal Domingos Gianotto (Vice-Presidente)  
Drª Maria Teresa de M. C. Coimbra (1ª Secretária)  
Dr. Mário Massaru Miyazato (2ª Secretário)  
Dr. Mino Okawa  
Dr. Mário Lins Peixoto  
Dr. Aldo Yoshisuke Taguchi (Suplente)  
Dr. Giancarlo Sanches (Suplente)  
Dr. José Carlos Fernandes (Suplente)  
Dr. Luis Francisco Costa (Suplente)  
Dr. Oswaldo Rodrigues Trute (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 Motizuki (Suplente)  
Dr. César Augusto Macedo de Souza (Suplente)  
Dr. Pedro Soveral Bortot (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

Dr. Achilles Buss Junior (Solicitou o afastamento em 05/07/99)  
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Presidente)  
Dr. Délcio Caran Bertucci Filho (Secretário)  
Dr. Gilberto Luiz Ortolan (Suplente)  
Drª Margaret Zych (Suplente)  
Drª Mari Cybyski (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)