

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

PORTE PAGO

DR/PR

ISR - 48-189/84

ISSN 0104 - 7620

IMPRESSO

v. 17 - n. 66 - abril / junho - 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 Ehlke 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
Raquela Rotta Burkiewicz
Roberto Bastos da Serra Freire
Rubens Kliemann
Sérgio Maciel Molteni
Wadir Rúpollo
Zacarias Alves de Souza Filho

MEMBROS SUPLENTE

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

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

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

SECRETARIA

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

ISSN 0104 - 7620

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 17	n. 66	p. 57-115	Abr./Jun.	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 CRMPR, 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
Secretaria/Diretoria: secdir@crmpr.org.br
Assessoria Jurídica: aj@crmpr.org.br
Cofep: cofep@crmpr.org.br
Biblioteca: biblioteca@crmpr.org.br
Home-Page www.crmpr.org.br

Postal Caixa Postal 2208
Telefone 0 xx 41 322-8238
Fax 0 xx 41 322-8465

TIRAGEM

14.000 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 anual 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 www.crmpr.org.br

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>

ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

FICHA CATALOGRÁFICA

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, v. 17, n. 66, 2000

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

Plano de Consulta Familiar Instituído Pelo Próprio Médico Parecer CFM	57
Uso da Internet Para Divulgação de Assuntos Médicos Parecer CFM	60
Procedimento a Ser Adotado na Utilização de Oxímetro de Pulso e Monitorização em Pacientes Submetidos a Qualquer Evento Cirúrgico Parecer CFM	67
Necessidade de Carimbo em Atestado Médico Para Licença Médica Parecer CFM	71
Limites de Cesariana e o Seu Pagamento Parecer CFM	72
Competência de Fonoaudiólogo Para Proceder a Exame Audiométrico Parecer CFM	75
Interface Entre a Medicina e a Enfermagem. Punção de Veias Centrais Parecer CFM	77
Interface Entre a Medicina e a Enfermagem. Teste de Glicemia Capilar Parecer CFM	80
Interface Entre a Medicina e a Enfermagem. Solicitação de Exames Complementares Parecer CFM	82
Tratamento Através da Mesoterapia é Terapêutica Médica? Parecer CRMPR	86
Analgesia Para Parto Normal Realizado Por Enfermeiro Parecer CFM	89
Atuação Exorbitante de Nutricionistas Conflita Com Ato Médico Parecer CFM	94
Condições Mínimas Para a Prática de Anestesia no Combate à Hipertermia Maligna Parecer CFM	100
Normas Éticas e Legais Para Esterilização Parecer CFM	105
Publicidade de Título de Especialista Parecer CFM	110
Cateter Arterial e Venoso Profundo é Ato Médico Resolução CFM Nº 1.582/99	114
História da Medicina Ehrenfried Wittig	115

PLANO DE CONSULTA FAMILIAR INSTITUÍDO PELO PRÓPRIO MÉDICO

Parecer CFM

EMENTA

Não configura atitude condenável, sob o ponto de vista ético, o médico tratar, individualmente, da remuneração profissional com os seus pacientes. O mesmo não se aplica aos contratos e/ou acordos celebrados coletivamente.

EXPOSIÇÃO

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

DA CONSULTA

A Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, através do Ofício GS/SAS/MS/Nº 1.381, encaminha consulta formulada pelo Dr. José Clóvis Souza Bittencourt Filho (CRM-Ba 12,171) nos seguintes termos:

“Estabelecido como médico clínico e visando melhorar o acesso dos meus pacientes às consultas médicas, pretendo implantar um **PLANO DE CONSULTAS** onde as famílias clientes pagariam a importância fixa de R\$ 15,00 (quinze reais) mensais e teriam direito a 3 consultas médicas por mês, incluindo-se os dependentes legais declarados.

Por contrato com médicos de especialidades outras, ofereceríamos aos beneficiários, além de consulta clínica, consulta na área de pediatria.

Como vê V. Excia., não se trata de plano de saúde (com tratamento ou internamento) e sim mero **PLANO DE CONSULTAS**, restrito aos meus pacientes, notadamente os mais carentes.

No ensejo da nova legislação e normas que regem a matéria, CONSULTO a V. Excia., se este restrito **PLANO DE CONSULTAS** estaria obstado por questão legal, ética ou normativa, sob o ponto de vista deste respeitável Ministério.”

PARECER

O consulente frisa, em sua missiva, não ter o fito de instituir plano de saúde, mas sim plano de consultas. Entretanto, não define alguns pontos:

1) A origem da clientela:

- a) Seriam pacientes que o procurariam em seu consultório?
- b) Ou poderiam ser pacientes oriundos de assistência pública e gratuita?
- c) Ou, ainda, de planos de assistência privada?

2) Como ele chegou ao valor de R\$ 15,00 por família atendida?

O Código de Ética Médica dedica o Capítulo VIII ao tema **Remuneração Profissional**, *in verbis*:

É vedado ao médico:

Art. 86 – Receber remuneração pela prestação de serviços profissionais a preços vis ou extorsivos, inclusive através de convênios.

Art. 87 – Remunerar ou receber comissão ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, ou por serviços não efetivamente prestados.

Art. 88 – Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico, para efeitos de cobrança de honorários.

Art. 89 – Deixar de se conduzir com moderação na fixação de seus honorários, devendo considerar as limitações econômicas do paciente, as circunstâncias do atendimento e a prática local.

Art. 90 – Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo provável dos procedimentos propostos, quando solicitado.

Art. 91 – Firmar qualquer contrato de assistência médica que subordine os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.

Art. 92 – Explorar o trabalho médico como proprietário, sócio ou dirigente de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos, bem como auferir lucro sobre o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe.

Art. 93 – Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente que tenha atendido em virtude de sua função em instituições públicas.

Art. 94 – Utilizar-se de instituições públicas para execução de procedimentos médicos em pacientes de sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais.

Art. 95 – Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos; ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários.

Art. 96 – Reduzir, quando em função de direção ou chefia, a remuneração devida ao médico, utilizando-se de descontos a título de taxa de administração ou quaisquer outros artifícios.

Art. 97 – Reter, a qualquer pretexto, remuneração de médicos e outros profissionais.

Art. 98 – Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, laboratório farmacêutico, ótica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação ou comercialização de produto de prescrição médica de qualquer natureza, exceto quando se tratar de exercício da Medicina do Trabalho.

Art. 99 – Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia, bem como obter vantagem pela comercialização de medicamentos, órteses ou próteses, cuja compra decorra de influência direta em virtude da sua atividade profissional.

Art. 100 – Deixar de apresentar, separadamente, seus honorários quando no atendimento ao paciente participarem outros profissionais.

Art. 101 – Oferecer seus serviços profissionais como prêmio em concurso de qualquer natureza.

Em relação à matéria em tela, sinteticamente em seus dezesseis artigos, podemos fazer a seguinte leitura:

1. Não há, para o médico, impedimento em definir os valores de honorários devidos pelos pacientes por ele assistidos em seu consultório ou clínica privada.
2. Usando do bom senso, estes valores devem se basear nas condições do atendimento, nas limitações econômicas do paciente e no costume do local onde foi praticado o ato médico, evitando, assim, os preços extorsivos e o aviltamento profissional.
3. Não deve o médico desviar paciente de instituição pública ou privada, que se destine ao atendimento gratuito, para a sua clínica privada.

Devemos também lembrar o que consta no Código de Ética Médica em seu artigo 80, *in verbis*: “É vedado ao médico – Praticar concorrência desleal com outro médico.” Daí, podemos inferir que todo cuidado com a concorrência desleal e antiética deve acompanhar o nosso raciocínio acerca da matéria remuneração profissional.

CONCLUSÃO

O entendimento deste relator é o de que não configura atitude condenável, sob o ponto de vista ético, o médico tratar da remuneração profissional com os seus pacientes individualmente. No entanto, os contratos e/ou acordos celebrados coletivamente, nos moldes do que está sendo proposto pelo consulente, estão subordinados às normatizações da Lei nº 9.656 e corresponde registro na Secretaria de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde e Conselhos Regionais de Medicina de sua origem, para operar no mercado. O médico, enquanto cidadão, deve assumir o seu papel, utilizando-se do instrumento político junto ao Estado para o estabelecimento de uma assistência à saúde de forma universal, igualitária e gratuita de qualidade para todos os cidadãos brasileiros.

É o parecer. *Sub examine.*

Brasília, 1º de setembro de 1999

José Abelardo Garcia de Meneses
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 7621/97
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 30/09/99

Palavras-Chave: plano de saúde, contrato de assistência.

Key Words: healthcare plan,

USO DA INTERNET PARA DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS

Parecer CFM

EMENTA

Não constitui delito ético a divulgação de assunto médico na Internet, desde que feita nos ditames do Código de Ética Médica e em obediência às normas previstas na Resolução CFM nº 1.036/80 e no Decreto-Lei nº 4.113/42.

A utilização da rede mundial de comunicação para divulgação de assuntos médicos é desejável. O médico deve apenas se ater aos princípios dogmáticos da ética médica: respeitar o sigilo profissional; manter no anonimato os pacientes; esclarecer e educar a sociedade; evitar o sensacionalismo e a autopromoção; não fornecer consulta; só anunciar os títulos de especialidade registrados no CRM e não participar de anúncios de empresas comerciais.

Havendo dúvida sobre a abordagem de determinado tema, deve o médico dirigir consulta específica ao Conselho Regional de Medicina no qual esteja inscrito.

O dr. Miguel A. Gontiko Álvares (CRM-MG 9143) dirige correspondência a este egrégio Conselho solicitando esclarecimentos sobre divulgação de assunto médico na rede mundial de comunicação – Internet.

Designado pelo conselheiro responsável pelo Setor, Dr. Júlio César Meirelles Gomes, através do ofício CFM nº 4.947/98, a emitir parecer, passo à análise dos fatos.

EXPOSIÇÃO

O consulente encaminha consulta nos seguintes termos:

“ 1 – Pode o médico divulgar, via Internet, seus próprios métodos propedêuticos e terapêuticos para diferentes patologias inerentes à sua especialidade, usando a “homepage” de acesso IRRESTRITO, da sociedade a qual é filiado?

2 – No caso de processos médico-legal envolvendo informações médicas de livre acesso divulgadas pela internet, quem é o responsável legal? O autor do texto ou a sociedade que, ao médico ofereceu espaço para divulgação pessoal?

Para finalizar, acrescentaria que a rede mundial de computadores (internet) tem como algumas de suas características a de não ter proprietário, não ter censura, ser de total acesso e também de ser o caos um pouco organizado. Na minha opinião condutas médicas pessoais não devem ser disponibilizadas na internet, principalmente em locais de acesso irrestrito.”

PARECER

O tema apresentado é de suma importância, pela sua relevância, atualidade e ineditismo, sendo muito pertinente para o momento. A Internet é, hoje, um veículo de transmissão de informação que não possui qualquer controle e norma específica no Brasil. A divulgação dos mais diversos assuntos e imagens é transmitida ao público em geral ("internautas") sem qualquer dilapidamento, fato que enseja, por vezes, um total desvirtuamento da teleologia desta gigantesca "televisão". É a liberdade travestida de libertinagem.

Assim sendo, o presente questionamento deve ser analisado com muita acuidade, visando garantir uma correta visão das qualidades e perigos trazidos com a tecnologia propiciada pela Internet.

DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

A ética na publicidade médica e suas vedações estão estabelecidas nos artigos 131 a 140 do Código de Ética Médica. Os dispositivos fazem vedações ao uso incorreto da publicidade e divulgação de assunto médico e práticas propedêuticas.

O médico só deve divulgar assuntos de interesse coletivo desde que seja para esclarecer a sociedade quanto a processos educacionais.

É vedado ao médico:

Art. 131 – Permitir que sua participação, na divulgação de assuntos médicos, em qualquer veículo de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade.

É vedado ao profissional médico valer-se da propaganda para angariar clientela e autopromover-se. É o que dispõe claramente o artigo 132, nos seguintes termos:

É vedado ao médico:

Art. 132 – Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

O profissional médico tem o dever de sempre albergar-se na verdade e quando for divulgar seus métodos de tratamento deve fazê-lo de forma científica, somente lhe sendo ética a divulgação de método propedêutico já reconhecido pelo órgão competente. É o que reza o artigo 133 do CEM, *in verbis*:

É vedado ao médico:

Art. 133 – Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido por órgão competente.

O Código de Ética Médica faz ainda diversas vedações, tais como participar de anúncios de empresas valendo-se da profissão médica, publicar trabalho científico do qual não tenha participado da pesquisa, falsear estatísticas, etc. A doutrina ética é sempre a mesma: garantir ao público leigo, ou mesmo científico, a mais ampla, verdadeira e ética informação médica, garantindo-lhe uma correta noção do tratamento e do profissional médico anunciante.

DA RESOLUÇÃO CFM N° 1.036/80

O assunto em comento é de tão grande relevância que mereceu por parte do Conselho Federal de Medicina legislação específica, consubstanciada na Resolução n° 1.036/80.

A finalidade da norma referida teve sua razão na *“necessidade de que sejam uniformizados e atualizados os procedimentos para divulgação de assuntos médicos e métodos no Território Nacional”*. Outrossim, almeja a referida resolução do CFM a *“solução dos problemas que envolvem a divulgação de assuntos médicos visando ao esclarecimento da opinião pública.”*

Neste diapasão, a resolução preconiza que toda propaganda, anúncio e demais formas de divulgação médica deverão passar pelo crivo da CODAME (Comissão Permanente de Divulgação de Assuntos Médicos).

O artigo 16 da aludida resolução dispõe que:

Art. 16 – A Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos terá como finalidade:

- a – dar parecer a consultas feitas ao Conselho Regional de Medicina a respeito de publicidade de assuntos médicos, interpretando pontos duvidosos, conflitos e omissões;
- b – emitir parecer sobre matéria que envolva divulgação médica, inclusive publicações de trabalhos científicos, sempre que a ela for submetida;
- c – quando necessário, observar os médicos primariamente envolvidos em publicidade, nos casos para ela analisados;
- d – propor ao Conselho Regional de Medicina a instauração de Processo Ético-Profissional nos casos que tenham características de infração ao Código de Ética Médica;
- e – providenciar para que a matéria relativa a assunto médico, divulgado pela imprensa leiga, não ultrapasse, em sua tramitação na Comissão, o prazo de sessenta (60) dias.

Outrossim, estabelece o artigo 7º da mesma norma que a divulgação de assunto médico para o público leigo, deve estar sempre em conformidade com os postulados éticos. Ademais, conforme o mesmo artigo, havendo dúvida acerca da ética da matéria a ser divulgada, o CRM deve previamente ser consultado, nos seguintes termos:

Art. 7º - O médico pode, usando qualquer meio de divulgação leiga, prestar informações, dar entrevistas e publicar artigos versando sobre assuntos médicos que sejam estritamente de fins educativos.

§ 1º - Em tais casos deverá ater-se aos postulados éticos contidos no Código de Ética Médica em vigor e nas Resoluções do Conselho Federal de Medicina.

§ 2º - Sempre que em dúvida sobre como abordar assunto médico para o público, deverá o profissional solicitar pronunciamento prévio do Conselho Regional de Medicina.

Portanto, pode o profissional de medicina divulgar assuntos médicos ao público leigo, primeiramente, respeitando os postulados do Código de Ética Médica, já referidos. Outrossim, havendo dúvida quanto à deontologia da divulgação, deve consultar previamente o CRM, através da CODAME (Comissão Permanente de Divulgação de Assuntos Médicos), cujas atribuições já foram anteriormente elencadas.

O artigo 8º do referido diploma faz referência a autopromoção e a concorrência desleal, *in verbis*:

Por ocasião das entrevistas, comunicações, publicações de artigos e informações ao público, deve o médico evitar sua autopromoção e sensacionalismo, preservando, sempre, o decoro da profissão.

§ 1º - Entende-se por autopromoção, quando o médico, por meio de entrevistas, comunicações, publicações de artigos e informações, procura beneficiar-se, no sentido de angariar clientela, fazer concorrência desleal, pleitear exclusivamente de métodos diagnóstico e terapêutico e auferir lucros.

Entendo que cabe ainda transcrever o artigo 1º do Decreto-Lei nº 4.113, de 14 de fevereiro de 1942, que regula a propaganda de médicos, cirurgiões-dentistas, parteiras, massagistas, enfermeiros, de casas de saúde e de estabelecimentos congêneres. Assim, disciplina o dispositivo:

Art. 1º - É proibido aos médicos anunciar:

I - cura de determinadas doenças, para as quais não haja tratamento próprio, segundo os atuais conhecimentos científicos;

II - tratamento para evitar a gravidez, ou interromper a gestação, claramente ou em termos que induzam a estes fins;

III - exercício de mais de duas especialidades, sendo facultada a enumeração de doenças, órgãos ou sistemas compreendidos na especialização;

IV - consultas por meio de correspondência, pela imprensa, caixa postal, rádio ou processos análogos;

V - especialidade ainda não admitida pelo ensino médico, ou que não tenha tido a sanção das sociedades médicas;

VI - prestação de serviços gratuitos em consultório particular;

VII - sistematicamente, agradecimentos manifestados por clientes e que atentem contra a ética médica;

VIII - com alusões detratórias a escolas médicas e a processos terapêuticos admitidos pela legislação do país;

IX – com referência a métodos de tratamento e diagnóstico não consagrados na prática corrente ou que não tenham tido a sanção das sociedades médicas;

X – atestados de cura de determinadas doenças, para as quais não haja tratamento estabelecido, por meio de preparatórios farmacêuticos.

As proibições trazidas no decreto-lei transcrito foram todas albergadas no Código de Ética Médica, devendo o médico anunciante respeitá-las, sob pena de estar ferindo postulado deontológico e responder a processo disciplinar.

A divulgação de assunto médico, propagandas, entrevistas, etc., deve sempre basilar-se nos ditames éticos, visando a uma correta e verdadeira informação ao público. Assim, também improcede qualquer proibição à boa divulgação, pautada na aludida resolução e no Código de Ética Médica.

Da divulgação de assunto médico na rede mundial de computadores (Internet)

Poucas não foram as inovações trazidas pela Internet. Hodiernamente, esse veículo de comunicação possui um público mundial quase sem estimativas corretas, devido à quantidade de adesão diárias e à capacidade de angariar novos adeptos.

Vale frisar que a Internet é um veículo de divulgação mundial. O seu acesso é tão vasto que as matérias ali divulgadas podem ser vistas em todos os continentes e por uma gama incomensurável de pessoas. A capacidade de transmissão não tem limites, acolhendo todos os povos e culturas do mundo.

Como veículo de comunicação, a Internet tem conseguido uma clientela imensamente superior a de qualquer outro instrumento de divulgação. Seu acesso é mundial e sua "freguesia" a mais eclética possível. Sendo assim, a veiculação de assunto médico na Internet deve também pautar-se nos corretos ditames da ética médica. Portanto, antes da colocação de qualquer matéria, anúncio ou propaganda médica, devem ser observados todos os artigos do Código de Ética Médica, da Resolução CFM nº 1.036/80 e do Decreto-Lei nº 4.113/42.

O não – cumprimento das diretrizes jurídicas e éticas acima relacionadas podem ensejar ao médico anunciante processo ético perante seu órgão de classe, bem como sanção jurídica pelo não – cumprimento do Decreto-Lei nº 4.113/42. Assim, a matéria médica divulgada na Internet deve merecer por parte do anunciante uma atenção especial, tendo em vista sua abrangência e capacidade de ser vista no mundo inteiro.

Ademais, cabe lembrar que este é um veículo de comunicação completo, possuindo tanto a capacidade escrita como a visual e sonora. O anúncio ali colocado pode ser feito na forma escrita ou mesmo através de imagens e fotos, o que não ocorre em outros instrumentos de divulgação.

CONCLUSÃO

Para ratificar e sedimentar as informações prestadas, transcrevemos abaixo os dez artigos do Código de Ética Médica que tratam da matéria divulgação de assuntos médicos, todos inclusos no Capítulo XIII – Publicidade e Trabalhos Científicos.

É vedado ao médico:

Art. 131 – Permitir que sua participação, na divulgação de assuntos médicos, em qualquer veículo de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade.

Art. 132 – Divulgar informação sobre o assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

Art. 133 – Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido por órgão competente.

Art. 134 – Dar consulta, diagnóstico ou prescrição por intermédio de qualquer veículo de comunicação de massa.

Art. 135 – Anunciar títulos científicos que não possa comprovar ou especialidade para a qual não esteja qualificado.

Art. 136 – Participar de anúncios de empresas comerciais de qualquer natureza, valendo-se de sua profissão.

Art. 137 – Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado; atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação.

Art. 138 – Utilizar-se, sem referência ao autor ou sem a sua autorização expressa, de dados, informações ou opiniões ainda não publicados.

Art. 139 – Apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

Art. 140 – Falsear dados estatísticos ou deturpar sua interpretação científica.

“1 – Pode o médico divulgar, via Internet, seus próprios métodos propedêuticos e terapêuticos para diferentes patologias inerentes à sua especialidade, usando a “homepage” de acesso IRRESTRITO, da sociedade a qual é filiado?”

Resposta. Não. A divulgação de métodos aplicados à medicina só pode ser feita quando estes forem consagrados pelo conhecimento científico, respeitando-se o sigilo profissional, e devem servir para esclarecimento e educação da sociedade, evitando a autopromoção, o sensacionalismo e a concorrência desleal. Quando os métodos são inovadores o médico tem o dever ético de divulgá-los nos meios científicos para que ganhem a chancela de verdade científica e, assim, possam ser usados pelos demais médicos. Somente após este procedimento, poderá ser levado ao conhecimento do público em geral.

"2 – No caso de processo médico-legal envolvendo informações médicas de livre acesso divulgadas pela internet, quem é o responsável legal? O autor do texto ou a sociedade que, ao médico ofereceu espaço para divulgação pessoal?"

Resposta. A rede mundial de computadores (Internet) tem entre outras, algumas características específicas; a de não ter proprietário, não ter censura, ser de total acesso e, também, ser o caos um pouco organizado. Na minha opinião, condutas médicas pessoais não devem ser disponibilizadas na Internet, principalmente em locais de acesso irrestrito. Não pode ensejar dúvida que, em caso de abertura de Processo Ético-Profissional por divulgação de assunto médico de forma ilegal, quem irá responder será o médico autor da divulgação, e não a empresa que ofereceu o espaço na Internet. Somente o médico (pessoa física) é possível de sofrer processo ético-disciplinar, a pessoa jurídica (provedora) não poderá ser responsabilizada sob o viés da ética médica por qualquer irregularidade divulgada na Internet.

Não existe ainda no Brasil uma legislação própria para esse veículo de comunicação, nem mesmo um controle de qualquer órgão governamental. Existe, sim, uma tentativa por parte da Polícia Federal em coibir imagens de pedofilia e outros crimes pela Internet. Todavia, com relação a assunto médico, a norma é de responsabilidade dos Conselhos de Medicina.

A utilização da rede mundial de comunicação para divulgação de assuntos médicos é desejável, apenas o médico responsável pela divulgação deve-se ater aos princípios dogmáticos da ética médica. Havendo dúvida sobre a abordagem de determinado tema, deve dirigir consulta específica ao Conselho Regional de Medicina no qual esteja inscrito.

É o parecer. *Sub examine.*

Brasília, 03 de setembro de 1999

José Abelardo Garcia de Meneses
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 6228/98
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 30/09/99

Palavras-Chave: divulgação médica, mídia médica, medicina na Internet.

Key-Words: medical publicity, medical media, medicine in the internet.

PROCEDIMENTO A SER ADOTADO NA UTILIZAÇÃO DE OXÍMETRO DE PULSO E MONITORIZAÇÃO EM PACIENTES SUBMETIDOS A QUALQUER EVENTO CIRÚRGICO

Parecer CFM

EMENTA

Em todo ato anestésico que implique redução do estado vigil de paciente, é imprescindível a utilização da oximetria de pulso; quaisquer normas emitidas visando a limitação da oximetria de pulso contrariam a boa prática médica, estando os seus responsáveis, quando médicos, infringindo o CEM.

A Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) remete a este Conselho correspondência onde solicita análise e posterior providências sobre os seguintes documentos:

- 1 – ofício da DERHU/DIASB/MZ para a DIASA/RJ onde é informado que “a utilização de oxímetro de pulso e monitorização em eventos cirúrgicos deverão ser remunerados pela CEF para aqueles pacientes com risco cirúrgico a partir do grau II e/ou procedimento com classificação anestésica a partir do porte 5”.
- 2 – correspondência enviada à Funcef pelo dr. Ícaro Roldão Chaves de Barros, contestando a decisão.
- 3 – relação de procedimentos glosados.

PARECER

O oxímetro de pulso é uma das maiores conquistas em termos de segurança do paciente no que tange à monitorização. É um método não – invasivo pelo qual se avalia a oxigenação sangüínea, medindo-se a saturação da hemoglobina. Substituiu, com grande vantagem, a antiga observação de cianose de extremidades como sinal de hipoxemia. Lundsgaard e Van Slyke (*Medicine* 2:7, 1923) sugeriram que para a cianose ser detectada tornava-se necessária a detecção de 5 g / dL⁻¹ de hemoglobina reduzida presente no sangue arterial (ou seja, cerca de 31% da hemoglobina circulante considerando-se uma taxa de 16 g / dL⁻¹ como normal). Usando-se este fato, se a saturação de 70% de oxigênio (SaO₂) é arbitrariamente considerada clinicamente perigosa (como de fato clinicamente o é, devido a forma da curva), um cálculo simples pode demonstrar que tal grau de elevada hipoxemia poderá ser de difícil detecção se a concentração de hemoglobina for menor do que 16 g / dL⁻¹. Ressalta-se, por oportuno, ser a hipóxia uma das principais causas de morte durante a anestesia e, também, de seqüela neurológica grave. No passado, muitas foram as mortes desencadeadas pela hipoxemia. O diagnóstico em tempo hábil não ocorria pela ausência de um

monitoramento adequado. O exame à luz ambiente era falho não apenas pela possibilidade de um déficit de hemoglobina circulante mas, e sobretudo, porque existe uma enorme variação individual na capacidade de identificação da hipoxemia pela simples observação da coloração cutânea, conforme mostram inúmeros trabalhos feitos à época. O ECG com três eletrodos de derivação leva um tempo demasiadamente longo para detectar a presença de uma hipoxemia grave, ao passo que com o oxímetro isto ocorre de forma imediata. Muitas vezes, a hipoxemia não será detectada, na ausência do oxímetro, antes que surjam bradicardia e hipotensão graves. Hoje, não se discute mais a validade do uso desse aparelho em anestesia e nos cuidados intensivos (Hanning CD – *Br. J. Anaesth*, 19857:359-360).

É surpreendente que médicos, ao serem consultados, se atrevam a assinar uma instrução na qual separam pacientes que poderão sofrer ou não hipoxemia baseados não na patologia que apresentam, mas no vulto da operação, chamando para si uma responsabilidade que não lhes cabe visto ser, pela Resolução CRM nº 1.363/93, atribuição do anestesiolista monitorar a respiração do paciente sob seus cuidados, da forma tecnicamente mais adequada. Assinando como o fizeram, passam a ser solidários com a infração que querem obrigar o profissional responsável pelo ato a cometer. Ora, se o paciente pode morrer de apnéia do sono, como é possível dizer que somente sofrerão hipoxemia os pacientes com risco "grau II" (de que classificação de risco?). O que é risco grau II? O que leva esses doutos esculápios a afirmar com segurança que somente os pacientes do porte 5 apresentarão hipoxemia e deverão ser privilegiados com o uso do oxímetro?

Os médicos que emitiram um laudo técnico com tal orientação cometeram vários equívocos:

- 1 – ao criar uma casta dentre os usuários do mesmo plano de saúde que se beneficia de um método diagnóstico que pode lhes salvar a vida, deixando os demais ao desamparo, ferem de morte o disposto no artigo 5º da Constituição vigente, onde está posto que "Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza";
- 2 – infringem a Resolução CFM nº 1.363/93
- 3 – ao determinar uma prestação de serviço abaixo dos padrões dispostos na resolução supracitada, e impor uma disposição limitando o estabelecimento de diagnóstico, infringem os artigos 14 e 16 do Código de Ética Médica vigente.

A vida humana é um bem ao qual não é possível atribuir um valor mercantil. O ato anestésico não pode prescindir de um método diagnóstico que veio crescer segurança e, por via de conseqüência, benefício ao paciente a ele submetido. Tal segurança no presente caso é devida à presença dos oxímetros com componentes que tem uma vida útil e precisam ser repostos. Tal fato importa, portanto, num custo a ser repassado sob pena de inviabilização. O preço a ser pago pela sua utilização é matéria que foge à competência desta Casa, mas é evidente que existe e precisa ser

considerado. O que não é possível é, na esteira de um controle de gastos, tentar impor uma prática em dissonância com o princípio segundo o qual o ato médico deve visar ao benefício do paciente. A prática de qualquer procedimento anestésico que implique em depressão do estado vigil não pode prescindir da utilização da oximetria de pulso. A não observância de tal conduta é passível de questionamento sob os aspectos de negligência e imprudência.

Necessário se faz um comunicado deste órgão normativo aos médicos da CEF mostrando a inadequação da conduta tomada e, no caso de persistência, sejam os mesmos denunciados ao Conselho Regional de Medicina do Estado de origem para apuração de responsabilidade mediante abertura de processo ético-profissional.

É o parecer, SMJ.

Brasília, 18 de agosto de 1999.

Carlos Alberto de Souza Martins
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 2863/97

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 17/09/99

Palavras-Chave: oxímetro de pulso, risco anestésico.

Key Words: blood gas monitoring transcutaneous, oximetry, anesthetic risk.

Colega

*Não presenteie com
Alcool ou Tabaco.*

Seja criativo.

*Você também é
Responsável.*

NECESSIDADE DE CARIMBO EM ATESTADO MÉDICO PARA LICENÇA MÉDICA

Parecer CFM

EMENTA

Em que pese o atestado para afastamento de trabalho ser feito em papel com a identificação do médico, o uso do carimbo é opcional.

DA CONSULTA

“Solicito parecer deste Conselho quanto a obrigatoriedade de se apor carimbo médico em atestado para fins de afastamento do trabalho quando o impresso do atestado é próprio do médico e já tem gravado o nome do profissional, seu CRM e endereço.”

PARECER

Opino que um atestado médico para afastamento de trabalho seja escrito em folha de receituário médico com as indicações de nome, inscrição no CRM, endereço e especialidade do emitente, o que consolida a responsabilidade do mesmo. A aposição do carimbo serve apenas para reforçar esta identificação, ficando a critério exclusivo do médico.

Este é o parecer S.M.J.
Brasília, 17 de agosto de 1999

Oswaldo de Souza
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 3208/99
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 17/9/99

Palavras-Chave: carimbo médico, identificação de assinatura
Key Words: medical rubber stamp, signature identification.

LIMITES DE CESARIANA E O SEU PAGAMENTO

Parecer CFM

EMENTA

O médico deve acatar normas institucionais voltadas para a segurança e o aprimoramento técnico dos procedimentos, sem prejuízo de sua autonomia.

MOTIVO DA CONSULTA

O presidente da Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo, dr. Américo Massafuni Yamashita, consulta o CFM sobre a postura dos médicos anestesiológicos diante da portaria PT/GM/Ministério da Saúde/98, que estabelece, a partir do segundo semestre de 1998, limites semestrais para pagamento dos partos cesarianos, conforme tabela do item 1 da referida portaria, abaixo transcrita:

"1 – Determinar que no Programa de Digitação de Autorizações de Internação Hospitalar, SISAHO1, seja implantada crítica visando o pagamento percentual máximo de cesarianas em relação ao total de partos por hospital, na seguinte conformidade:

Limite de 40% - para o segundo semestre de 1998.

Limite de 37% - para o primeiro semestre de 1999.

Limite de 35% - para o segundo semestre de 1999.

Limite de 30% - para o primeiro semestre de 2000."

No entanto, índices superiores a 40% podem ocorrer em hospitais universitários ou setores de alto risco, como citado pelo consulente. Nestes casos, os procedimentos médicos devem ser justificados à luz das excepcionais condições geradoras do evento. Este é um problema a ser resolvido na mesa de negociação entre a fonte pagadora e o prestador do serviço, não constituindo matéria de desejada natureza ética.

E agora a questão principal, ou seja, discutir se cabe aos Conselhos de Medicina intervir na questão, isto é, opinar sobre a liberação dos limites que restringem o direito de remuneração do profissional ou recomendar o fiel acatamento de uma portaria que busca evitar o ato médico desnecessário, ou pretende coibir o mercantilismo no âmbito da obstetrícia.

A questão acima poderia estar relacionada com o capítulo do Código de Ética Médica que trata da remuneração profissional e demonstra a vocação normativa dos Conselhos no sentido de proteger o direito do médico ser remunerado pelo trabalho prestado. Este direito ético presume, no entanto, legalidade e adequação técnica do ato realizado dentro dos princípios, normas e limites fixados pela ciência médica e ditados pelo bom senso.

Pelo visto, não há como deixar de endossar uma norma de serviço que inibe práticas consideradas antiéticas com risco cirúrgico desnecessário, indicação abusiva de procedimentos, motivação fútil, hospitalização prolongada, etc. Não há como postar-se contra uma medida de aparência saudável destinada ao saneamento ético do índice alarmante de cesarianas. Por outro lado, cabe ao anestesiológico e demais profissionais auxiliares o direito de ser remunerado pelo ato exercido, independente dos percentuais limitantes da portaria.

É inestimável o auxílio da anestesiologia no sentido de moderar uma escalada de procedimentos abusivos, o que poderia concorrer para evitar portarias limitantes e antipáticas como a presente.

A indicação da cesariana constitui competência exclusiva do médico cirurgião, e pode o anestesiológico discutir a conveniência do ato anestésico e o tipo, consideradas as situações e emergência em face da existência de contra-indicação relativa absoluta. Vale lembrar sua responsabilidade pelo ato acessório, mas primordial para a consecução dos objetivos terapêuticos, ato igualmente impregnado de riscos.

Em conclusão, é nosso entendimento que o anestesiológico não é fiscal ou censor do médico cirurgião, mas parceiro, co-responsável na gestão do ato médico; tal como o cirurgião parteiro, deve observar, na medida do possível, a portaria ministerial em apreço, sem prejuízo da eficácia, segurança e qualidade do ato médico para mãe e filho, cabendo, nos casos excepcionais, aqueles que extrapolam os percentuais previstos, a justificativa do procedimento. Ou seja, agir em favor dos percentuais espontâneos de parto e sem repressão à cesariana, como forma segura e eficaz de correção de parto distócico, como tratamento e não opção de conveniência.

A presente portaria mostra-se antipática de fato, porquanto presume a repressão do ato médico ou violação de sua soberania através da não-remuneração do mesmo; além disso, tem efeito negativo e melhor faria se estimulasse com prêmios a atuação positiva do médico e da instituição dentro dos percentuais previstos.

Como a presente portaria configura, no âmbito do Poder Executivo, uma projeção da campanha do parto natural promovido pelo CFM, caberiam gestões junto ao Ministério da Saúde no sentido de obter informações de retorno e corrigir desvios ocorridos.

Outras medidas positivas a serem levadas ao Ministério seriam a promoção de auditoria médica nos hospitais com índices elevados de cesariana, além de medidas de educação médica continuada.

CONCLUSÃO

Pelo exposto, não vislumbramos na portaria, tanto em seu conjunto como em seu mérito, impropriedade ética que possa merecer repúdio desta instituição. Ademais, temos o convencimento sobre o direito de o anestesiológico e demais profissionais auxiliares receber a remuneração pelo ato praticado, independente dos percentuais limitantes.

É o nosso parecer, SMJ.

Brasília, 11 de janeiro de 1999.

Júlio César Meirelles Gomes
Cons. Relator

Processo-Consulta nº 8686/98
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 30/09/99

Palavras-Chave: cesariana, pagamento cirúrgico
Key Words: cesarean section, surgery payment

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

CONCURSO

MELHOR MONOGRAFIA DE
“ÉTICA MÉDICA”

“AS IMPLICAÇÕES ÉTICAS DA
MANIPULAÇÃO GENÉTICA EM
SERES HUMANOS”

Inscrições: até 7 de agosto de 2000
Informações: Fone: 0 xx 41 322-8238 / Fax: 0 xx 41 322-8465
e-mail: secdir@crmpr.org.br

COMPETÊNCIA DE FONOAUDIÓLOGO PARA PROCEDER A EXAME AUDIOMÉTRICO

Parecer CFM

EMENTA

O fonoaudiólogo também tem competência para executar exame audiométrico.

PARECER

Este relator recebeu o presente processo, em 26 de maio último, para emitir parecer.

O presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina remeteu a este Conselho Federal consulta feita pelo diretor médico da instituição Audiometria Industrial Computadorizada Ltda., da cidade de Caçador/SC, que diz em seu início:

“Em 04 de junho do corrente encaminhamos uma correspondência ao Conselho Federal de Medicina a respeito da Resolução CFM Nº 1.457/97 de 11/06/97 (cópia da correspondência anexa), não tendo recebido resposta até o presente momento.

A citada resolução possibilita o compartilhamento com outra categoria profissional (fonoaudiólogos), a nosso ver tomada de forma precipitada, da exclusiva competência médica em realizar diagnósticos, no caso audiométricos. Entre os diversos “considerandos” da Resolução é salientado que compete exclusivamente ao médico realizar o diagnóstico e prescrição do tratamento das patologias auditivas, mas surpreendentemente esse aspecto é desconsiderado na redação final.”

Prossegue em seu arrazoado defendendo a tese de que somente o médico pode efetuar diagnóstico e, portanto, somente ele pode efetuar o exame audiométrico.

O termo diagnóstico é amplo. Podemos diagnosticar a situação econômica de um país, as avarias de um sinistro, etc. Quando falamos em diagnóstico médico, isto tem um caráter amplo. Pode ser diagnosticado um sintoma, subjetivo ou objetivo, uma doença ou sua ausência. Quando recebemos, do laboratório, o resultado de uma glicemia de 190 mg/dl temos um diagnóstico de hiperglicemia, o qual foi firmado pelo profissional que assina o resultado do exame. De posse desse exame complementar o médico irá fazer, associando-o com dados de anamnese e exame físico, o diagnóstico da doença. Quando o fonoaudiólogo faz o exame ele apenas diagnostica o grau de

perda auditiva, e isto ele pode afirmar no laudo que emitir. O médico, recebendo esse resultado, associando-o à anamnese e exame físico, eventualmente com mais exames complementares, fará o diagnóstico e somente ele, médico, prescreverá o tratamento adequado.

O Decreto nº 87.218 de 31/5/1982, - DOU de 1/06/1982, que regulamenta a Lei nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981, que dispõe sobre a regulamentação da profissão de fonoaudiólogo, prevê em seu

“Art. 04 – É da competência do Fonoaudiólogo e de profissionais habilitados na forma da legislação específica:
m) dar parecer fonoaudiológico, na área de comunicação oral e escrita, voz e audição;
n) realizar outras atividades inerentes à sua formação universitária pelo currículo.”

O fonoaudiólogo tem em seu “currículum” o estudo da audiometria e respectivo exame. Tem, portanto, a competência técnica e legal para realizar o exame. O diagnóstico etiológico e conduta terapêutica cabe obviamente ao médico.

Conclusão: concordo com o consulente apenas no aspecto de ter sido baixada uma resolução. Poderia ter sido apenas um parecer salientando o que foi exposto para concluir que o fonoaudiólogo tem a competência para realizar o exame.

Este é o parecer que submeto ao plenário, S.M.J.

Brasília, 13 de agosto de 1999.

Léo Meyer Coutinho
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 9613/98
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 17/09/99

Palavras-Chave: fonoaudiólogo, audiometria
Key Words: phonoaudiologist, audiometry

INTERFACE ENTRE A MEDICINA E A ENFERMAGEM. PUNÇÃO DE VEIAS CENTRAIS

Parecer CFM

EMENTA

Responsabilidade profissional. Ato médico específico. A punção de veias centrais, entre estas a da veia subclávia, é ato exclusivo e indelegável do profissional médico.

Designado pela Diretoria do Conselho Federal de Medicina, através do ofício MEMO CFM Nº 149/97, a emitir parecer, passo a análise dos fatos.

EXPOSIÇÃO

O presente feito trata da interface entre a medicina e a enfermagem, motivado por manifestação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através do Parecer COFEN nº 13/97, cuja matéria trata da punção de veia subclávia.

Adoto, em parte, o parecer da AJ/CFM nº 185/97, que versa sobre a matéria.

"Inicialmente, cumpre definir que pareceres administrativos, na lição do saudoso Hely Lopes Meirelles "são manifestações de órgãos técnicos sobre assuntos submetidos à sua consideração. O parecer tem caráter meramente opinativo não vinculando a Administração ou os particulares à sua motivação ou conclusões, salvo se aprovado por ato subsequente. Já, então, o que subsiste como ato administrativo não é o parecer, mas, sim, o ato de sua aprovação, que poderá revestir a modalidade normativa, ordinária, negocial ou punitiva." (in, Direito Administrativo Brasileiro, 19ª edição, pág. 176)"

...

"Quanto à questão da punção da veia subclávia por enfermeiro, não obstante o parecer COFEN nº 13/97 não ser normativo, nem vinculativo, portanto, insuscetível de qualquer medida judicial, faz-se necessário consignar que a legislação regulamentadora da profissão de enfermeiro não elenca como sua atribuição a realização de exames da complexidade da punção da veia subclávia. Portanto, legalmente, não podemos afirmar que a punção da veia subclávia é atribuição do profissional de enfermagem."

...

"Feitos esses esclarecimentos, esta Assessoria Jurídica chegou às seguintes conclusões: a) os pareceres COFEN nºs 12/97 e 13/97, por não terem caráter normativo, não vinculam a Administração ou os particulares a observá-los;

...

c) a comprovação do ato ilegal por parte dos enfermeiros que realizam a punção da veia subclávia requer a efetiva demonstração técnico-científica de sua incapacidade."

PARECER

A análise do Parecer COFEN nº 13/97, pela sua própria extensão, deve ser mais acurada, pelos motivos que procurarei enumerar a seguir.

A cateterização percutânea de veias profundas, mais calibrosas e que suportam infusão de grandes volumes de soluções, além de soluções hipertônicas, popularizou-se no Brasil a partir dos anos setenta. São descritas várias técnicas para acesso às veias jugular interna, jugular externa, subclávia, femoral e a basilíca.

DAS INDICAÇÕES. O primeiro acesso venoso profundo percutâneo descrito foi o da veia subclávia, sendo ainda hoje a mais utilizada para manuseio volêmico de pacientes em estado de choque; acesso venoso em pacientes com impossibilidade de punção venosa periférica; administração de soluções irritantes e concentradas; medida de pressão venosa central em pacientes cirúrgicos ou de risco; via de acesso para hemodiálise; via para administração de nutrição parenteral; via de acesso para medida da pressão arterial pulmonar (cateter de Swan-Ganz); e introdução de marca-passo cardíaco.

DAS CONTRA-INDICAÇÕES. São descritas contra-indicações relacionadas a via a ser utilizada. Devem ser afastados os pacientes nos quais sejam previamente diagnosticadas anomalias congênitas ou traumáticas; aqueles em que os locais de acesso estejam infectadas, ou anteriormente submetidos à cirurgia ou, ainda, com trombose; aqueles com distúrbios de coagulação (patológico ou induzido por medicação), com insuficiência respiratória aguda descompensada, enfisemas e em uso de prótese respiratória de pressão positiva. Deve-se evitar o cateterismo da veia subclávia nos pacientes submetidos à reanimação cardiorrespiratória, pois interferem com as manobras e aumentam a possibilidade de iatrogenia. Entretanto, havendo necessidade da utilização desta via de acesso venoso, há necessidade de avaliação do real benefício em detrimento dos eventuais riscos. Ainda assim, devem ser abordados com bastante parcimônia, por profissionais experimentados, atentos à detecção precoce de complicações e preparados para solucioná-las.

DAS COMPLICAÇÕES. Fatores predisponentes que favorecem a incidência de complicações: inexperiência do profissional, dificuldade técnica com utilização de múltiplas punções (tentativas), variações da técnica padrão e utilização da via em emergências. São descritas uma série de complicações e intercorrências da técnica: pneumotórax, hidrotórax, hemotórax, punção acidental da artéria subclávia, lesão do plexo braquial, lesão do ducto torácico, lesão da traquéia, arritmia cardíaca, enfisema subcutâneo, perfuração do miocárdio pelo cateter (especialmente aqueles com fio guia metálico), lesão do nervo frênico, mau posicionamento do cateter, embolia do cateter, embolia gasosa (especialmente nos pacientes graves, com pressão venosa central muito baixa), fistula arteriovenosa, lesão da artéria mamária interna, além de outras mais relacionadas a complicações tardias: celulite no local da punção, mediastinite supurativa, osteomielite clavicular, trombose venosa e sepsis.

O pneumotórax apresenta-se como a complicação imediata mais temida pelos profissionais, ocorrendo em 0,5 a 0,6% dos casos. É mais freqüente na punções da veia subclávia à esquerda, em que a cúpula pleural é mais alta; nos pacientes pneumopatas crônicos, especialmente os portadores de doenças obstrutivas, e naqueles em prótese respiratória com ventilação com pressão positiva nas vias aéreas.

Após o pneumotórax, o mau posicionamento do cateter (com incidência de 10 a 20%) e a punção da artéria subclávia são as complicações mais freqüentes. A trombose venosa merece ser considerada, tendo em vista que, hoje, ela é mais freqüentemente diagnosticada como complicação do cateterismo da veia subclávia do que no passado.

De modo geral, as complicações ocorrem em 0,4 a 9,9% dos casos de punção e cateterismo da veia subclávia. Em estudos mais recentes, esta cifra é reduzida para 1 a 2% quando é ortodoxamente seguida a boa técnica e em mãos experimentadas. Entretanto, para iniciantes, a punção da veia subclávia parece ser mais fácil, embora venha acompanhada de maior risco.

Por toda esta exposição não acredito haver dúvidas quanto a prática da punção e cateterismo da veia subclávia.

CONCLUSÃO

Devido às peculiaridades de indicações, contra-indicações e das complicações imediatas e mediatas, especialmente quanto às modificações graves na homeostase do organismo humano, a punção de veias centrais, entre estas a da veia subclávia, é ato exclusivo e indelegável do profissional médico.

Apesar de o parecer administrativo ter caráter opinativo, poderá subsidiar ato administrativo subsequente, este sim, normativo. Desta forma, deve o Conselho Federal de Medicina tomar as medidas cabíveis no caso em tela, inclusive com publicação de resolução normativa específica.

É o relatório, S. M. J.

Brasília, 06 de dezembro de 1998.

José Abelardo Garcia de Meneses
Cons. Relator

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

Palavras-Chave: ato médico, punção venosa central
Key Words: medical act, central venous puncture.

Referências:

1. Complications AND Failures OF Subclavian-vein Catheterization, in The New England Journal OF Medicine, Paul F. Mansfield e cols., dez, 29, 1994.
2. Defining THE Risks OF Subclavian-vein Catheterization (Editorial), in The New England Journal OF Medicine, Paul F. Mansfield e cols., dez, 29, 1994.
3. Técnicas Básicas em UTI, Terzi - Araújo, 2ª edição, 1992.
4. Textbook OF Critical Care, Stephen M. Ayres, 3ª edição.

INTERFACE ENTRE A MEDICINA E A ENFERMAGEM. TESTE DE GLICEMIA CAPILAR

Parecer CFM

EMENTA

Responsabilidade profissional. Teste de glicemia. O teste de glicemia capilar constitui-se em ato médico genérico.

Ao médico compete a solicitação do teste de glicemia capilar e a conduta terapêutica.

Designado pela Diretoria do Conselho Federal de Medicina, através do ofício MEMO CFM nº 149/97, a emitir parecer, passo à análise dos fatos.

EXPOSIÇÃO

O presente feito trata da interface entre a medicina e a enfermagem, motivado por manifestações do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através do Parecer COFEN nº 12/97, cuja matéria trata da realização de glicemia capilar por enfermeiros.

EXPOSIÇÃO

Adoto, em parte, o parecer nº 185/97 AJ/CFM sobre o documento do Conselho Federal de Enfermagem.

"Inicialmente, cumpre definir que pareceres administrativos, na lição do saudoso Hely Lopes Meirelles "são manifestações de órgãos técnicos sobre assuntos submetidos à sua consideração. O parecer tem caráter meramente opinativo, não vinculado a Administração ou os particulares à sua motivação ou conclusões, salvo se aprovado por ato subsequente. Já, então, o que subsiste como ato administrativo não é o parecer, mas, sim, o ato de sua aprovação, que poderá revestir a modalidade normativa, ordinatória, negocial ou punitiva". (in, Direito Administrativo Brasileiro, 19ª edição, pág. 176)"

...
"Feitos esses esclarecimentos, esta assessoria jurídica chegou às seguintes conclusões: (a) os pareceres COFEN nºs 12/97 e 13/97, por não terem caráter normativo, não vinculam a Administração ou os particulares a observá-los; (b) não obstante isso, inferimos que o profissional de enfermagem, na qualidade de integrante de equipe de saúde, pode, sob o prisma legal, realizar o teste de glicemia capilar, se tal exame estiver previsto no programa de controle da diabetes mellitus e se o programa autorizar a sua realização por enfermeiros;"

PARECER

No tocante ao Parecer COFEN nº 12/97 concordo com a posição adotada pela AJ/CFM. Na análise técnica da questão não há impedimento para que os

enfermeiros realizem as glicemias capilares, aliás procedimento adotado na prática clínica diária. Entretanto, a conclusão do parecer do COFEN é mais ampla, *in verbis*:

"Concluímos que os profissionais de Enfermagem (Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem) podem realizar teste de glicemia capilar, cabendo ao primeiro ainda a solicitação do referido teste quando necessário."

Neste caso, o procedimento só poderá ser efetivado se realizado dentro de um programa de saúde pública pré-estabelecido, ou se for de rotina aprovada por instituição de saúde, como preconizam a Lei nº 7.498/86 (lei que regulamenta a profissão de enfermeiro) e o Decreto 94.460/87 (que regulamenta a citada lei) *in verbis*:

"Art. 8º - inciso II – alínea i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;

Art. 8º - inciso II – alínea m) participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral."

CONCLUSÃO

A inserção de diversos profissionais de saúde no mercado de trabalho tem propiciado uma série de conflitos que parece não ter fim. Em função destes status quo, os Conselhos de Medicina têm sido solicitados a se manifestarem, procurando resgatar o verdadeiro papel dos médicos no atendimento à saúde. O ato médico genérico pode ser também realizado por um profissional da área de saúde, como nos casos de atendimento às diretrizes dos programas estabelecidos para a saúde pública. Entretanto, o ato médico específico é atividade exclusiva dos profissionais médicos.

O teste de glicemia capilar constitui-se em ato médico genérico. O enfermeiro pode realizar o teste de glicemia capilar quando prescrito por médico, determinando o horário para a sua realização, seguido de orientação quanto à conduta a ser adotada diante do resultado encontrado. Para isto, deve fazer parte de programa predeterminado de saúde pública ou rotina aprovada pela instituição de saúde.

É o relatório, SMJ

Brasília, 6 de dezembro de 1998

José Abelardo Garcia de Meneses
Cons. Relator

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

Palavras-Chave: ato médico, teste de glicemia, ato de enfermeiro.

Key Words: medical act, glicemia laboratório test, nursing act.

INTERFACE ENTRE A MEDICINA E A ENFERMAGEM. SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Parecer CFM

EMENTA

Responsabilidade profissional. Solicitação de exames complementares.

A solicitação de exames de rotina e complementares constitui-se em ato médico.

Ao enfermeiro compete tão somente transcrever as prescrições médicas e solicitações de exames complementares contidos nos programas de saúde pública do Ministério da Saúde e nas rotinas aprovadas pela instituição de saúde. A análise destes exames é de exclusiva competência do médico.

Designado pela Diretoria do Conselho Federal de Medicina, através do ofício MEMO CFM nº 149/97, a emitir parecer, passo à análise dos fatos.

EXPOSIÇÃO

O presente feito trata da interface entre a medicina e a enfermagem, motivado por manifestações do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução COFEN nº 195/97, cuja matéria dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiros.

DA RESOLUÇÃO DO COFEN

"RESOLUÇÃO Nº 195, DE 18 DE FEVEREIRO DE 1997

Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiros.

O Conselho Federal de Enfermagem-Cofen, no uso de suas atribuições previstas no artigo 8º, incisos IX e XIII da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, no artigo 16, incisos XI e XIII do Regimento da Autarquia aprovado pela Resolução Cofen nº 52/79 e cumprindo deliberação do Plenário em sua 253ª reunião Ordinária,

Considerando a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 no seu artigo 11, incisos I, alíneas "c" e "j" e II, alíneas "c", "f", "g", "h" e "i";

Considerando o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, no artigo 8º, incisos I, alíneas "e" e "f", alíneas "c", "g", "h", "i" e "p";

Considerando as inúmeras solicitações de consultas existentes sobre a matéria;

Considerando que para a prescrição de medicamentos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela Instituição de Saúde, o Enfermeiro necessita solicitar exame de rotina e complementares para uma efetiva assistência ao paciente sem risco para o mesmo;

Considerando os programas do Ministério da Saúde: "DST/AIDS/COAS"; "Viva Mulher", "Assistência Integral a Saúde da Mulher e da Criança (Paismc)"; "Controle de Doenças Transmissíveis", dentre outros;

Considerando *Manuais de Normas Técnicas publicados pelo Ministério da Saúde: "Capacitação de Enfermeiros em Saúde Pública para SUS – Controle de Doenças Transmissíveis"; "Pré-natal de Baixo Risco" – 1986; "Capacitação do Instrutor/ Supervisor/Enfermeiro na área de Controle da Hanseníase" – 1988; "Procedimento para a atividade e controle da Tuberculose" – 1989; "Normas Técnicas e Procedimentos para a utilização dos esquemas de Poli quimioterapia no tratamento da Hanseníase" – 1990. "Guia de Controle da Hanseníase" – 1994; "Normas de atenção à Saúde Integral do Adolescente" – 1995;*

Considerando o *Manual de treinamento em Planejamento Familiar para Enfermeiro da Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar – ABEPF;*

Considerando que a não solicitação de exames de rotina e complementares quando necessários para a prescrição de medicamentos é agir de forma omissa, negligente e imprudente, colocando em risco seu cliente (paciente); e

Considerando o contido nos Pads Cofen nº 166 e 297/91; resolve:

Art. 1º - O Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais.

Art. 2º - A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação."

DA LEGISLAÇÃO

Vejamos o que dispõe a legislação que regulamenta a profissão de enfermeiro, a Lei nº 7.498, de 25.6.87 e o Decreto nº 94.406, de 8.6.87, mais precisamente os artigos citados na Resolução nº 195/97:

"Lei nº 7.498/87

(...)

Art. 11 – O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe:

I – Privativamente:

(...)

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;

(...)

j) prescrição da assistência de enfermagem;

(...)

II – como integrante da equipe de saúde:

a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

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

(...)

f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;

h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

i) execução do parto sem distocia;"

"Decreto nº 94.406/87

Artigo 8º - Ao enfermeiro incumbe:

I – privativamente:

(...)

e) consulta de enfermagem;

f) prescrição da assistência de enfermagem;

(...)

II – como integrante da equipe de saúde:

a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

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

(...)

g) participação na prevenção e controle de doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;

h) prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;

i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;

(...)

p) participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde."

PARECER

É sobejamente conhecido entre os profissionais de saúde que a consulta médica é o momento emblemático na relação entre aquele que procura socorro e aquele outro que foi treinado a utilizar os seus conhecimentos na busca incessante da cura. É o momento solene, sublime, sacerdotal, aconselhador, de rara intimidade, própria dos confessionários. Ao enfermeiro compete tão somente transcrever as prescrições médicas e solicitação de exames complementares contidos nos programas de saúde pública do Ministério da Saúde e nas rotinas aprovadas pela instituição de saúde. A análise destes exames é de exclusiva competência do médico. Desta forma, entendemos que o artigo 1º da Resolução COFEN nº 195/97 deve contemplar as restrições impostas aos enfermeiros através dos diversos diplomas legais, quanto à prerrogativa de solicitação de exames complementares, ou seja, quando for decorrente de programas de saúde pública.

A solicitação de exames complementares resulta do firocínio daquele que foi preparado para este fim. Portanto, está reservado a quem está habilitado para tal mister. E entre os profissionais de saúde, a decisão compete tão somente ao médico. Do contrário, a solicitação de exames complementares sem o embasamento do raciocínio clínico torna-se mero ato burocrático, tal qual a emissão de uma nota fiscal, uma certidão ou um extrato bancário, para o qual necessita-se apenas digitar dados, números e códigos para a sua conclusão.

Com efeito, nestes tempos de economia globalizada, cobra-se cada vez mais um enxugamento nos pedidos de exames que venham a subsidiar o raciocínio clínico. E não seria neste momento que poderíamos dizer que este ato seja simplificado, ou que fazer os exames subsidiários sem a consulta médica anterior hipoteticamente contribuiria para a redução de gastos, ou que poderia contribuir na resolução dos agravos à saúde do cidadão.

Para a consecução dos seus atos, a medicina necessita da contribuição de vários outros profissionais. Entretanto, apenas ao médico compete a realização da consulta médica, a investigação diagnóstica complementar e a terapêutica clínica ou cirúrgica.

É o relatório. SMJ.

Brasília, 06 de dezembro de 1998.

José Abelardo Garcia de Meneses
Cons. Relator

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

Palavras-Chave: exame complementar, ato médico, ato de enfermagem.

Key Words: laboratories test, medical act, nursing act.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

CONCURSO

**MELHOR MONOGRAFIA DE
“ÉTICA MÉDICA”**

**“AS IMPLICAÇÕES ÉTICAS DA
MANIPULAÇÃO GENÉTICA EM
SERES HUMANOS”**

Inscrições: até 7 de agosto de 2000
Informações: Fone: 0 xx 41 322-8238 / Fax: 0 xx 41 322-8465
e-mail: secdir@crmpr.org.br

TRATAMENTO ATRAVÉS DA MESOTERAPIA É TERAPÊUTICA MÉDICA?

Parecer CFM

EMENTA

A mesoterapia, no momento atual, à luz da literatura disponível, pode ser considerada uma via de introdução de medicamentos. Apesar de desejável e de sua utilização ser realizada por médicos, não há como considerá-la uma especialidade médica.

O Sr. Maurício Marquiotti, do Paraná, pergunta: (fls. 9 e 10):

"1) A mesoterapia feita por médico, de acordo com o padrão técnico exigido pelas escolas européias, é considerada por este Conselho como procedimento legal, ilegal, ético, antiético ou outro?

2) Um colega médico de outra especialidade que não vai tratar a patologia da paciente para a qual eu recomendei o tratamento, e que não conhece o método, nem como ele está sendo utilizado na paciente, tem o direito ético de dizer a paciente que ele "a proíbe" de prosseguir o tratamento por este método simplesmente com a alegação de que ele (o colega em questão) 'não recomenda?' Contrariando a minha indicação e sem explicar a paciente os motivos da não recomendação, mesmo depois de inquirido por 3 (três) vezes por ela?"

DO PARECER

Segundo informações da Sociedade Francesa de Mesoterapia, a mesoterapia é uma técnica médica instituída pelo dr. Michael Pistor. Esta técnica consiste em ministrar um tratamento no local da doença, isto é, injetar o mais próximo possível da lesão. A sua grande qualidade é a ausência de toxicidade, sendo indicada:

- Como profilaxia:

1. No tratamento preventivo em patologias infecciosas, sob a forma de microvacinações locorreionais, associadas a uma imunoestimulação geral do sistema de defesa celular e humoral do organismo.

2. Nas infecções agudas e crônicas otorrinolaringológicas, odontológicas, dermatológicas, ginecológicas, urinárias das crianças e adultos.

- Como curativa:

1. Nas patologias inflamatórias, infecciosas degenerativas, funcionais, traumáticas e em algologia.

2. No tratamento de reconforto, em certos casos de medicina estética.

Ao contrário do que se pensa e algumas pretensas teorias sustentam, a mesoterapia nada tem a ver com o folheto embrionário mesodérmico.

Na verdade, o mesoderma aparece na 3ª semana de desenvolvimento embrionário a partir da linha primitiva do ectoderma e situa-se entre este e o endoderma. Com o seu aparecimento o disco germinativo torna-se trilaminar, o que constitui uma das características da embriologia humana.

As células mesodérmicas são como as dos demais folhetos, totipotentes, possuindo grande capacidade de diferenciação. Estas células só existem de forma residual do adulto, nos discos intervertebrais e no núcleo pulposo. Ressalta-se, no entanto, que as mesmas são desprovidas da sua capacidade totipotente.

A capacidade de renovação dos fibroblastos do tecido conjuntivo não pode ser confundida com a capacidade de diferenciação das células mesodérmicas embrionárias. Os fibroblastos são células com grande capacidade de renovação, mas que só podem originar fibroblastos. As células mesodérmicas, por outro lado, são indiferenciadas e podem originar várias populações de células. As drogas injetáveis em mesoterapia são administradas por via intradérmica, e não no tecido conjuntivo de origem mesodérmica.

A mesoterapia utiliza uma via que difere da muscular e subcutânea pela vascularização e os produtos nela injetados serão absorvidos e circularão no organismo como um todo.

Nada há de originalidade quanto a isto. Advogam seus adeptos que por uma "terceira circulação" os tecidos subjacentes à derme seriam atingidos de forma abrupta e provocariam o efeito.

A literatura mundial é parca quanto a trabalhos científicos com metodologia reconhecida que sustentem sua ampla utilização terapêutica.

No tratamento da obesidade beira ao charlatanismo. A obesidade é uma doença que deve ser tratada pela reeducação alimentar e elevação das perdas calóricas em relação ao fornecimento, evitando-se, assim, o depósito gorduroso. Não há vias alternativas nesse tratamento, dentro do conhecimento atual.

Como a mesoterapia, na verdade, é a utilização de uma via conhecida para utilização de substâncias em microdoses, pode-se admitir sua eficácia na profilaxia de doenças infecciosas através das vacinas. Em algumas situações clínicas, como os processos dolorosos, pode se eficaz.

Há necessidade, no entanto, de trabalhos científicos que alicercem tal modo de pensar – e estes não existem até a presente data.

Neste contexto, não há como recomendá-la como forma de terapia que se propõe ampla, sendo órfã de sustentação científica. No presente momento, o seu uso deve ser considerado experimental e submetido a protocolos de pesquisa em instituições universitárias.

O seu uso por médicos, no presente momento, fora desse contexto, afronta o artigo 124 do CEM, *in verbis*:

"Art. 124 – (É vedado ao médico) Usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis conseqüências."

Em resposta às perguntas formuladas:

1 – O estágio atual dos preceitos formulados pela mesoterapia, ainda sem conclusão metodológica científica reconhecida, não permite sua aceitação, pelo Conselho Federal de Medicina, como procedimento ético.

2 – Não incumbe ao médico proibir que uma paciente procure outro profissional, e este tem o dever de expor sua avaliação e indicação, até mesmo contrariando àquela inicial, sem que isto contrarie postulados éticos, mormente em se tratando de prática não reconhecidamente aceita. É obrigatório que a paciente seja informada de todos os detalhes do procedimento proposto e de que o mesmo tem caráter experimental. Nessa situação, obtido o consentimento, nada há a alegar.

É o relatório, S.M.J.

Brasília, 20 de agosto de 1999

Carlos Alberto de Souza Martins
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 1442/89 e 1749/89
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 17/09/99

Palavras-Chave: mesoterapia, informação médica

Key Words: mesotherapy, medical explanation

ANALGESIA PARA PARTO NORMAL REALIZADO POR ENFERMEIRO

Parecer CFM

EMENTA

Responsabilidade profissional. Parto normal conduzido por enfermeiro. Analgesia de parto.

A Portaria nº 2.815/98, do Ministério da Saúde, prevê a remuneração dos enfermeiros obstetras que atuam em unidades cadastradas para realização de partos eutócicos; entretanto, este dispositivo não prevê a remuneração dos médicos anesthesiologistas para a realização das analgesias. O anesthesiologista tem responsabilidade pelo procedimento anestésico. A indicação da analgesia de parto é prerrogativa do médico, baseada em critérios técnico-científicos e após a obtenção do consentimento da paciente.

DAS CONSULTAS

A Sociedade Brasileira de Anestesiologia e a sua regional no estado de São Paulo, a Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo, encaminham ao CFM consultas cujo fulcro é a interpretação do texto da Portaria nº 2.815/98 do Ministério da Saúde, que, entre outras determinações, inclui na Tabela SIH/SUS a remuneração para enfermeiros e parteiras, bem como, em seu item 7 determina a inclusão de analgesia de parto realizada por médico anesthesiologista.

O sr. Diretor do Departamento de Defesa Profissional da Sociedade Brasileira de Anestesiologia – SBA encaminha a seguinte consulta ao CFM:

“O Conselho de Defesa Profissional da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, em reunião no dia 07 de agosto de 1998, discutindo a Portaria nº 2.815 do Sr. Ministro de Saúde, onde autoriza a realização e o pagamento pelo SUS à assistência ao trabalho de parto pelo enfermeiro e autoriza o pagamento da analgesia do parto, vem mui respeitosamente realizar a seguinte consulta:

- 1) *Quem ficará coma a responsabilidade médico-legal quando o anesthesiologista realizar analgesia de parto conduzido por enfermeiros?*
- 2) *O anesthesiologista pode recusar executar tal procedimento?*
- 3) *O Diretor Clínico seria o responsável nos casos de complicações neste ato?*
- 4) *Qual a responsabilidade civil deste profissional de enfermagem no caso citado?”*

Por sua vez, a Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo – SAESP – encaminha ao CFM correspondência C. SAESP nº 273/98 em duas oportunidades. A primeira via fax, recebeu o protocolo 4569/98 e a Segunda via postal, recebeu o protocolo 4670/98. O motivo desta consulta fulcra-se na interpretação do texto da Portaria 2.815/98 do Ministério da Saúde, que entre outras determinações inclui na

Tabela SIH/SUS a remuneração para Enfermeiros e Parteiras, bem como, em seu item 7 determina a inclusão de analgesia de parto, realizada por médico anesthesiologista. Infere-se pela leitura da correspondência em epígrafe que no entender da entidade consulente, a intervenção dos seus membros associados só deveria ocorrer, *in verbis*: "... a anestesia somente deveria ser realizada após anuência e acompanhamento do Obstetra."

EXPOSIÇÃO

Ano passado, o exmo. Sr. Ministro de Estado da Saúde, José Serra, esteve em debate com o Plenário do Conselho Federal de Medicina. Entre outros temas, expôs a preocupação de sua equipe técnica em reduzir a morbimortalidade perinatal em nosso país.

Naquela oportunidade, foi assinado o Protocolo de Atuação Conjunta, celebrado entre o Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Medicina, "visando melhorar e humanizar a assistência ao parto e ao recém-nascido e reduzir os altos índices de cesarianas no Brasil."

Fruto desta disposição política, foi assinada em 29/5/98 e publicada no Diário Oficial da União em 02/6/98, seção I, à pág. 47, a Portaria Ministerial nº 2.815, "pedra de toque" do presente feito.

PARECER

Tanto a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, como o Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, que regulamenta a lei citada, são claros em afirmar que permitem:

- (...) execução do parto sem distocia;
- (...) acompanhamento e evolução do trabalho de parto;
- (...) identificação das distocias e tomada de providências até a chegada do médico;
- (...) realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária.

A portaria nº 2.815, de 29 de maio de 1998, do Ministério da Saúde, resolve incluir na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares, junto com os Serviços Hospitalares: parto normal sem distocia realizado por enfermeiro obstetra.

Se detivermos nossa atenção sobre o que está firmado na determinação do Ministério da Saúde, encontraremos que a portaria em epígrafe aponta para a remuneração do enfermeiro obstetra, nos atos realizados em unidades que obtenham autorização prévia do DATASUS/RJ, silenciando quanto à remuneração dos médicos, tanto obstetras quanto anesthesiologistas, na eventualidade da atuação de ambos. *In verbis*:

1 – Incluir na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) o Grupo de Procedimento e os Procedimentos abaixo relacionados, (...)

35.150.01-7 – Parto Normal Sem Distocia Realizado Por Enfermeiro Obstetra

35.080.01-9 – Parto Normal Sem Distocia Realizado Por Enfermeiro Obstetra

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
166,78	00	00	166,78	00	00	00

...
7 – Incluir analgesia nos grupos de procedimentos Cirurgia Obstétrica II, IV e VI da Tabela do SIH-SUS, que passará a compor a remuneração dos procedimentos com 114 pontos para o anestesista.

Cirurgia Obstétrica II

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
82,20	111,43	1,15	194,78	0371	0144	02

Cirurgia Obstétrica IV

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
95,30	111,43	1,15	207,88	0371	0144	02

Cirurgia Obstétrica VI

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
118,95	111,43	1,15	231,53	0371	0144	02

(Grifamos o texto acima para melhor compreensão).

Observemos que no item 1, nas colunas referenciadas de serviços profissionais (atos médicos, obstétrico e anestésico), não há previsão de atuação do profissional da medicina, independente da especialidade. Por outro lado, no item 7, há previsão de analgesia, realizada por médicos anesthesiologistas, para os procedimentos realizados por médicos obstetras.

CONCLUSÃO

A técnica de analgesia para partos normais exige a compreensão das alterações anátomo-fisiológicas impostas ao organismo materno, dos efeitos dos agentes anestésicos sobre o binômio materno-fetal, da ocorrência de intercorrências das técnicas empregadas e dos benefícios da técnica quando convenientemente indicada. Analisando à luz da otimização e da humanização da assistência ao parto e à luz do principialismo da bioética (beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia), firmamos o entendimento que a analgesia para os partos normais contemplam amplamente esta questão. Desnecessário seria lembrar que a indicação da analgesia

é decisão médica, após a obtenção do consentimento da paciente, baseando-se em critérios técnicos (momento adequado para a instalação, agentes e técnica empregada), e que a equipe deve estar preparada para sanar as intercorrências advindas do procedimento.

No caso em tela, no entender dos relatores, está claro que não havendo previsão de remuneração não está o Ministério da Saúde determinando aos médicos que realizem anestésias nestas condições, não havendo, portanto, necessidade de dirimir dúvidas acerca da matéria.

O nosso parecer será melhor explicitado na resposta direta às questões, formuladas pelas entidades consulentes:

Resposta:

1 – O anesthesiologista, inicialmente, só tem responsabilidade com o ato anestésico. Responsabilidade médico-legal só existe para o profissional médico, quando no exercício da profissão.

Se o Ministério da Saúde resolveu criar um outro tipo de atendimento em saúde, diferente da medicina, pois não é realizada por profissional médico, deve também criar mecanismo de responsabilização inerente. Passemos à Segunda resposta.

2 – Ao anesthesiologista, recomenda-se-lhe que a participação em partos conduzidos por enfermeiros ocorra em conformidade com os limites impostos nos termos da lei que regulamenta o exercício daquele profissional, pelos motivos expostos a seguir:

- tem conhecimento que o enfermeiro não está apto a resolver as complicações das distocias;

- tem conhecimento que a solução das distocias correm contra o tempo, sendo urgentíssimas. A melhor solução é a presença do médico durante o trabalho de parto;

- tem conhecimento que as complicações anestésicas podem mudar a conduta durante um trabalho de parto, o que requer a presença de médico obstetra dentro da sala de parto;

- tem obrigações ético-profissionais de zelo com suas pacientes, não podendo este enfoque ser confundido como defesa corporativa.

3 – O diretor técnico, como qualquer cidadão, deve seguir a lei. Se a lei permite que haja enfermeiros obstetras, isto deve ser acatado, ou no máximo contestado judicialmente, arguindo-se a impropriedade de regulamentação. O espírito da normal ministerial, quando diz que “pode” mas “qualquer problema chama um médico”, obviamente não atende o considerando inicial de “aprimoramento da assistência ao parto normal” constante da própria portaria. Esta, no máximo, adequa as condições loco-regionais diversificadas do país e orçamentárias do Ministério da Saúde, sabidamente combatidas pelo setor econômico governamental. Isto é a assunção oficial de criação da “medicina” de segunda categoria para cidadãs de igual estirpe, o que

o CFM abomina, rejeita, reprova e desconsidera. Não deve existir cidadãos de categorias diferentes neste país! Por certo, enfermeiros, legisladores e governantes, irão querer que partos de seus familiares sejam conduzidos por médicos. Ou, no mínimo, que sempre seja feita anestesia local nas episiotomias e não “quando necessária”, conforme diz a lei que dispõe sobre a regulamentação da profissão do enfermeiro, ao ceder-lhes o direito deste ato.

Ao diretor técnico resta acatar a lei e esmerar-se em manter a Administração atenta ao bem-estar da paciente que está sendo assistida pela equipe, não devendo, igualmente, obrigar que os anestesiológicos, sob sua direção, realizem analgesia em parturiente quando não houver indicação médica deste procedimento.

Apesar de existir a possibilidade, esperamos que com esta atitude ministerial não venha, após insucessos de solução das complicações, alguma pessoa física ou jurídica querer responsabilizar o anestesiológico, que é um médico presente à sala, ou ao diretor técnico, que não tem verba prevista no procedimento para manter médico obstetra de plantão para atender o imponderável.

4 – A responsabilidade civil do profissional de enfermagem deve ser avaliada por quem delegou a ele esta função, bem como pela Justiça comum. O seu conselho profissional avalia a responsabilidade ética. O enfermeiro só pode acompanhar e realizar o parto quando integrante da equipe de saúde, conforme dispõe a Lei nº 7.498/87, em seu artigo 11, inciso II, alíneas g, h e i.

É o relatório, SMJ.

Brasília, 29 de setembro de 1999

Lúcio Mário da C. Bulhões
Cons. Relator

José Abelardo G. de Meneses
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 4569/98, 4670/98 e 6322/98
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 30/09/99

Palavras-Chave: analgesia em parto, analgesia e enfermagem, parto

Key Words: labor analgesia, nursing analgesia, labor

ATUAÇÃO EXORBITANTE DE NUTRICIONISTAS CONFLITA COM ATO MÉDICO

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

I – As instituições acima mencionadas dirigiram consultas a este Conselho Federal tendo em comum o conflito de competência entre nutricionistas, médicos e suas atribuições.

a) o Conselho Regional de Medicina do Estado de Rondônia, em 8 de maio de 1995, dirigiu a este Conselho Federal de Medicina a seguinte consulta:

“Senhor Presidente.

Estamos encaminhando para o conhecimento de V. Sa. e demais Conselheiros a Lei nº 8.234 de 17 de dezembro de 91 que regulamenta a profissão de Nutricionista.

Desejamos manifestação desse CFM sobre o Artigo 04 parágrafo VIII que faculta ao nutricionista a “solicitação de exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico”.

Tal artigo tem trazido dissabores no relacionamento entre médicos e nutricionistas.”

b) Em 23 de abril de 1996, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará também encaminha consulta específica sobre o artigo 3º inciso VIII da Lei nº 8.234, de 17/9/91, que regulamenta a profissão de Nutricionista, por solicitação da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, que anexa pedidos de exames formulados por nutricionista: **glicemia, colesterol e triglicerídeos**, com indicação clínica **“Paciente diabético”**; outro de fezes, **parasitológico com bacterioscopia** e indicação clínica **“Anorexia + baixo peso”**.

c) O Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais foi consultado, em 6 de agosto de 1996, pelo superintendente operacional de saúde da Secretaria de Estado da Saúde, dr. Paulo Eduardo Behrens, nos seguintes termos:

“Complementando entendimento telefônico mantido com o Conselheiro José Carlos V. Collares solicitamos parecer oficial desse egrégio Conselho, com urgência, sobre a Lei nº 8.234 de 17 SET. 91, cuja cópia anexamos ao presente e

que atribui competência aos nutricionistas para solicitação de exames complementares.

Tal consulta prende-se ao fato de que, notificado determinado Gestor Municipal de Saúde da irregularidade de nutricionistas estarem solicitando exames complementares, recebemos, do mesmo, ofício em que esta autorização foi concedida por ele, Gestor, tendo em vista o disposto na referida Lei."

d) Em 28 de agosto de 1996, o diretor-clínico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo dirigiu, a este Conselho Federal de Medicina, consulta sobre o conteúdo do of. 151/96 do Conselho Federal de Nutrologia, dirigido e encaminhado ao presidente da ABRANGE. A Comissão de Normas Éticas e Regulamentares daquela Diretoria, em apreciando o ofício, **"manifestou seu inconformismo diante dessa outorga de competência, em princípio do médico."** O citado of. 151/96 está vazado nos seguintes termos:

"Prezado Senhor.

O Conselho Federal de Nutricionistas vem por meio desta, informar a Vossa Senhoria, que o nutricionista tem sua profissão regulamentada pela Lei nº 8.234/91 e seu exercício profissional fiscalizado pelos Conselhos Regionais de Nutricionistas, conforme Lei nº 6.583/80.

Lei nº 6.583/80.

Nesses instrumentos legais, fica claramente definido que a prescrição dietética é competência privativa do nutricionista, a quem incumbe, ainda:

- . a avaliação nutricional e metabólica do paciente;**
- . a prescrição dietoterápica para diversas patologias, tais como diabetes e obesidade, magreza, câncer, SIDA, alergias alimentares, hiperlipidencias (sic), hipertensão arterial, insuficiência hepática, renal, cardíaca e pulmonar, doenças gastrointestinais, dentre outras;**
- . a prescrição e o acompanhamento de nutrição enteral e/ou parenteral, tanto para pacientes internados ou a nível domiciliar, quando impossibilitados de se alimentarem por via oral.**

**Sem mais, Cordialmente – VERA BARROS DE LEÇA PEREIRA –
Presidente do CFN"**

II – A Lei nº 8.234, citada nas consultas, preconiza:

"Art. 3º São atividades privativas dos nutricionistas:

.....

VIII – assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e a nível de consultórios de nutrição e dietética, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos.”

“Art. 4º. Atribuem-se, também, aos nutricionistas as seguintes atividades, desde que relacionadas com alimentação e nutrição humanas:

....

VIII – solicitação de exames laboratoriais, necessários ao acompanhamento dietoterápico;”

Comentário. O inciso VIII do artigo 3º incorpora, a toda evidência, o inciso VIII do artigo 4º, pois o ato de solicitar exames é a maneira de avaliar laboratorialmente o resultado da dieta prescrita, tornando assim totalmente dispensável este último. A leitura desse texto dá a impressão, ao menos avisado, de que efetivamente o nutricionista tem inteira liberdade para prescrever dietas e avaliar resultados, inclusive solicitando exames. Ledo engano. Podem somente quando previamente efetuado um diagnóstico médico.

Quando alguém precisa licenciar-se para tratamento de saúde é o médico que atesta essa necessidade; quando alguém vai ser admitido numa empresa, ou no serviço público, é o médico que atesta sua higidez. Somente o médico tem a tripla função de diagnosticar a doença, prescrever ou efetuar o tratamento, avaliar o resultado ou efetuar o prognóstico.

Isto significa que, à semelhança do fisioterapeuta, o nutricionista, cujo valor e importância na equipe de saúde não negamos, deve exercer sua atividade junto ao doente que lhe for encaminhado por médico, ou, no hospital, orientar a dieta do paciente cuja enfermidade foi diagnosticada por médico e solicitada dieta específica para o caso. A avaliação terapêutica só pode ser feita mediante ato do médico. Por conseqüência, não lhe é atribuído o direito de solicitar exames para essa avaliação, muito menos como ato exclusivo.

Da sabedoria jurídica, em especial a inglesa, vem o chamado **DIREITO CONSUETUDINÁRIO**. Citando Aurélio – Novo Dicionário da Língua Portuguesa – 1ª edição – 15ª impressão – Editora Nova Fronteira:

“Consuetudinário. {Do lat. *consuetudinarius*} Adj. 1. Fundado nos costumes: *direito consuetudinário*: “Triste naufrágio o do crítico que, fora dessas leis consuetudinárias ou contra elas, pretende erguer o castelo aéreo de seus dogmas e reformações.” João Ribeiro, *Páginas de Estética*, p. 54)”

Essa citação deveria ser lida por todos os responsáveis pela condução do país, da sociedade, da confecção e aplicação das leis, enfim, por todos que pela

posição que ocupem têm alguma responsabilidade social.

É por essa tradição que até hoje não foi preciso transformar em lei esse procedimento intuitivo.

Os “usos e costumes” são, na verdade, a principal fonte do Direito, acrescentando os fatos novos que exigem normas.

Inicialmente, a Lei nº 6.583, citada pelo presidente do Conselho Federal de Nutricionistas, não é de 1980, mas sim de 1978. Além do já comentado anteriormente, acrescento: é absurdo imaginar que o médico, após diagnosticar uma das doenças expostas no ofício – seguramente mais de metade das doenças que afligem a humanidade – diga ao paciente: o senhor vai tomar esses medicamentos (isto se não for uma doença que prescindia de medicamentos, sendo mais importante a dieta) e vai procurar um nutricionista porque eu, apesar de médico, não posso prescrever sua dieta, pois isto é atividade privativa do nutricionista nos termos do inciso VIII do artigo 3º da Lei nº 8.234, de 17/12/91.

Vejamos outro absurdo. Esse mesmo artigo tem (sublinhado o destaque):

“Parágrafo único. É obrigatória a participação de nutricionistas em equipes multidisciplinares, criadas por entidades públicas ou particulares e destinadas a planejar, coordenar, supervisionar, implementar, executar e avaliar políticas, programas, cursos nos diversos níveis, pesquisas ou eventos de qualquer natureza, direta ou indiretamente relacionados com alimentação e nutrição, bem como elaborar e revisar legislação e códigos próprios desta área.”

Por que, não custa repetir, não existe ainda uma lei dizendo o que o médico pode e deve fazer, com exclusividade, ou, em outras palavras, agora em moda, discutir: **“O que é ato médico?” Por numerosas dificuldades.**

Primeira. Desde tempos imemoriais, antes mesmo que fosse inventada a escrita, o homem doente procurava o pajé, o feiticeiro, hoje o médico, para ter o diagnóstico, prognóstico (conseqüências de seu estado de saúde ou doença) e tratamento.

Segunda. Faltaria papel para enumerar tudo o que o médico pode e deve fazer, e com certeza ficaria esquecido algum procedimento. E a cada nova descoberta ou criação de nova técnica, precisaria nova lei.

Se nessa lista estivesse como atribuição “extirpar apêndice inflamado”, mas fosse esquecido “drenagem cirúrgica de abscesso apendicular”, mediante um bom “lobby” os enfermeiros poderia obter uma lei que atribuísse esse ato ao enfermeiro de centro cirúrgico, pois afinal, de tanto assistir o médico fazê-lo, eles terão até condições técnicas de realizá-lo. E o argumento seria muito simples: esse ato não estaria previsto na lei que enumerasse os atos médicos.

Ainda conseqüência desse parágrafo único:

- se médicos especialistas em endocrinologia, organizando um congresso específico com tema central DIABETES, na hora de montar um curso denominado "Tratamento Dietoterápico do Diabético" teriam que decidir: qual nutricionista vamos convidar para organizar e ministrar o curso?

- os senhores deputados e senadores não podem apresentar projeto-de-lei relativos à nutrição sem convocarem, obrigatoriamente, um nutricionista. É comum, é normal, que parlamentos ouçam os principais interessados em determinado projeto-de-lei, porém neste caso, ainda que o parlamento seja bastante versado no assunto, é obrigatório, pois está no final do parágrafo: **"elaborar e revisar legislação e códigos próprios desta área."**

A Constituição da República estabelece:

Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

.....

XIII – é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer;"

Já vimos que quem faz diagnóstico, prognóstico e prescreve ou indica ato terapêutico é somente o médico, e a lei que regula essa profissão (Lei nº 3.268, de 30/9/57) diz que para exercer a Medicina o profissional deve possuir o diploma de médico obtido em faculdade de medicina oficial ou reconhecida, registrado no Ministério da Educação e Cultura, e inscrever-se no Conselho Regional de Medicina.

O exercício de profissão liberal não pode ser equiparada, em hipótese alguma, ao exercício de função pública. Nesta podemos e devemos ter leis e regulamentos que digam claramente o que determinado servidor pode e deve fazer. Para aquele, o que a lei pode dizer é quando há necessidade de sua atuação. E é assim que essa regra geral é respeitada, conforme exemplos:

- nenhuma lei diz expressamente que é atribuição do médico atestar sanidade ou doença, mas a legislação que regula direitos e deveres do servidor público diz que a justificativa de falta ao trabalho por doença far-se-á mediante apresentação de atestado médico;

- nenhuma lei diz expressamente que ao médico cabe examinar candidatos a obtenção da licença de habilitação, mas a legislação de trânsito diz que para obter a licença o candidato deve submeter-se a exame médico;

- nenhuma lei diz expressamente que é privativo do médico aceitar substância entorpecente, mas a legislação sanitária prevê que a venda desse medicamento está sujeita à apresentação de receita médica,

Seria interminável a lista de exemplos. Para finalizar este tópico, citarei exemplo concreto de lei tecnicamente bem elaborada, de elevado alcance, na própria área da Nutrologia, ou Nutrição (sublinhado o destaque).

LEI nº 8.913, de 12/7/1994, que dispõe sobre a descentralização da merenda escolar.

Art. 4 – A elaboração dos cardápios dos programas de alimentação escolar, sob a responsabilidade dos Estados e Municípios, através de nutricionista capacitado, será desenvolvida em acordo com o Conselho de Alimentação Escolar, e respeitará os hábitos alimentares de cada localidade, sua vocação agrícola e a preferência pelos produtos “in natura”.

CONCLUSÕES:

Nutricionista não tem competência para requisitar exames com finalidade diagnóstica ou avaliação terapêutica. A autorização prevista na lei restringe-se à formulação dietoterápica e avaliação de seu resultado. Sempre será necessário o diagnóstico prévio da doença, efetuado por médico, encaminhado o paciente àquele profissional. Da mesma forma, em caso de paciente hospitalizado, o médico faz o diagnóstico e solicita a formulação dietoterápica que será orientada pelo nutricionista.

Quanto à exclusividade de competência, o que a lei estabelece é que outros profissionais, por exemplo enfermeiros, farmacêuticos e outros, excluído o médico, não podem atuar nessa área. Isto porque, quem pode o mais pode o menos. O médico aprofundou muito mais seu conhecimento dos distúrbios metabólicos, quer como doença primária, quer como resultado de outras doenças não essencialmente metabólicas, além do que, pelo demonstrado, a ele cabe com exclusividade estabelecer o diagnóstico e, por óbvio, a indicação terapêutica, e isso já foi decidido nos tribunais conforme acórdão que dirimiu a contenda entre os fisioterapeutas e fisiatras que, anexo, passa a integra este parecer.

Brasília, 10 de janeiro de 1998.

Léo Meyer Coutinho
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 3719/94
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 17/9/99

Palavras-Chave: ato médico, requisição de exame laboratorial, competência do nutricionista

Key Word: medical act, laboratory test requisit, nutritionist habilty.

CONDIÇÕES MÍNIMAS PARA A PRÁTICA DE ANESTESIA NO COMBATE À HIPERTERMIA MALÍGNA

Parecer CFM

EMENTA

O gestor de saúde deve prover a rede assistencial de condições mínimas de atendimento anestésico-cirúrgico, dentro de padrões preconizados pela comunidade científica.

Visando a profilaxia das alegações de erro médico, o Conselho Federal de Medicina deve criar Câmara Técnica para elaborar estudo no sentido de levar ao Ministério da Saúde proposta de disponibilizar a rede assistencial de condições mínimas no combate à hipertermia maligna.

Trata-se o presente feito de consulta formulada pela SEMPREVIVA – Associação Brasileira de Combate à Hipertermia Maligna, através dos seus diretores Marisa Atili Ennes Simons, presidente, e Wilson Gadini Junior, 1º secretário, ao Conselho Federal de Medicina, a respeito de dúvidas surgidas na interpretação da Resolução CFM nº 1.363, de 12 de março de 1993.

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

EXPOSIÇÃO

DA CONSULTA

Em ofício, a SEMPREVIVA – Associação Brasileira de Combate à Hipertermia Maligna encaminha duas perguntas:

“Com relação à Resolução nº 1.363/93 do Conselho Federal de Medicina, artigo 2º (Entende-se por condições mínimas de segurança para a prática da anestesia a seguir relacionadas: parágrafo II – Monitorização do CO2 expirado e da saturação da hemoglobina, nas situações indicadas;)

1º) Considerando que a elevação dos teores de gás carbônico na exalação é a melhor maneira de identificar uma crise de hipertermia maligna, com a precocidade necessária para tratamento efetivo, porque não definir a obrigatoriedade da monitorização do CO2 expirado em TODAS as anestésias em que são usados agentes desencadeadores da hipertermia maligna?

2º) No caso de crise de HM com evolução desfavorável, num hospital onde não haja DANTROLENE e que durante a cirurgia não tenha ocorrido a MONITORIZAÇÃO adequada, a quem caberia a responsabilidade? à equipe cirúrgica, ao anesthesiologista, ao Diretor Clínico do hospital, ou às autoridades de Saúde?”

Permitam-me, senhores conselheiros, fazer um breve relato sobre a hipertermia maligna e a história da Associação Brasileira de Combate à Hipertermia Maligna.

DA HIPERTERMIA MALÍGNA

1 – A hipertermia maligna (HM) é uma síndrome autossômica dominante, provavelmente associada a mais de um gene, visto que nem todas as pessoas susceptíveis compartilham do mesmo padrão genético. Caracteriza-se por uma resposta hipermetabólica desencadeada a partir da inalação de agentes anestésicos voláteis, usualmente em associação com um bloqueador neuromuscular, a succinilcolina.

Estatisticamente, há divergências quanto à incidência das crises de HM. Existem dados de 1:10.000 até 1:50.000 anestésias, sendo mais comum nas crianças, ocorrendo igualmente em ambos os sexos, preferencialmente nos indivíduos das raças brancas e amarela.

Embora a denominação “hipertermia” chame a atenção para o aumento da temperatura, esta não é manifestação inicial. Clinicamente, a HM caracteriza-se por intensa rigidez muscular, dificultando e às vezes impedindo manobras de ventilação pulmonar, fisiológica e artificial, com aumento excessivo do consumo de oxigênio e produção exagerada de gás carbônico e acidose (metabólica e respiratória). Ocorrem, ainda, cianose, taquicardia, taquipnéia, hiperpotassemia, rabdomiólise e mioglobinúria.

De início súbito, o diagnóstico é precedido de distúrbios no ambiente cirúrgico, especialmente por encontrar-se o médico anestesiológico desamparado para firmar o diagnóstico e, pior ainda, para abortar a crise.

Os exames laboratoriais são mais úteis na prevenção, ao elaborarmos um diagnóstico preciso naqueles susceptíveis. Fora da crise, é possível confirmar a susceptibilidade retirando pequena área de um músculo do paciente e observando a resposta desse músculo isolado, colocando-o em contato com concentrações crescentes de halotano e cafeína. Uma forma embrionária de criação de centros de diagnóstico e prevenção em vários centros médicos está em atividade no Rio de Janeiro, desde 1991, sob a responsabilidade do prof. Dr. Roberto Takashi Sudo, da Universidade Federal do Rio de Janeiro –UFRJ. Em nosso país, este precursor dirige o Centro de Diagnóstico da HM, serviço este vinculado a MHAUS (Malignant Hyperthermia Association of the United States).

Embora o único agente capaz de abortar a crise de HM seja o dantrolene, aplicado por via intravenosa na dose de 10mg/kg, o controle das complicações é sintomático: hiperventilação artificial, hidratação, resfriamento, uso de bicarbonato de sódio, solução polarizante, diuréticos, antiarrítmicos, cardiotônicos e vasopressores. Se não for convenientemente tratada, a HM evolui para hipertensão arterial, choque, arritmias cardíacas, coagulação intravascular disseminada, insuficiência renal aguda e óbito.

A mortalidade está acima de 70% dos pacientes acometidos por HM. Entretanto, se for possível o diagnóstico precoce e o tratamento adequados as complicações situam-se abaixo dos 10%.

DA HISTÓRIA DA SEMPREVIVA

II – A Associação Brasileira de Combate à Hipertermia Maligna originou-se a partir de dois grupos criados em São Paulo e em Vitória, respectivamente o SEMPREVIVA e RTF Salva-Vidas. Em ambos os casos, o agente desencadeador foi o altruísmo: familiares de vítimas da síndrome, tomados por um sentimento muito forte de servir à sociedade, criaram em seus sítios de ação – com fins educativos – entidades comprometidas com a divulgação do diagnóstico e tratamento dos potenciais susceptíveis. Atitudes extemporâneas, exemplares, responsáveis, dignas de todo o apreço dos médicos e da sociedade brasileira que demonstram que da vicissitude é que surge a capacidade de trabalhar com garra e determinação em prol dos seus semelhantes. Para divulgação, utiliza-se de boletim bimestral, distribuído a todos os interessados e aos médicos anesthesiologistas através da Sociedade Brasileira de Anestesiologia e de suas regionais, bem como através da Internet, pelo site <http://www.hospvirt.org.br/anestesiologia/instituicao/sviva/index.htm>, veicula informações a respeito da síndrome às famílias de susceptíveis.

A SEMPREVIVA tem desenvolvido campanhas, a ponto de ver coroada de êxito uma primeira luta. A Portaria nº 173/97 da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde concedeu o registro do Dantrolene Sódico, sob o nome comercial de DANTROLEN® (injetável, 20mg/frasco ou ampola, cápsulas de 25mg e de 100mg), importado pela indústria brasileira Cristália Produtos Químicos e Farmacêuticos Ltda.

Com respeito a este trabalho, o deputado federal Féu Rosa apresentou indicativo ao Ministério da Saúde (nº 443/95) para que este dote os hospitais participantes do Sistema Único de Saúde de condições para atender os pacientes susceptíveis. A partir daí, o então ministro da Saúde, Carlos César de Albuquerque, criou Grupo Técnico constituído por membros do MS e da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, sob a coordenação do dr. Aliomar Brandão Carneiro, chefe da DIC-DF/CAUDI/MS, que após analisar a Indicação nº 443/95 propôs ao Ministério da Saúde o seguinte:

1. Registrar o medicamento DANTROLENE SÓDICO injetável e oral, (DANTRIUM);
2. Viabilizar a aquisição do referido medicamento, através das SES/SMS, diretamente do exterior (*nota do relator: esta decisão é anterior à importação autorizada pela VSV/MS*);
3. Manter atualizado um cadastro nacional das unidades assistenciais referenciadas para estocagem e distribuição do medicamento, através das informações fornecidas pelas SES/SMS;
4. Cadastrar no SUS, via SES/SMS, os serviços habilitados a realizar o teste para o diagnóstico de HM, priorizando aqueles vinculados às entidades de ensino;
5. Cadastrar, no SUS, os procedimentos que deverão ser adotados na vigência de HM;
6. Educação continuada através da informação."

PARECER

Sobre a matéria, assim se manifesta o eminente professor José Luiz Gomes do Amaral, no jornal, Medicina, do CFM, de julho/96, página 15, seção Atualização Médica: "A capnografia tem grande valor no diagnóstico precoce da HM e na avaliação da resposta ao tratamento. De fato, elevações acentuadas do CO_2 no gás expirado (EtCO_2), sangue venoso (PvCO_2) sangue arterial (PaCO_2) e diferença veno-arterial de CO_2 são observadas precocemente nos casos fulminantes, mas podem ser atenuadas por hiperventilação nas crises moderadas."

Entende este relator que, na hipótese de cirurgia eletiva em paciente comprovadamente susceptível à hipertermia maligna, deve o médico anestesiológista recusar o atendimento, encaminhando-o a centro que possua disponível, arsenal suficiente para o diagnóstico e tratamento da HM. Por outro lado, na hipótese de cirurgia de emergência ou urgência, leia-se, onde a sua postergação comprometa a vida, ou a qualidade de vida do paciente, calcado no "estado de necessidade", deve o médico anestesiológista, cercado-se dos cuidados básicos, praticar a anestesia, comunicando previamente, se assim for possível, o fato ao paciente ou a seus familiares.

Lutando contra o competente adversário, a falta de recursos financeiros, o anestesiológista depara-se com um fator complicador. Os agentes mais citados em eventos que desencadearam a HM são os de menor custo para a rede assistencial. Portanto, as chances de ocorrerem estes episódios crescem em proporção elevada, haja vista que os locais onde mais se utilizam os agentes potencialmente desencadeadores da síndrome, em larga escala, são justamente aqueles onde mais dificilmente são encontrados equipamentos para monitorização do CO_2 expirado.

CONCLUSÃO

Exercendo a nobre arte com autonomia, o médico tem o compromisso de agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional, usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente e empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos. Seguindo esta linha de pensamento, compete ao anestesiológista o dever de orientar, com comprovação documental, ao diretor técnico da instituição na qual pratica a especialidade, a adequação das condições seguras para a prática da anestesia. Posto que uma ação omissiva poderá ser-lhe prejudicial, como entende a AJ/CFM. Em Segunda instância, deve também ser notificado ao gestor o seu compromisso moral, social e constitucional de dotar a rede sob sua responsabilidade de requisitos mínimos para a adequada assistência à saúde.

A vida humana não tem preço. Os gestores, notadamente do Sistema Único de Saúde, utilizam-se de argumentos, injustificáveis, para não dotarem à população que se utiliza dos seus serviços os requisitos mínimos indispensáveis a assistência à saúde. A vida de qualquer cidadão é valorizada na medida da importância que representa no seio da sua família, sem discriminação de credo, ideologia, cor, opção sexual e condição socioeconômica. A estes não interessa a estatística, pois a inclusão de um ente amado entre dados pode representar uma catástrofe irreparável.

Entendo, também, que o compromisso político dos conselhos de medicina na profilaxia das alegações de erro médico perpassa pela luta incessante na melhoria da assistência à saúde. Desta forma, proponho que seja criada uma Câmara Técnica com a finalidade de elaborar projeto para que o Ministério da Saúde construa um cadastro nacional de pessoas suscetíveis à hipertermia maligna, com uma central de informações sobre os kits de dantrolene (procurando evitar as perdas por vencimento), bem como que sejam criados centros de referência em todos os estados (para os quais seriam encaminhados os pacientes suscetíveis) e disponibilizados "Bancos de Dantrolene" para a rede assistencial do país, à semelhança do que ocorre em outros países.

A Sociedade organizada, através da SEMPREVIVA, fez a sua parte. Só nos resta seguir o seu exemplo.

É o relatório. Que coloco à apreciação do Plenário do Conselho Federal de Medicina.

Brasília, 09 de abril de 1999

José Abelardo Garcia de Meneses
Com. Relator

Processo-Consulta CFM nº 1412/97
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 19/9/99

Palavras-Chave: anestesia, hipertermia maligna, prevenção de hipertermia.

Key Words: anesthesia, malignant hyperthermia, prevention hyperpexia.

NORMAS ÉTICAS E LEGAIS PARA ESTERILIZAÇÃO

Parecer CFM

EMENTA

A Lei nº 9.263, de 12/1/96, publicada no D.O.U. de 15/1/96, regulamentada pela Portaria nº 144, de 20/11/97, estabeleceu rigoroso controle institucional sobre a esterilização, respeitando princípios éticos, legais e indicações médicas precisas, contemplando anseios da comunidade científica, Conselhos de Medicina e total abrangência do anteprojeto da resolução do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal.

O Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, através do Of. nº 069/93, encaminhou a este egrégio Conselho Federal de Medicina um anteprojeto de resolução do CRM-DF, visando normatizar, do ponto de vista ético, os procedimentos de esterilização, solicitando exame e contribuição deste CFM quanto a impropriedades jurídicas porventura existentes.

Anteriormente à tramitação neste CFM, para a elaboração de parecer pertinente, já se haviam expedidos inúmeros pareceres sobre o assunto, além da CPI no Congresso Nacional, gerando expectativas de maior aprofundamento e, conseqüentemente, decisões em bases mais sólidas. Daí a morosidade do presente documento que, inclusive, foi agravada por uma fase de muitos imprevistos e atropelos da nossa saúde, culminando com o extravio temporário do mesmo.

Não obstante, dado o zelo e a eficiência do Setor de Processos deste CFM, foi possível recompor toda a documentação que ora passamos a apreciar.

PARTE EXPOSITIVA

O referido anteprojeto de resolução, depois de apresentar uma série de "CONSIDERANDOS", calcados em textos legais ligados direta ou indiretamente à esterilização, RESOLVE:

- I – Permitir a prática de esterilização cirúrgica do casal somente no caso de haver risco reprodutivo, ou seja:
 - a – Possibilidade de gravidez de alto risco materno por doença de difícil controle ou incurável;
 - b – Paridade da mulher igual ou superior a 5 (cinco) gestações viáveis (com registro de nascimento ou D.O. fetal comprovado);
 - c – Abortamentos consecutivos em número igual ou superior a 5 (cinco);
 - d – Idade da mulher igual ou superior a 35 (trinta e cinco) anos;
 - e – Situações obstétricas que coloquem em risco a vida materna.
- II – É obrigatório o preenchimento da ata de esterilização cirúrgica,

em duas vias, dar os destinos pertinentes, conforme modelo fornecido pelo CRM-DF, nos seguintes casos:

a – Esterilização cirúrgica cuja finalidade seja a não procriação;
b – Esterilização cirúrgica no período reprodutivo como consequência de ato cirúrgico que vise tratamento de patologias relacionadas ou não ao aparelho reprodutor.

III – Compete às instituições privadas conveniadas remunerarem os profissionais conveniados que executarem os procedimentos conforme as normas do CRM-DF.

É anexado ao anteprojeto uma bem fundamentada Exposição de Motivos, intitulada “A importância do estabelecimento de normas éticas (modernas) para procedimentos de esterilização”, que discute, exaustivamente, os diversos problemas pertinentes à esterilização, citando extensa bibliografia.

Neste Conselho Federal o assunto foi abordado e discutido inúmeras vezes, merecendo destaque os seguintes pareceres:

Processo-Consulta nº 22/84 – Genival Veloso França;

Processo-Consulta nº 1.360/86 – Cons. Waldir Paiva Mesquita;

Processo-Consulta nº 1.318/87 – Cons. Antônio Rafael da Silva;

Processo-Consulta nº 1.042/88 – Cons. Antônio Henrique Pedrosa;

Processo-Consulta nº 2.862/89 – Cons. Antônio Henrique Pedrosa;

Processo-Consulta nº 0083/90 – Antônio Henrique Pedrosa;

Parecer sobre o Projeto Intitulado “PF BRAZIL – Educação e serviços de planejamento familiar no Distrito Industrial de Manaus” nº 22/86 – Cons. Ana Maria Cantalice Lipke.

Existem, ainda, inúmeros pareceres, mas elencamos apenas os principais.

Ressalta-se que 1.4.1992 foi instaurada a CPI do Congresso Nacional para investigar a incidência da esterilização em massa de mulheres brasileiras no país, presidida pela parlamentar Benedita da Silva (PT-RJ) cujo Relatório Final coube ao senador Carlos Patrocínio. Nesse episódio, novamente, o assunto foi intensamente debatido, em discussões que abrangiam todos os ângulos considerados nos diversos pareceres mencionados, bem como de outras fontes.

Conforme foi publicado no jornal do CFM – MEDICINA, nº 85 setembro/97 – na referida CPI foi ouvido o conselheiro Antônio Henrique Pedrosa Neto, que prestou depoimento em 25.6.92, ocasião em que criticou a prática indiscriminada de esterilização, solicitando que houvesse intervenção do Estado no sentido de impedir a atuação de instituições financiadas pelo capital internacional em programas de controle da natalidade em nosso país. Enfatizou ainda, a necessidade de regulamentação da esterilização cirúrgica, como forma importante de controle social.

Toda as observações do CFM, de uma ou outra forma foram consideradas no relatório final do senador Carlos Patrocínio. Os documentos encerravam-se com o texto do projeto de lei original, de 3.633/92, regulamentado o parágrafo 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar – já admitindo a esterilização voluntária.

O MEDICINA diz ainda: "Na Câmara, a matéria tramitou sob o nº 114/94, de autoria do deputado Eduardo Jorge (PT-SP), que teve quatro artigos vetados pelo governo em janeiro do ano passado, incluindo o que regulamentava a laqueadura tubária, restabelecida na histórica votação de 13 de agosto último. Fernando Henrique foi vencido pela oposição da própria mulher, Ruth, líder discreta da derrubada do veto presidencial. "Por precaução, já tinha encaminhado à Mesa do Senado um projeto restabelecendo os artigos vetados pelo Executivo", disse Patrocínio.

"De acordo com o projeto aprovado pelo Congresso, a esterilização não mais será feita no momento do parto, o que poderá contribuir para diminuir sensivelmente a alta incidência da cirurgia cesariana. Atualmente, o Brasil é campeão nessa prática, realizando até 558 mil cirurgias desnecessárias a cada ano (MEDICINA, nº 84, agosto/97)".

Vê-se, assim, que superado o veto presidencial e publicada a nova lei, o anteprojeto de resolução do CRM-DF foi inteiramente contemplado, tantas as coincidências de princípios e propósitos, merecendo, por isso, nossos aplausos. Vale reproduzir os artigos mais específicos da lei no que concerne à esterilização:

"Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I – em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II – Risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º - É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º - É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º - Não será considerada a manifestação da vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência do álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º - A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através de laqueadura tubária, vasectomia ou outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º - Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende

do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei.

Art. 11 – Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

Art. 12 – É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática de esterilização cirúrgica.

Art. 13 – É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Art. 14 – Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área de planejamento familiar.

Parágrafo único – Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis.

A partir do art. 15, a lei estabelece os crimes e penalidades referentes à esterilização.

Em prosseguimento aos trâmites legislativos até aqui mencionados, que culminaram na publicação da Lei nº 9.263, de 12.1.96, publicada no D.ºU. de 15.1.96, incluindo o veto dos artigos 10, 11, parágrafo único do art. 14 e art. 15, em conformidade com a Mensagem nº 6 do presidente da República ao presidente do Senado, também publicada no mesmo D.O.U., no mês de agosto, foi derrubado o veto presidencial, com restabelecimento dos dispositivos pertinentes. Pouco tempo após, a Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, publica a Portaria nº 144, de 20 de novembro de 1997, estabelecendo normas referentes à inclusão de cirurgia de trompas no Grupo de Procedimentos da Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, repetindo os dispositivos contidos nos incisos I e II do art. 10 da Lei nº 9.263. E vai mais além:

“4. – O Código de Classificação Internacional de Doenças – CID, 9º Revisão, para cobrança destes procedimentos através da AIH será obrigatoriamente 2025.2/5 esterilização.

5. – As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, dependendo das prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, deverão proceder o credenciamento das unidades hospitalares para realização dos procedimentos de laqueadura tubária e vasectomia, conforme modelo de ficha, anexo, seguindo os seguintes critérios:

5.1 – Somente poderão realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos contraceptivos reversíveis;

5.2 – Comprovação de existência de médico capacitado para o ato.
6. – As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, deverão encaminhar à Gerência Técnica de Sistemas Hospitalares/GTSH/DATASUS cópia da portaria de credenciamento da unidade, no prazo de 5 dias a contar da sua publicação em Diário Oficial, para cumprimento dos efeitos desta Portaria.

7. – A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através de laqueadura tubária, vasectomia ou outro método cientificamente aceito, sendo vedada através de histerectomia e ooforectomia.

8. – Será obrigatório constar no prontuário médico o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

9. – É vetada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

10. – É obrigatório o preenchimento de notificação compulsória, modelo anexo, quando da realização dos procedimentos de laqueadura tubária e vasectomia.

11. – A GTSH/DATASUS, quando do processamento de AIHs com os procedimentos de laqueadura tubária e vasectomia, deverá gerar arquivo magnético de procedimento de notificação compulsória para alimentação de Banco de Dados do Sistema de Agravos Notificáveis/SINAM.

12. – Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Portanto, aprofundando o debate sobre o planejamento familiar, sob todos os ângulos, respeitados os critérios éticos, legais e, sobretudo, indicações médicas precisas, sob rigoroso controle institucional, o legislativo logrou aprovar lei específica sobre a matéria que, a nosso ver, contempla os anseios do povo, da comunidade científica, incluindo os Conselhos de Medicina e, por oportuno, o anteprojeto do CRM-DF, em todo sua plenitude.

É o parecer, S.M.J.

Brasília, 30 de março de 1999

Processo-Consulta CFM nº 3236/93
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/6/99

Palavras-Chave: esterilização cirúrgica, planejamento familiar.

Key Words: sterilization, family planification.

PUBLICIDADE DE TÍTULO DE ESPECIALISTA

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.

O conselho Regional deve sanar as irregularidades apontadas na presente consulta.

Da mesma forma, deve o Conselho orientar a UNIMED de Campo Grande a não divulgar especialistas que não possam comprovar tal titulação.

Designado pelo conselheiro responsável pelo Setor, dr. Júlio César Meirelles Gomes, através do ofício CFM Nº 6.256/97, a emitir parecer, passo à análise dos fatos.

DA CONSULTA

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso do Sul encaminha expediente, parecer da CODAME, solicitando parecer do Conselho Federal de Medicina acerca de polêmica criada na jurisdição daquele regional, versando sobre publicidade do título de Especialista.

1. O dr. Josué G. G. Vialogo (CRM-MS 1.657) encaminha expediente-denúncia àquele regional relacionando 8 (oito) médicos que, no entender do denunciante, estariam anunciando especialidades não registradas conforme as normas vigentes.

2. O expediente foi encaminhado à CODAME/CRM-MS, que notificou a todos os denunciados a apresentarem as suas defesas.

3. O próprio denunciante reconheceu adiante que 2 (dois) dos denunciados haviam cumprido as formalidades para o devido registro dos títulos respectivos.

4. Dentre as peças apresentadas encontra-se, às fls. 36 e 37, material no qual se lê: "Dr. Fernando Henrique S. Pache – Cirurgia Geral – videolaparoscopia".

5. Às fls. 50 a 57v., encontra-se material de divulgação da UNIMED de Campo Grande-MS: "ESCOLHA SEU MÉDICO", relacionando, por especialidade, o seu quadro de cooperados/credenciados. Sem referenciar os profissionais como especialistas.

6. Após ouvir os litigantes, a CODAME/CRM-MS elaborou relatório conclusivo decidindo – por unanimidade de votos – não dar provimento à denúncia "pela inexistência de irregularidades na atuação profissional dos médicos que constaram da declaração apresentada pelo Dr. Josué G. G. Vialogo, em especial no que diz respeito à ausência de publicidade de títulos de especialistas." (fls. 214 a 219).

EXPOSIÇÃO

Este volumoso processo-consulta é fruto da insatisfação do querelante por entender que há indícios de infração ética por parte dos denunciados. É de se referenciar as inúmeras consultas formuladas aos Conselhos Regionais, assim como ao CFM, dando conta de dúvidas surgidas nesta questão.

A legislação brasileira que regula a matéria diz que para usufruir do direito de anunciar especialidade o médico deve registrar, no Conselho Regional de Medicina, o título de Especialista que obtiver mediante conclusão de 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 n.º 6.932/81, ou através da Sociedade Brasileira da especialidade pretendida, filiada à Associação Médica Brasileira, seguindo os critérios estabelecidos no acordo CFM/AMB, normalizados pela Resolução CFM n.º 1.286/89. Portanto, aos Conselhos Regionais de Medicina compete apenas o registro da qualificação na especialidade requerida.

PARECER

Para iniciar a minha linha de raciocínio, valho-me do Parecer n.º 06/95, da lavra do eminente conselho desta casa, Júlio César Meirelles Gomes, que versa sobre a matéria, *in verbis*:

"Nas intenções subjacentes à criação dessa Resolução 1036/80 pode-se sentir um odor de corporativismo, "reserva de mercado", mas há também um interesse legítimo de preservar o consumidor, permitir que este possa identificar o profissional mais qualificado para atendê-lo e há também um interesse de encaminhar além da lei que autoriza aos egressos das Faculdades de Medicina, o exercício de qualquer especialidade.

Entretanto, ainda não temos um consumidor tão atuante em exigir os seus direitos, além do que sabemos existir, em grandes falhas na formação e titulação do médico, seja nos cursos de graduação, nas Residências ou nos outros critérios e maneiras de concessão de Títulos de Especialista das Sociedades de Especialidades.

Mas é claro que algo deve ser feito e que deve-se caminhar no sentido de encontrar a melhor norma, entretanto não podemos nos deixar cair no excesso.

Proibir de anunciar sim, mas não proibir o exercício."

Finalmente, pretendendo traçar um paralelo entre a pretensão de anunciar em cartão de visita, receituário, etc. e o parecer anterior sobre inscrição da especialidade em carimbo, vejamos o que nos ensina o cons. Júlio César:

"Os pareceres não deixam dúvidas acerca da impossibilidade em se impor restrições ao exercício pleno de medicina, desde que o profissional esteja legalmente habilitado para tal.

Ficaram apenas com a discussão se o anúncio pelo carimbo é ou não publicidade sobre especialidade. Por menor que seja o público atingido, não há dúvida que quando apomos ao nosso nome nos carimbos, o nome da especialidade que exercemos, estamos sem dúvida, anunciando nossa qualificação para tanto. Se não dispomos de meios para comprovar tal qualificação, trata-se, no mínimo propaganda enganosa, e como tal, infração ética.

Entendo, ainda, que não existe diferença entre anunciar "Pediatra" ou "Pediatria".

O objetivo é o mesmo: denunciar especialidade.

...

Que tal voltar a usar única e exclusivamente a palavra médico. Deveríamos nos orgulhar dela."

A lei n.º 3.268/57, em seu artigo 20, preconiza *"Todo aquele que, mediante anúncios, placas, cartões ou outros meios quaisquer, se propuser ao exercício da Medicina, em qualquer dos seus ramos ou especialidades, fica sujeito às penalidades pelo exercício ilegal da profissão, se não estiver devidamente registrado."*

Identicamente, a Resolução CFM n.º 788/77 expressa: *"Determinar aos Conselhos Regionais de Medicina que em todos os casos, verificada a existência de publicidade de organização ou pessoa jurídica, sem obedecer às Resoluções do Conselho Federal de Medicina e a legislação em vigor, seja instaurado processo ético-profissional contra o respectivo diretor-médico e principal responsável."*

A Resolução CFM n.º 1.036/80, que regula especificamente a matéria em tela, adota o princípio na seguinte ordem:

"Art. 4º - O médico somente poderá anunciar especialidades quando estiver registrado no Quadro de Especialistas do Conselho Regional de Medicina em que estiver inscrito."

CONCLUSÃO

Data vênia, louvando o intenso trabalho da CODAME/CRM-MS, respeitosa e não concordo com a conclusão do parecer da instância a quo.

Entendo que não deve uma cooperativa de trabalho médico anunciar o seu corpo clínico por especialidade, desde que não possa comprovar o que está a oferecer à sua clientela. Entretanto, também, que o médico, ao anotar em receituário, cartão de visita, carimbo ou qualquer forma de divulgação a área de atuação que está a oferecer (independente de anunciar-se especialista ou não), comete ilícito ético. Não se trata de limitar a atuação do médico, apenas impedir que ele faça anúncio que não possa comprovar. Apenas isto.

Por fim, entendo que deve ser apurada a responsabilidade pela divulgação de especialidade que não possa ser comprovada e não esteja regularmente inscrita no CRM-MS.

Entretanto, na labuta pedagógica da questão, entendo que deve ser oficiado à UNIMED de Campo Grande recomendação no sentido de evitar anúncio de especialistas que não possam comprovar a titulação.

É o relatório, S. M. J.

Brasília, 11 de setembro de 1998.

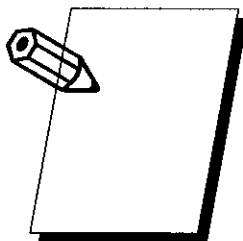
José Abelardo Garcia de Meneses
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM n.º 1026/97
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 29/9/99

Palavras-Chave: publicidade, título de especialista, carimbo, especialidade.

Key Words: publicity, specialisty

MUDOU DE ENDEREÇO?



Fone 0 xx 41 - 322-8238
Fax 0 xx 41 - 322-8465
e-mail: crmpr@crmpr.org.br

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

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

NOVO ENDEREÇO

NOME: _____

Residência

Consultório

Especialidade _____

Rua: _____

Nº _____ Andar/ Sala/ Apto. _____

Bairro: _____ Fone: _____ Fax: _____

Cidade: _____ e-mail: _____

CEP: _____ Estado: _____

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

CATETER ARTERIAL E VENOSO PROFUNDO É ATO MÉDICO

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.582/99

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 que a cateterização arterial e a venosa profunda são ações invasivas, com riscos de complicações inerentes à técnica, que podem levar a alterações graves das funções orgânicas;

CONSIDERANDO que o diagnóstico e o tratamento dessas complicações exige a atuação de médico legalmente habilitado e qualificado;

CONSIDERANDO que a atuação do médico deve visar o benefício do paciente;

CONSIDERANDO o disposto nos artigos 4º e 30 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO o disposto no Parecer CFM nº 51/99;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária de 30.9.99,

RESOLVE:

Art. 1º - O procedimento de introdução de catéter intravascular arterial e venoso profundo é privativo de médico e não pode ser delegado a outros profissionais.

Art. 2º - A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 30 de setembro de 1999

Waldir Paiva Mesquita
Presidente

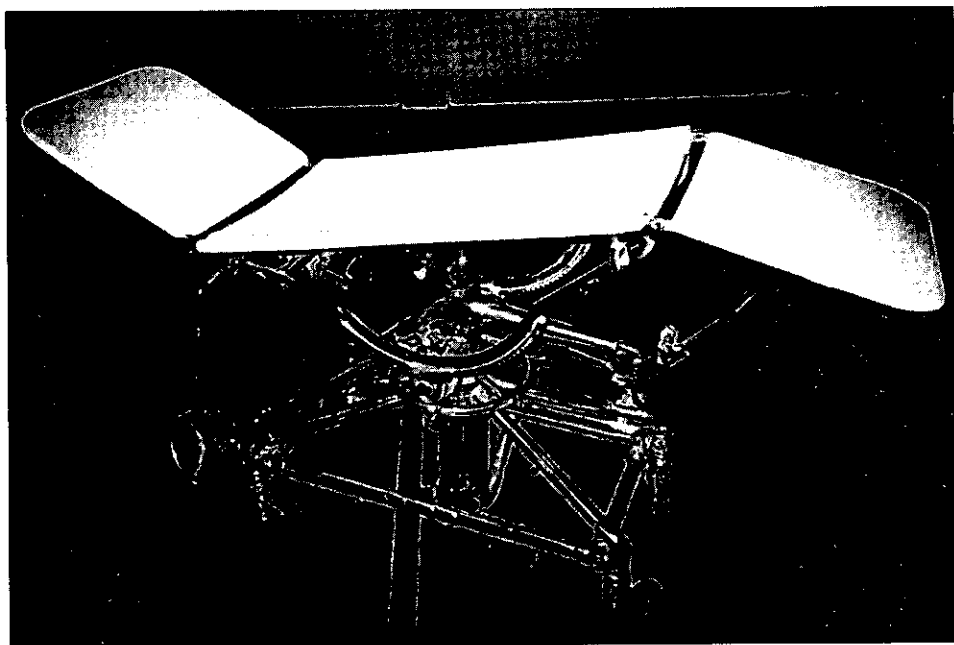
Antônio Henrique Pedrosa Neto
Secretário-Geral

Palavras-Chave: ato médico, cateterismo

Key Words: medical act, catheterism

HISTÓRIA DA MEDICINA

Ehrenfried Wittig *



MESA GINECOLÓGICA E CIRÚRGICA - Esta belíssima peça cromada foi fabricada em Londres, em 1917. É uma mesa recuperada, com todos os seus recursos funcionantes, marca Asseptic Operations Table - Down-Bros.

Doação: Secretaria de Estado da Saúde, através do Dr. Oscar Alves (Secretário de Saúde) e Dr. Ary Scheidt (Oficial de gabinete).

1 - COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL (COFEP)

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

2 - COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO (CD)

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

3 - COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL (CQP)

Presidente: Marília Cristina Milano Campos
Secretária: Cleunice
Cons. Jorge Rufino Ribas Timi
Cons. Niazzy Ramos Filho
Cons. Manoel de Oliveira Saraiva Neto
Cons. Iwan Augusto Collaço
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 Klemann

5 - COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

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

6 - COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS REGIONAIS/SECCIONAIS

Presidente: Gerson Zalalon 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 CRM/PR

Cons. Hélio Bertolozzi Soares

9 - COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO, RECURSOS HUMANOS E PATRIMÔNIO

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

10 - COMISSÃO DE LICITAÇÃO, LEILÃO E SEDE

Presidente: Waldir Rupillo
Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Cons. Gerson Zalalon Martins
Cons. Cicero Lotário Tironi
Cons. Kamel Jorge Chammass
Dr. Luiz Carlos Sobania (Membro Nato do CHM)

11 - COMISSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS E REMUNERAÇÃO

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

DELEGACIA SECCIONAL DE APUCARANA

Dr. José Marcos Lavrador (Presidente)
Dr. Carlos Alberto Gebrim Preto (Secretário)
Dr. Guilherme Augusto Storer (Colaborador)
Dr. 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 Porciúncula (Secretário)
Dr. Antônio Carlos Cardoso (Colaborador)
Dr. Dairton Luiz Legnani (Suplente)
Dr. Manuel da Conceição Gameiro (Suplente)
Dr. Wilfredo Sérgio Sandy Saavedra (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

Dr. 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. Ailgar Danwich (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. Adelmo Ferreira (Suplente)
Dr. Edson Kenji Takaki (Suplente)
Dr. José Eduardo de Siqueira (Vice-Presidente)
Dr. Ludovico Pieri Neto (2º Secretário)
Dr. Marcelo Agudo Carvalho de Mendonça (Suplente)
Dr. Wanderley Zanotto Lopes dos Santos (Suplente)

DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

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

DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

Dr. Paulo Roberto Mussi (Presidente)
Dr. João Antônio Schemberk Júnior (1º Secretário)
Dr. Eduardo Ernesto Obrzut Filho (2º Secretário)
Dr. Antônio 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 Margareth Zych (Suplente)
Drª Marli Cybuski (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)