

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

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

ISSN 0104 - 7620

IMPRESSO

v. 17 - n. 67 - julho/setembro - 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
Raquele Rotta Burkiewicz
Roberto Bastos da Serra Freire
Rubens Kliemann
Sérgio Maciel Molteni
Wadir Rúpollo
Zacarias Alves de Souza Filho

MEMBROS SUPLENTES

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

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

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

SECRETARIA

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

ISSN 0104 - 7620

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 17	n. 67	p. 116-175	Jul./Set.	2000
---------------------------	----------	-------	-------	------------	-----------	------

EDITOR

Ehrenfried O. Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Carlos Ehлке 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.67, 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

Princípios Para Normatização de Diárias e Internações em Apartamento, Enfermaria e UTI Parecer CFM	116
Vantagens Materiais Decorrentes de Pesquisa, Palestra Científica ou Trabalho Informativo Resolução CFM nº 1.595/2000	124
Prescrição Com Carimbos em Prontuários Parecer CFM	126
Exame de HIV Após a Morte do Paciente Parecer CFM	128
Densitometria Óssea é um Diagnóstico Médico Parecer CFM	129
Curso de Medicina Alternativa Não Existe Parecer CFM	130
Limitar o Atendimento de Pacientes de Planos de Saúde e Privilegiar Pacientes Particulares Parecer CFM	135
O Médico e o Exame de Habilitação Para Carteira de Motorista Parecer CFM	138
Presença do Pediatra no Momento do Parto. Segredo Médico Para Menor de Idade Com Vida Sexual Ativa Parecer CFM	142
Morte Encefálica e Estado Vegetativo Persistente Parecer CRMPR	147
O Estado Não Pode Extinguir os Cargos de Diretor Técnico e Diretor Clínico Parecer CFM	150
Pagamento de Honorário Médico à Pessoa Jurídica. Duas Atividades no Mesmo Ato Cirúrgico Parecer CFM	158
Orientação e Conduta Ética na Hidranencefalia Parecer CRMPR	160
Transporte Aeromédico Parecer CFM	162
História da Medicina Ehrenfried Wittig	175

PRINCÍPIOS PARA NORMATIZAÇÃO DE DIÁRIAS E INTERNAÇÕES EM APARTAMENTO, ENFERMARIA E UTI

Parecer CFM

EMENTA

Normatização de diárias e taxas hospitalares envolve aspectos administrativos e éticos.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso aprovou o parecer do conselheiro Dr. Francisco Otaviano Oliveira Fontes sobre "Normatização da Unimed – Cuiabá de diárias de internações em apartamento, enfermaria, berçário, UTI e taxas de salas de cirurgia e de observação no Pronto-Socorro, que pela sua importância e teor é transcrito integralmente:

"Estamos frente a uma situação complexa que implica em considerações de vários fatores de ordem política, econômica, social, moral e ética, onde os critérios utilizados têm bases subjetivas, nem sempre de fácil compreensão e aceitação por parte dos envolvidos: médicos, pacientes, familiares e prestadores de serviços (Empresas Médicas, Cooperativas, etc.). Estão implicadas situações relacionadas à autonomia e independência profissional, respeito pela vida e dignidade humana, mercantilismo, consideração aos colegas, relação com o paciente, familiares e sociedade.

Se, por um lado, as regras de mercado levam as empresas à competitividade, redução de custos, eficiência, eficácia e qualidade na prestação de serviços, estas ações não podem ter caráter restritivo que tolham a liberdade do médico de usar todos os meios e recursos tecnológicos disponíveis em benefício do paciente. É o que preceitua o Código de Ética Médica. Nestas regras de mercado, para que uma empresa torne-se rentável, competitiva e eficiente, é necessário que o seu produto seja de boa qualidade, que tenha menor custo e seja acessível ao poder econômico do usuário. Para isto, faz-se necessária a adoção de uma política de redução desses custos, sem que esta interfira na qualidade do atendimento prestado. Não pode e não deve orientar-se apenas pela contenção de despesas e aumento do lucro, em detrimento da qualidade.

Art. 8º - *"O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho."*

O ato médico não pode ser restringido sob nenhum aspecto, seja no diagnóstico e/ou tratamento, decorrente de normas ou atos oriundos de administradores ou proprietários de estabelecimentos de saúde, visando economia ou qualquer outro interesse que não seja o bem-estar físico e mental do paciente. O que se exige é que este ato médico seja legitimado pela real necessidade, que não seja uma futilidade e não tenha o componente da mercancia.

Art. 16 – *“Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou instituição pública ou privada poderá limitar a escolha por parte do médico dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente”.*

Disposições regimentais ou estatutárias, normas ou portarias que impliquem em restrição aos meios de diagnóstico e terapêutica constituem infração ao CEM e o médico tem o dever e a obrigação de não aceitá-las. O bem-estar físico, mental e psicossocial do ser humano não pode estar dependente de normas burocráticas frias e economicistas.

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

O médico, na condição de administrador, ocupando cargo de chefia ou diretoria, tem o dever de assegurar os meios ou condições necessárias para o exercício ético da medicina. Isto não implica que o mesmo não tome as medidas administrativas compatíveis com o cargo que ocupa, sempre respaldado e respeitando o CEM.

Art. 21 – *“É direito do médico: “Indicar o procedimento adequado, ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente, aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País”.*

É direito do médico indicar a propedêutica mais adequada em benefício do paciente, desde que não contrarie os postulados éticos e a legislação vigente, e ninguém pode limitar ou impedir qualquer propedêutica ou terapêutica, a não ser quando em benefício do paciente.

“O princípio teórico da liberdade de trabalho não afeta a condição de ser a medicina uma profissão que necessite regulamentação em seu exercício, por ser de grande interesse social e, ainda, para proteger o direito do médico e também o direito do paciente”. (*Direito Médico*, prof. Genival Veloso de França, Fundo Editorial BIK, págs. 17 e 18).

Art. 22 – *“Apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição”.*

O médico está obrigado a denunciar aos órgãos competentes, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina falhas, imposições ou restrições que venham a impedir o exercício ético da profissão.

Art. 57 – *“É vedado ao médico: “Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente”.*

Deve o médico utilizar todos os recursos propedêuticos e terapêuticos disponíveis para o benefício do paciente, não podendo ser impedido de exercer a medicina com plena autonomia. O que se exige e se espera é que o ato médico praticado, a terapêutica proposta e os exames complementares

solicitados sejam necessários, que haja o esclarecimento e consentimento do paciente e, no caso do impedimento deste, dos familiares e ou de seu representante legal. Ao indicar a propedêutica ou terapêutica, deve o médico observar os princípios da ética e da moral. Deve sempre levar em consideração a realidade social, a situação econômica, a aceitação do paciente ou familiares, a eficácia da terapêutica proposta, a relação custo-benefício e a perspectiva da qualidade de vida. O uso destes meios não pode ser visto apenas pelo componente da eficácia em resolver o problema técnico de como controlar o sofrimento e a morte, mas sim o benefício do paciente. Isto nos leva a questionar se a gestão técnica do sofrimento e o adiar o momento do morrer são sempre do interesse do paciente.

Art. 85 – É vedado ao médico: *“Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios legais”*.

O responsável pela instituição de saúde, qualquer que seja ela, pública ou privada, não pode usar de seu cargo para impedir que o médico atue dentro dos princípios da ética. Qualquer restrição ou imposição oriunda da direção que implique em baratear custos em detrimento da qualidade do serviço, suprimir meios para contenção de despesas e outros mecanismos que interfiram na qualidade do serviço objetivando aumentar lucros em detrimento do paciente, levando a uma atuação médica inadequada, configura, por parte do responsável pela instituição, infração ao CEM, e o médico tem o dever de não aceitar tais imposições.

Considera-se prática não-ética da medicina aquela em que os interesses comerciais e financeiros contrariam os postulados éticos contidos no CEM. Temos aí situações onde o lucro e a ganância superam o limite da legalidade, da moral e da ética.

Art. 9º - *“A medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio”*.

É óbvio que a atividade médica deve ser remunerada, sem isto não há como o médico existir e desempenhar suas funções com dignidade, o que é a base fundamental da medicina. Tanto o médico como a empresa devem ser remunerados condignamente; este, através dos honorários profissionais; aquela, pelos serviços prestados ao paciente dentro das leis de mercado, desde que não contrariem o CEM. Para que isso ocorra, faz-se necessário que a medicina não seja exercida como comércio, isto é, como forma de gerar dividendos pela intermediação de bens e valores dentro das regras de mercancia, onde o fundamental é auferir lucro em detrimento da saúde e da vida do ser humano.

Art. 42 – É vedado ao médico: *“Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País”*.

É vedado do médico indicar ou praticar atos desnecessariamente. Entende-se como atos desnecessários à realização de exames complementares irrelevantes, visitas e prescrições medicamentosas excessivas, cirurgias e internações desnecessárias.

Do mesmo modo que a ética condena a eutanásia, a prática da distanásia fere este princípio. Seria justo e correto o médico abreviar a “vida”

antes da hora? O Código de Ética Médica, nos seus princípios fundamentais, coloca claramente a preocupação com a vida humana: "O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade". (Artigo 6º).

Segundo Aurélio Buarque de Holanda, *distanásia* seria a morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento. Na origem da formação da palavra o prefixo grego *dis* significa afastamento; portanto, *distanásia* significa prolongamento exagerado da morte de um paciente. O termo também é usado como sinônimo de tratamento inútil. Trata-se da atitude médica que, visando salvar a vida do paciente terminal, submete-o a grande sofrimento. Na Europa, fala-se em "obstinação terapêutica"; nos Estados Unidos, de "medical futility" ou "futilidade médica". O grande questionamento que se faz é até que ponto se deve prolongar o processo de morrer quando não há mais esperança de reverter o quadro? Manter a pessoa "morta-viva" interessa a quem?

Em matéria publicada na revista *Bioética* do CFM – Vol. 4 – nº 1 – 1996, extraímos "O não enfrentamento da questão da *distanásia* faz com que convivamos com situações no mínimo contraditórias, em que se investe pesadamente em situações de pacientes terminais cujas perspectivas reais de recuperação são nulas. Os poucos recursos disponíveis poderiam muito bem ser utilizados em contextos de salvar vidas que têm chances de recuperação. Difícilmente podemos passar ao largo sem levantarmos sérios questionamentos em relação à utilização das UTIs, conscientização a respeito do conceito de morte cerebral, doação de órgãos, transplantes e investimentos de recursos na área".

"Hellegers, um dos fundadores do Instituto Kennedy de Bioética, a respeito de nossa questão em estudo afirma: "Perto do fim da vida, uma pretensa cura significa simplesmente a troca de uma maneira de morrer por outra (...) Cada vez mais, nossas tarefas serão de acrescentar vida aos anos a serem vividos e não acrescentar anos à nossa vida (...) mais atenção ao doente e menos à cura em si mesma (...). À medida que os ramos da medicina que versam sobre curas dominaram sobre os que se preocupavam mais com o doente, as virtudes judaico-cristãs perderam progressivamente seu interesse (...). Nossos doentes (e velhos) precisarão mais de uma mão caridosa do que um escapelo prestativo. Não é o momento de pôr de lado esta medicina da atenção, que não exige muita tecnologia (...) Nossos problemas serão cada vez mais éticos, e menos técnicos".

"Nasce uma sabedoria a partir da reflexão, aceitação e assimilação do cuidado da vida humana no sofrimento do adeus final. Entre dois limites opostos, de um lado a convicção profunda de não *manter*, de outro, a visão para não *encompridar ou adiar pura e simplesmente a morte*. Ao não matar e ao não maltratar terapêuticamente, está o *amarás*... Desafio difícil este de aprender a amar o paciente terminal sem exigir retorno, num contexto social em que tudo é medido pelo mérito, com a gratuidade com que se ama um bebê!

Concluimos com as palavras de Oliver ao falar da missão do médico, que é "curar às vezes, aliviar freqüentemente, confortar sempre".

O presidente da Sociedade Brasileira de Teologia Moral – professor Leonardo M. Martins, em artigo do livro *Iniciação à Bioética* – publicado em 1998 pelo CFM, assim refere-se ao assunto: "Enquanto na eutanásia a preocupação maior é com a qualidade da vida remanescente, na distanásia a tendência é de se fixar na quantidade desta vida e de investir todos os recursos possíveis em prolongá-la ao máximo". Ainda sobre o assunto, o citado professor discorre: "Dentro da perspectiva do paradigma tecnocientífico a justificação do esforço para prolongar indefinidamente os sinais vitais é o valor absoluto que se atribui à vida humana. Dentro da ótica do paradigma comercial – empresarial da medicina, a obstinação terapêutica segue outra racionalidade. Aqui, ela tem sentido na medida em que gera lucro para a empresa hospitalar e os profissionais nela envolvidos. Havendo um plano de saúde ou uma família ou instituição dispostas a investir neste procedimento, os tratamentos continuam enquanto o paciente não morrer ou os recursos não acabarem. Dentro de um sistema de valores capitalistas, onde o lucro é o valor primordial, esta exploração da fragilidade do doente terminal e de seus amigos e familiares tem sua própria lógica. Uma lógica sedutora porque, além de garantir lucro para a empresa, parece defender um dos grandes valores da ética humanitária, o valor da vida humana. Porém, a precariedade do compromisso com o valor da vida humana, nesta perspectiva, se manifesta logo que comece a falar recursos para pagar as contas. Uma tecnologia de ponta que parecia tão desejável de repente é retirada e tratamentos mais em conta, do ponto de vista financeiro, são sugeridos".

"Não há nenhuma obrigação de iniciar ou continuar uma intervenção terapêutica quando o sofrimento ou o esforço gastos são desproporcionais aos benefícios reais antecipados. Neste caso, não é a interrupção da terapia que provoca a morte da pessoa, mas a patologia previamente existente".

"O papa Pio XII, ao falar da distinção entre meios ordinários e meios extraordinários em relação ao direito e dever de empregar os cuidados necessários para conservar a vida e a saúde, condenava a eutanásia e rechaçava a distanásia afirmando que ninguém é obrigado a usar meios extraordinários para manter a vida. Ele estabelece como princípio básico o direito e dever de empregar os cuidados necessários para conservar a vida e a saúde. Somente é obrigação, porém, usar meios ordinários que não impõem nenhum ônus extraordinário para si mesmo ou para outros. Nesta perspectiva, determinadas cirurgias ou tratamentos caros no exterior ou desnecessários podem ser legitimamente recusados".

Conclui o renomado professor: "Não há dúvida que é mais fácil tratar a morte como um fenômeno puramente biológico. A dificuldade é que a morte de seres humanos recusa simplificações desta natureza. Aspectos jurídicos, sociais, psicológicos, culturais, religiosos insistem em se "intrrometer" e "complicar" a situação. O objetivo biológico constantemente se transforma num sujeito pessoal reivindicando direitos, dignidade e respeito".

Art. 56 – É vedado ao médico: "Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou

terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida”.

O médico tem o dever de respeitar a decisão do paciente de aceitar ou não o procedimento indicado. Para isto, é necessário que o paciente seja esclarecido de maneira simples e compreensível sobre os riscos, vantagens, desvantagens e relação custo-benefício, para que possa ser configurado um consentimento esclarecido. Quando houver recusa por parte do paciente, familiares ou seu representante legal e diante do eminente perigo de vida (urgência e emergência), deve o médico intervir de acordo com a lei e o CEM. A não ser neste caso, agir contra a vontade do paciente ou, no caso do impedimento deste, da família, implica em constrangimento ilegal, o que caracteriza infração penal e ética.

O professor Genival Veloso de França, em *Comentários ao Código de Ética Médica*, tece as seguintes considerações: “Por outro lado, o conceito de futilidade médica começa a ganhar espaço nas discussões sobre assuntos de bioética, principalmente nos casos de prolongamento da vida de pacientes gravemente enfermos e quadros considerados irreversíveis. Esta é uma situação muito delicada para o médico por tratar-se de uma condição de iminente perigo de vida num paciente grave, com comprometimento da vida de relação, como nos casos de coma, mas que não apresentam ainda os critérios para caracterização da parada total e irreversível das funções encefálicas, como recomenda a Resolução CFM nº 1.346/91. Hoje, tem-se como justificativa considerar um tratamento fútil aquele que não tem objetivo imediato, que é inútil ou ineficaz, que não é capaz de oferecer uma qualidade de vida mínima e que não permite uma possibilidade de sobrevivência”.

Art. 60 – É vedado ao médico: “*Exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos*”.

É considerado ilícito moral o médico exacerbar-se nos procedimentos do ato profissional como desproporcionar o diagnóstico ou prognóstico do paciente com o intuito de obter vantagem financeira, forjar a gravidade de uma doença apenas para justificar cobranças maiores ou para demonstração da sua capacidade e habilidade profissional como forma de vaidade pessoal.

Art. 61 – É vedado ao médico: “*Abandonar paciente sob seus cuidados*”.

§ 1º - Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§ 2º - Salvo por justa causa, comunicada a paciente ou a seus familiares, o médico não pode abandonar o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável, mas deve continuar a assisti-lo ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico”.

O médico não pode abandonar seu paciente pelo fato de o mesmo

apresentar uma doença crônica ou ser um doente em fase terminal. Sua missão, além de curar, é assistir, confortar e mitigar o sofrimento físico e psíquico. A assistência médica deve ser mantida e devem ser usados todos os recursos disponíveis, mesmo que a doença seja incurável ou o paciente terminal. Qualquer que seja a posição da equipe frente ao paciente terminal, é necessário que a família participe do processo de discussão e decisão, quando possível o próprio paciente, sempre com o objetivo de oferecer mais conforto e menos sofrimento para este. Mesmo sendo considerado como morte inevitável, o paciente não pode ser abandonado, nem práticas eutanásias devem ser adotadas. A grande polêmica no campo da Bioética é o uso de recursos ou procedimentos considerados inúteis, capazes de gerar desconforto e sofrimento ao paciente terminal e problemas de ordem financeira aos familiares.

Art. 65 – É vedado ao médico: *“Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política”*.

Não deve o médico aproveitar-se da fragilidade do paciente e familiares para a obtenção de qualquer vantagem. Na relação de confiança entre médico e paciente, a afeição e gratidão demonstrada pelo paciente ou seus familiares leva a que muitas das vezes estes cedam à solicitação do médico, causando-lhes constrangimentos. Nesta relação é fundamental que o objetivo do profissional seja o de recuperar a saúde e o bem estar-físico e mental do paciente, sem que haja qualquer tipo de vantagem.

1. CONCLUSÃO

“As decisões tomadas não podem levar em consideração apenas o interesse da empresa no aspecto de reduzir custos, mas tem de considerar, no processo de deliberação, as outras partes envolvidas, quais sejam: o médico, que não deve ser cerceado na sua liberdade de escolha da melhor prática terapêutica, e o paciente, no seu direito de decidir livremente se aceita ou não o tratamento proposto.

As considerações levantadas servem de reflexão para que as partes envolvidas discutam e cheguem a um acordo sobre os custos advindos dos referidos procedimentos e sua remuneração, observados os princípios das regras de mercado, da legalidade, da ética e do direito do paciente, desde que estas regras não venham interferir na qualidade do serviço prestado, sendo garantidas as plenas condições para o exercício ético da profissão.

No nosso entender, se o conteúdo das portarias motivar concretamente interferência na decisão e execução do ato médico e no direito do paciente, poderão ser consideradas antiéticas”.

Com efeito, as decisões tomadas pela Unimed-Cuiabá não devem ser consideradas apenas no seu aspecto empresarial e administrativo, já que interesses de pacientes, seus familiares e médicos cooperados também estão envolvidos.

As normatizações emanadas têm, portanto, aspectos administrativos e éticos. Os assuntos administrativos serão resolvidos mediante negociação entre as partes interessadas e quando envolvem questões éticas os Conselhos Regionais e/ou Federal de Medicina poderão intervir para resolver a demanda, seja através de mediação ou parecer específico da dúvida pertinente.

Finalmente, proponho o acatamento total do parecer do CRM/MT por parte do Conselho Federal de Medicina, bem como a sua divulgação, pela importância que o mesmo tem no relacionamento entre Unimed, paciente e médico cooperado.

Este é o parecer, CMJ.

Curitiba, 7 de janeiro de 2000.

Gerson Zafalon Martins
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 7069/99
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/4/2000

Palavras-Chave: normas de internação, taxas hospitalares
Key Words: hospitalizations standards, hospital fees

“É preciso colocar em dúvida, uma vez em nossa vida, todas as coisas que acreditamos ser verdade”.

René Descartes

VANTAGENS MATERIAIS DECORRENTES DE PESQUISA, PALESTRA CIENTÍFICA OU TRABALHO INFORMATIVO

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.595/2000

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

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

CONSIDERANDO que ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e com conceito da profissão;

CONSIDERANDO que o trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivo de lucro;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, laboratório farmacêutico, ótica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação ou comercialização de produtos de prescrição médica de qualquer natureza;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico obter vantagens pessoais, ter qualquer interesse comercial ou renunciar à sua independência no exercício da profissão;

CONSIDERANDO a necessidade de disciplinar a propaganda de equipamentos e produtos farmacêuticos junto à categoria médica,

RESOLVE:

Art. 1º - Proibir a vinculação da prescrição médica ao recebimento de vantagens materiais oferecidas por agentes econômicos interessados na produção ou comercialização de produtos farmacêuticos ou equipamentos de uso na área médica.

Art. 2º - Determinar que os médicos, ao proferir palestras ou escrever artigos divulgando ou promovendo produtos farmacêuticos ou equipamentos para uso na medicina, declarem os agentes financeiros que patrocinam suas pesquisas e/ou apresentações, cabendo-lhes ainda indicar a metodologia empregada em suas pesquisas – quando for o caso – ou referir a literatura e

bibliografia que serviram de base à apresentação, quando essa tiver por natureza a transmissão de conhecimento proveniente de fontes alheias.

Parágrafo-Único – Os editores médicos de periódicos, os responsáveis pelos eventos científicos em que artigos, mensagens e materiais promocionais forem apresentados são co-responsáveis pelo cumprimento das formalidades prescritas no caput deste artigo.

Brasília-DF, 18 de maio de 2.000.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 18/5/2000

Palavras-Chave: vantagens materiais, bonificação, propina
Key Words: pharmaceutical bonus, antiethical bonus promotion

Código de Ética Médica

É vedado ao médico:

art. 126 - Obter vantagens pessoais, ter qualquer interesse comercial ou renunciar à sua independência profissional em relação a financiadores de pesquisa médica da qual participa.

PRESCRIÇÃO COM CARIMBOS EM PRONTUÁRIOS

Parecer CFM

EMENTA

O uso de carimbos com nome e dosagem de medicamento, quando da prescrição, não é medida prática, pois limita a autonomia e liberdade do profissional médico, não devendo ser, portanto, utilizada.

PARECER

Através do ofício CFM nº 7.999/99, de 7/12/99, fui solicitado a emitir parecer em relação a indagação feita por um colega psiquiatra do estado de Goiás, ao Conselho Regional de Medicina daquele estado, quanto a possibilidade de utilização de carimbos com o nome e dosagem do medicamento, quando da prescrição do tratamento dos pacientes internados.

DA CONSULTA

Em 24 de julho de 1998, o médico Luiz Ladgero Pires – diretor técnico da Clínica Psiquiátrica Jardim América Ltda. faz a seguinte solicitação:

“Assunto: solicitação de parecer do CRM-GO sobre uma forma de prescrição em prontuário de pacientes internados na Clínica Jardim América.

Através do presente venho, respeitosamente, solicitar do CRM-GO a avaliação e, se possível, a autorização para execução de uma forma de prescrição em prontuário de paciente internado na Clínica Jardim América Ltda. (CJA), conforme o abaixo exposto e solicitado:

CONSIDERANDO que a prescrição médica de medicamento para o paciente internado na CJA é feita e assinada, com o respectivo carimbo, por médico do Corpo Clínico ou por médico externo que se identifica adequadamente junto à CJA;

CONSIDERANDO que as caligrafias são variáveis em termos de qualidade e que algumas prescrições poderão ser mal interpretadas até mesmo pelo farmacêutico ou pelo responsável pelo depósito de medicamentos;

CONSIDERANDO que a intenção da CJA é evitar o risco de qualquer possibilidade de erro quanto a se ministrar um medicamento diferente do prescrito;

SOLICITO de V. Excia. à permissão para utilizar, nos prontuários dos pacientes, carimbos onde constem os nomes dos medicamentos prescritos, continuando, no entanto, a ser exigido o registro manuscrito da evolução clínica e a assinatura do médico responsável pela prescrição”.

DOS FATOS

O CRM de Goiás, em Sessão Plenária do dia 3/9/98, apreciou o parecer do conselheiro Reginaldo Bento Rodrigues, favorável à solicitação, tendo na ocasião sido apresentado pedido de vista pela conselheira Ana Maria, condição esta que conseqüentemente adiou a decisão do Conselho Regional. Quando da apreciação do parecer de vista, cujo teor não modificava o mérito

do parecer original, novo pedido de vista foi solicitado, desta vez por parte do conselheiro Wanderly Barbosa Campos. Em 13/5/99, em nova Sessão Plenária do CREMEGO, o parecer de vista do conselheiro Wanderly foi apreciado e aprovado por unanimidade, cujo conteúdo divergiu frontalmente do primeiro parecer. Este fato motivou o consulente a se dirigir ao CFM por não aceitar a decisão do Conselho Regional e questionar, de maneira equivocada, a existência de duas decisões por parte do Conselho Regional.

DA DISCUSSÃO

O presente protocolo deve ser analisado à luz da legislação vigente, cujo teor transcrevo nas suas partes fundamentais:

- a) Código de Ética Médica – Artigo 39: “(É vedado ao médico) Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos”.
- b) Lei nº 5.991 – 17/12/73 – Artigo 35: “Somente será aviada a receita: a) que estiver escrita à tinta, em vernáculo, por extenso e de modo legível, observados a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais”;
- c) Decreto nº 793 – 5/4/93 – Artigo 35 – Inciso II: “Somente será aviada a receita médica ou odontológica que estiver escrita à tinta, de modo legível, observadas a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais, indicando a posologia e a duração total do tratamento”.

Fica claro que a legislação em vigor, tanto ética como legal, exige a legibilidade da prescrição médica, a qual o médico é obrigado a cumprir. No entanto, outras maneiras mais práticas – como datilografando ou digitando as prescrições – podem assegurar o cumprimento da lei, diferentemente da confecção de carimbos, cuja operacionalização, diante do amplo arsenal terapêutico de que dispomos, poderá vir a limitar a autonomia e liberdade do médico quando da prescrição.

Portanto, sou favorável ao parecer do conselheiro da instância “a quo”, aprovado por unanimidade em Plenário, que negou autorização ao consulente para utilizar na sua clínica com nome e dosagem de remédios nas prescrições dos pacientes internados.

É o parecer, SMJ.

Brasília, 1º de fevereiro de 2000.

Silo Tadeu Silveira de H. Cavalcanti
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 5338/99
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 15/3/2000

Palavras-Chave: prescrição com carimbo

Key Words: drug prescriptions, ruber stamp prescription

EXAME DE HIV APÓS A MORTE DO PACIENTE

Parecer CFM

EMENTA

Não pode ser realizado exame de HIV em sangue de paciente morto, que não deu, em vida, autorização para tal.

Em 20 de dezembro de 1999, recebe o CFM, via e.mail, consulta da sra. Priscila Abdalla, em que a mesma pergunta:

“Se um paciente dá entrada em um Pronto-Socorro com ferimento por arma de fogo, vindo a falecer logo em seguida e tendo colhida amostra de sangue para exames, gostaria de saber:

Se a esposa do paciente, após saber do falecimento do mesmo, solicitar ao médico o exame de HIV deste mesmo paciente, esse exame pode ser realizado? Mesmo após o óbito? Existe infração ética?”

O artigo 102 do CEM explicita que é vedado ao médico “revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Parágrafo único – Permanece essa proibição:

a. Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido”.

O sigilo profissional pertence ao paciente. Por dever de ofício deve estar o médico informado de particularidades referentes à privacidade do mesmo. Isto torna o médico impossibilitado de revelá-lo porque fere de maneira capital a confiança necessária à relação médico-paciente. No artigo 102 do Código de Ética Médica fica claro que esse respeito à privacidade do paciente permanece mesmo após sua morte.

Como exceção, considera-se a justa causa, o dever legal ou autorização expressa do paciente.

Em se tratando dos comunicantes sexuais, como seria o caso da viúva, poderíamos entender estar configurada a justa causa, que permitiria então, a revelação do diagnóstico. Mas entendo não ser este o caso. O morto não traz riscos para terceiros. Tem a viúva o direito de saber se foi contaminada, mas este conhecimento pode ser obtido através de exame laboratorial diagnóstico feito na própria, não se justificando a quebra de sigilo.

É o parecer, SMJ.

Brasília, 20 de março de 2000.

Pedro Pablo Magalhães Chacel
Com. Relator

Processo-Consulta CFM nº 11.690/99
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 14/4/2000

Palavras-Chave: exame de HIV, exame pos-mortem

Key Words: HIV test, pos-mortem test

DENSITOMETRIA ÓSSEA É UM DIAGNÓSTICO MÉDICO

Parecer CFM

EMENTA

Laudos implicam em conclusão diagnóstica, a qual é de responsabilidade médica. Portanto, compete a este profissional sua emissão.

O Dr. João Lindolfo Cunha Borges, presidente da Sociedade Brasileira de Densitometria Clínica, envia ofício ao CFM relatando que a densitometria óssea é um procedimento multidisciplinar de grande relevância para o diagnóstico precoce e acompanhamento da osteoporose.

Como existem no país algumas clínicas nas quais a parte da análise do exame é feita por operadores e não pelos médicos responsáveis, ele indaga se este é o procedimento adequado para uma clínica de diagnóstico.

Como sabemos, existem exames de imagem estáticos e dinâmicos. Assim, uma radiografia ou um exame de densitometria óssea são exames estáticos. O mesmo não ocorre com uma radioscopia ou exame de ultrasonografia. Nestes, a análise dos dados é dinâmica, dependendo, portanto, do médico para sua execução. O diagnóstico é sempre clínico; assim só pode ser dado por um médico, único profissional habilitado a fazer diagnóstico de entidades nosológicas.

Entendo que um profissional não-médico pode executar um exame de densitometria óssea, mas somente sua parte técnica. A análise dos dados obtidos tem, sempre, uma finalidade diagnóstica, exclusiva do médico, não podendo ser delegada a terceiros.

É o parecer, SMJ.

Brasília, 20 de março de 2000.

Pedro Pablo Magalhães Chacel
Com. Relator

Processo-Consulta CFM nº 6.541/98
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 14/4/2000

Palavras-Chave: densitometria óssea, ato médico, laudo médico
Key Words: bone densitometry, medical act, medical report

CURSO DE MEDICINA ALTERNATIVA NÃO EXISTE

Parecer CFM

EMENTA

Cursos alternativos de medicina não existem. Pessoas que se dizem formadas em cursos alternativos não exercem a medicina, enquadrando-se na categoria de curandeiros.

Este Conselho recebeu solicitação da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, para que tomasse conhecimento, examinasse e se manifestasse sobre a regularidade do Instituto Brasileiro de Medicina Quântica.

Tal solicitação deveu-se a ofício encaminhado pelo sr. procurador geral de Justiça do Ministério Público do Estado de São Paulo ao Excelentíssimo senhor doutor José Serra, Ministro da Saúde.

O Sr. procurador anexa o pedido contido no Ofício nº 963/99, oriundo do Grupo de Atuação Especial da Saúde Pública e da Saúde do Consumidor, subscrito pelo doutor Alexandre de Moraes, Digníssimo Promotor de Justiça.

Trata-se de representação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, objetivando apurar o exercício ilegal da medicina por parte do Instituto Brasileiro de Metodologia Quântica.

O CREMESP realizou vistoria no Instituto Brasileiro de Metodologia Quântica, de responsabilidade do prof. Dr. Victor José Freire Mattos.

Através da citada diligência, o CRM concluiu que:

1- No local vistoriado funciona um laboratório para realização de análise mineralógica de amostras de cabelo;

2- No local são ministrados cursos sobre Medicina Quântica, principalmente dirigidos a médicos que trabalham com medicina ortomolecular;

3- Embora o Dr. Victor afirme que é médico, não conseguiu definir bem o curso que fez na Faculdade de Ciências Médicas da extinta Universidade do Brasil, no Rio de Janeiro;

4- Não foi mostrado nenhum documento que indique ser o Dr. Victor médico, na medida que informou que perdeu seu diploma e que não tem registro no CREMERJ, o que confirmaram através de consulta telefônica naquele Conselho;

5- O Dr. Victor foi registrado no CRPM (Conselho Regional de Pesquisadores Médicos) sob nº 6257-RJ, sendo que há doze anos não houve renovação do registro;

6- O Dr. Victor esclareceu ao CRM que não atua como médico no local vistoriado e que quando precisa de serviços médicos solicita os serviços de seu amigo Dr. Eliomar Lourenço Rosa;

7- Além disso, apurou-se que o Dr. Victor ministra um curso no local para médicos e engenheiros sobre Medicina Quântica, existindo ainda no local um laboratório para análise mineralógica de amostras de cabelo. O Dr. Victor realiza o exame e envia o resultado para o médico solicitante, acompanhado de sugestões de tratamento onde sugere quais os medicamentos que podem ser prescritos e o médico segue a orientação que quiser.

Devidamente oficiado a manifestar-se sobre a representação o Instituto Brasileiro de Medicina Quântica esclareceu que o IBMQ não é um estabelecimento hospitalar, nem uma clínica e portanto não possui instalações que possam ser empregadas em qualquer dos dois sentidos como pode ser verificado por estar instalado em um prédio de escritórios.

O Dr. Victor J. F. Mattos, criador e dirigente do Instituto ressaltou ser o principal objetivo da Instituição a realização de um curso particular de Medicina Quântica ministrado principalmente para médicos e engenheiros. Esclareceu que o mencionado curso teria um caráter cultural e uma abordagem do ser humano segundo o ponto de vista da física teórica.

Também informou possuir qualificação médica em Bioengenharia e Neuropsicologia, tendo sido Professor de Psicopatologia da Escola de Medicina e Saúde Pública da Universidade Católica de Salvador (BA), da Faculdade de Filosofia da mesma Universidade e do Instituto de Biociências da USP; salientando que nunca exerceu, nem exerce, a medicina convencional, não estando atualmente inscrito em nenhum Conselho Regional.

Afirmou, ainda, inexistir qualquer atendimento médico rotineiro no IBQM, o que ocorre, é o atendimento, em caráter particular, por parte de um dos médicos freqüentadores do curso a um de seus clientes, uma vez que acreditam ser importante a sua opinião, sendo tais atendimentos de inteira responsabilidade dos médicos que o realizam. Os citados atendimentos são realizados em uma sala do IBQM, mas nenhum exame convencional é realizado, bem como inexistem no Instituto instrumentos médicos de qualquer espécie. Ressaltou que, de forma alguma atende qualquer pessoa sem a presença de um médico, sendo o Dr. Eliomar Lourenço Rosa (CRM 11 413) muitas vezes solicitando por ser seu amigo pessoal e ex-aluno do IBQM.

Existe no Instituto, um pequeno laboratório de absorção Atômica, para a realização de exames mineralógicos.

O curso de Medicina Quântica existe há 6 (seis) anos e não está sujeito a qualquer norma ou critério determinados pelos CRMs, uma vez que tais entidades não possuem ingerência sobre atividades não reconhecidas como ciências médica no Brasil, sendo aqui definidas como procedimentos alternativos não regulamentados por lei.

Além do citado curso o IBQM presta serviços à comunidade como laboratório (pequeno) no qual são realizados testes mineralógicos de qualquer tipo de amostra como: solo, água, elementos minerais, matéria prima para indústrias e cabelos humanos.

A fim de comprovar as alegações acima elencadas foram anexados diversos documentos.

Com o objetivo de esclarecer no que consiste sua atividade, Dr. Victor anexou um livro escrito por ele com o título de "A Física Quântica Explica a Homeopatia" e o roteiro de seu Curso de Medicina Quântica Integral (módulo I e II).

Diante do exposto, o Sr. promotor de Justiça determinou que se oficiasse ao Ministério da Saúde para que informe da regularidade do Instituto Brasileiro de Metodologia Quântica e a legislação Ministerial sobre o assunto."

Em 17/12/99, a Coordenação Geral de Desenvolvimento e Avaliação dos Serviços de Saúde declarou ter mantido contato com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVS, no sentido de obter as informações solicitadas pelo Promotor de Justiça do Ministério Público de São Paulo. A ANVS informou que a regularidade técnica do Instituto Brasileiro de Metodologia Quântica passa pelo reconhecimento do Conselho Federal de Medicina, e que não existe legislação ministerial pertinente. Finalmente, esclareceu que o ministério da Saúde só edita normas relativas a quaisquer áreas técnicas após o reconhecimento dos respectivos Conselhos Federais.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária sugere o encaminhamento do processo ao Conselho Federal de Medicina, para conhecimento e esclarecimentos a respeito do assunto.

COMENTÁRIOS E CONCLUSÃO

Não diz respeito a este Conselho a vistoria de laboratório mineralógico. Ressalte-se, entretanto, que de acordo com a comunidade médica mundial o estudo mineralógico de cabelo humano não tem respaldo para indicações terapêuticas.

Com pertinência à questão, a Resolução Conselho Federal de Medicina nº 1.500/98, em seu artigo 13, esclarece:

São métodos destituídos de comprovação científica suficiente quanto ao benefício para o ser humano sadio ou doente e, por essa razão, proibidos de divulgação e uso os procedimentos de prática ortomolecular, diagnósticos ou terapêuticos que empregam:

... VI) análise de fios de cabelo para caracterizar desequilíbrios bioquímicos;

O curso de Medicina Quântica é um curso particular. Se reconhecido, deverá selo pelo Ministério da Educação. A Medicina Quântica não é reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina. Segundo seu diretor é atividade não reconhecida como ciência médica no Brasil, sendo aqui definida como procedimento alternativo não regulamentado por lei. De acordo com as próprias palavras do Dr. Victor J.F. Mattos, não é exercício legal da Medicina.

A Faculdade de Ciências Médicas da extinta Universidade do Brasil não foi extinta, porque nunca existiu. A Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil chama-se, hoje, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O prof. dr. Victor J.F. Mattos perdeu seu diploma. Se existente, há dele registro no Ministério da Educação e Cultura, que permitirá facilmente ao prof. dr. Resgatar sua titularidade. Para o exercício da Medicina é necessário que o médico esteja inscrito em seu Conselho Regional. Além de não comprovar ser médico, o Dr. Victor não está inscrito no Conselho Regional de São Paulo. Ainda que médico, praticando a medicina sem registro no Conselho, seu exercício seria ilegal.

No IBQM praticam-se atendimentos realizados por médicos, mas o Instituto não tem alvará para esta destinação e não está registrado no CREMESP, bem como não possui registro do responsável técnico médico. Portanto, a existência desta prática é ilegal.

O prof. dr. Victor só atende com a presença de um médico. Entretanto, não pode o prof. dr. Victor atender mesmo com a presença de um médico, haja vista não estar registrado como médico no Conselho Regional de Medicina. Quando o Dr. Eliomar Rosa, entendo dever o CREMESP abrir sindicância para apurar seu comportamento ético, possivelmente acumpliciando-se com os que exercem ilegalmente a Medicina. (artigos 30 e 38 do CMF).

Não existem cursos alternativos de medicina. Pessoas que dizem formadas em cursos alternativos enquadram-se na categoria de curandeiros.

O CREMESP ao encaminhar sua representação ao Ministério Público de São Paulo, não teve dúvidas sobre o exercício ilegal da Medicina. Pediu providências ao Ministério Público, considerando sua representação óbvia. Não a viu como óbvia o Ministério Público e solicitou manifestação do Ministério da Saúde. Este, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, entendeu que as respostas deveriam ser dadas pelo Conselho Federal de Medicina.

Acreditamos que esta explicação seja agora considerada óbvia para o Ministério da Saúde e para o Grupo de Atuação Especial da Saúde Pública e da Saúde do Consumidor, e tenha as conseqüências legais esperadas.

É o parecer, SMJ.

Brasília, 16 de fevereiro de 2000.

Pedro Pablo Magalhães Chacel
Cons. Relator

Processo-Consulta .CMF nº 0015/2000
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 15/03/2000

Palavras-Chave: medicina alternativa, curandeirismo

Key Words: alternative medicine, charlatanism

Código de Ética Médica

É vedado ao médico:

art. 38 - Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina, ou com profissionais ou instituições médicas que pratiquem atos ilícitos.

LIMITAR O ATENDIMENTO DE PACIENTES DE PLANOS DE SAÚDE E PRIVILEGIAR PACIENTES PARTICULARES

PARECER CMF

EMENTA

Restringir o número de vagas para pacientes oriundos de convênios médicos, privilegiando pacientes particulares, sob a argumentação de baixa remuneração, é atitude eticamente reprovável. O direito do médico de escolher a quem prestar os seus serviços não comporta discriminação de qualquer natureza.

DA CONSULTA

A Cooperativa de Trabalho Médico Unimed-Fortaleza, através de seu presidente Dr. Darival Bringel de Olinda, encaminhou a este Conselho Federal de Medicina consulta que tem por motivação, segundo afirma em sua correspondência, as constantes reclamações oriundas de usuários em decorrência de possíveis discriminações por parte de alguns cooperados que privilegiariam os pacientes particulares em detrimento dos usuários da cooperativa.

De forma a tornar bastante explícito o conteúdo de sua consulta, o presidente da Unimed-Fortaleza faz as seguintes indagações:

1. É ético e regular o médico dividir o seu horário de atendimento entre usuários de planos de saúde e pacientes particulares, restringindo o tempo para atendimento dos primeiros?
2. Tal divisão e discriminação de horários se constitui em discriminação de pacientes?

DA LEGISLAÇÃO

Diversos são os dispositivos do Código de Ética Médica (CEM) que podem ser evocados na análise da questão suscitada pela consulta.

Em seu artigo primeiro, o CEM diz ser a Medicina uma profissão a serviço do ser humano e da coletividade, devendo ser exercida sem discriminação de qualquer natureza. Com iguais enfoques, existem os artigos 9º e 47 que dizem, *in verbis*:

Princípios fundamentais

Art. 9º - A Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio.

.....
.....
É vedado ao médico:

"Art. 47 - Discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto."

O artigo 7º afirma, por outro lado, que "o médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente".

DO PARECER

O médico, em seu consultório, representa a última trincheira de uma Medicina romântica e liberal que o tempo e a evolução caminham para eliminar. A questão levantada expõe de forma clara uma das características atuais do fazer médico: a interferência de terceiros no seu mister.

A nova ordem na prática médica não mais contempla à clássica tríade médico - paciente, mas sim uma tríade constituída pelo médico, o paciente e o plano de saúde. Tal situação implica, para o médico, novos compromissos, os quais interferem nas suas atividades diárias.

As questões daí provenientes são: em que nível ocorre estes novos compromissos; qual a extensão e, principalmente, como podem interferir na relação médico - paciente.

De um lado, temos a capacidade do médico para dispor de seu ofício ao seu talento, no limite ético do artigo 7º do CEM. Esta capacidade, vista pela ótica da legalidade, daria o embasamento ético para que o médico indicasse o limite de sua disponibilidade para determinado convênio, delimitando, assim, os dias e horas em que estaria disponível para os seus associados.

Desta forma, estaria o médico agindo eticamente ao privilegiar um paciente particular em detrimento de um conveniado, quando a negativa do atendimento se desse dentro do acordo previamente ajustado?

Visto sob a ótica do artigo 7º, parece que a resposta é sim; afinal, quem pode mais pode menos! Portanto, parece lógico pensar que se o médico pode recusar-se a tratar de um doente, poderá também limitar sua disponibilidade para o atendimento do mesmo.

Tal conclusão espelha, de forma exemplar, um raciocínio sofista, com subversão do silogismo lógico, ao se partir de premissas verdadeiras para se alcançar uma conclusão falsa.

Vejamos como isso se dá. O direito de o médico pactuar a forma como oferece os seus serviços aos convênios não se confunde com a sua obrigação para com os pacientes que o procuram.

O médico pode recusar-se a ser conveniado ou cooperado com base no entendimento de que é mal remunerado. No entanto, uma vez acordada a sua participação no quadro de médicos referenciados, este argumento não mais pode ser utilizado para discriminar pacientes.

O paciente que procura ajuda médica traz como maior riqueza a sua humanidade – a qual e por si só basta e é suficiente.

O direito de considerar-se mal remunerado permite ao médico denunciar o pacto realizado com a cooperativa ou o convênio. Jamais poderá, contudo, qualificar ou quantificar o seu trabalho com base no *quantas* recebido. A adoção de mecanismos discriminadores, com base na capacidade econômica do paciente, configura, sem dúvida alguma, infração ética.

Diferenciar pacientes, dificultando muitas vezes fraudulentamente o acesso ao consultório, com simulação de falsas pleoras de agendas, na busca de transformar o doente do convênio em doente particular, é atitude eticamente reprovável por fraudar, humilhar e subjugar o ser humano, com o agravante de fazê-lo quando este se encontra fragilizado pela doença.

Palmilhar estes caminhos é transformar a Medicina em ato de mercancia, onde teremos serviços médicos de todos os quilates e preços; adequando-se cada um (talvez!) à remuneração recebida.

CONCLUSÃO

Perante o exposto, entendo que o médico, tendo acordado com o convênio ou cooperativa uma determinada forma de pagamento, não mais pode discriminar, com base na argumentação de que é mal remunerado, os pacientes deles oriundos, dificultando o acesso aos consultórios, com adoção de limites de vagas ou outros artifícios. A atitude eticamente aceita, para situações desta natureza, é a suspensão global do atendimento ou o descredenciamento.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 5 de fevereiro de 1997

Edson de Oliveira Andrade
Cons. Relator

Processo-Consulta CMF nº 3556/95
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 17/03/2000

Palavras-Chave: planos de saúde, paciente conveniado, atendimento privilegiado
Key Words: health coverage, privileged attendance, health plan

O MÉDICO E O EXAME DE HABILITAÇÃO PARA CARTEIRA DE MOTORISTA

Parecer CFM

EMENTA

Não pode o médico assinar laudos realizados por outros profissionais, não há dispositivo legal para exigência de título de especialista em medicina e não é atitude antiética a solicitação de parecer sobre o assunto a outras entidades.

DA CONSULTA

O Departamento Nacional de Trânsito – DENATRAN encaminha, através do ofício n.º 135/00, de 10 de fevereiro de 2000, consulta ao Conselho Federal de Medicina, com o seguinte teor:

“É com prazer que o Departamento Nacional de Trânsito – DENATRAN, busca o referido Conselho com o objetivo de democratizar discussões em todos os níveis, bem como trazer para si dispositivos ético-legais que substanciem suas decisões, portarias e legislações.

Com este propósito apresentamos documento referente a exames médicos-psicológicos a serem realizados aos candidatos a habilitação profissional (passageiro e cargas), que está sendo discutido a nível de Mercosul.

Esta proposta que segue em anexo é a que vem sendo discutida pelo Subgrupo n.º 05, face à complexidade do assunto, estamos compartilhando a discussão também, com técnicos do Ministério da Saúde (Médico e Psicólogo). Aproveitando a oportunidade para também analisar alguns aspectos da Resolução n.º 80 – CONTRAN que é nacional, e que segue em anexo.

A nossa consulta pode ser dividida em 02 (dois) segmentos:

1) - Análise geral da proposta para exame de habilitação a candidatos a carteira de motorista em nível profissional (passageiro e cargas), em seu caráter ético-profissional.

2) - Em outro segmento mais específico:

a) – Pode o médico assinar laudos de testes e exames realizados pelo profissional da psicologia?

b) – Existe algum dispositivo legal que obrigue o DENATRAN a exigir curso de especialização ou título de especialista, aos profissionais médicos que se propõem a ser médico perito examinador de candidatos a habilitação de automotores?

c) – É considerado pelo Conselho Federal de Medicina, atitude antiética o fato do DENATRAN, ter solicitado pareceres sobre o mesmo

documento que entregamos ao vosso Conselho, à diversas Sociedades Médicas especializadas e reconhecidas (otorrinolaringologia, endocrinologia, cardiologia, reumatologia, ortopedia, psiquiatria, oftalmologia, neurologia e neuro-cirurgia), em realação a ABRAMET?"

DO PARECER

A proposta em debate no subgrupo de trabalho nº 05 (SGT-5), para o Mercosul, em muito se assemelha à Resolução nº 80 do CONTRAN, de 19 de novembro de 1998, a qual é uma evolução no processo de formação das exigências brasileiras para a obtenção da permissão para dirigir.

O Conselho Federal de Medicina, por sua vez, participou e contribuiu nesse processo de formação quando, através do conselheiro Salomão Baruki, em 1986, prestou assessoramento nos debates a elaboração dos critérios a serem adotados para o exame de sanidade física de candidatos à habilitação de condutores de veículos automotores, como se pode ver no Parecer-Consulta nº 1.467/86, do CFM. Um outro fato relevante foi o reconhecimento da Medicina de Tráfego como especialidade médica, através do parecer nº 3.325/92, do conselheiro Nilo Fernando Rezende Vieira, aprovado em Sessão Plenária de 11 de março de 1994.

A complexidade do tema levou o DENATRAN a enviar a presente consulta para o Ministério da Saúde, sociedades de especialidades e Associação Brasileira de Acidentes e Medicina de Tráfego (ABRAMET), visando obter, provavelmente, um maior número de opiniões a respeito do assunto ora em tela. Portanto, com relação aos aspectos técnicos específicos, as outras instituições poderão contribuir de maneira significativa nas discussões sobre os exames e critérios médicos de aptidão. Ao CFM cabe responder aos quesitos formulados em relação à sua atividade fim de supervisor/disciplinador da Ética Profissional.

A primeira parte da consulta refere-se a uma análise geral na proposta para exame de habilitação a candidatos à carteira de motorista profissional (passageiros e cargas), em seu caráter ético-profissional. No tocante a esse aspecto, faremos uma abordagem genérica: inicialmente, faz-se necessário definir que o tema em análise "Requisitos para o outorgamento de licenças para profissionais de condução (Anexo A – Exames e critérios Médicos de Aptidão) trata de um exame médico pericial e, conseqüentemente, da qualificação do médico examinador em perito. Segundo Elias Tavares de Araújo, em *Desafios Éticos*. "O médico que assume esse papel deve ter boa formação médica, manter-se atualizado com as diversas técnicas utilizadas visando conclusões seguras e acompanhar a evolução da legislação que define os procedimentos nessa área".

Assim, o médico investido nessa função deve ter a consciência de que deve obedecer a uma variada e complexa relação de leis, decretos, resoluções e outros que, ainda segundo Elias de Araújo, "estabelecem os limites de atuação dos setores administrativos e indicam quais as competências e atribuições do médico investido em função pericial".

No nosso Código de Ética Médica (CEM), em seus artigos 118 a 121, pode-se observar os princípios a serem perseguidos pelos médicos peritos-

examinadores. Para Genival Veloso de França: "O atributo mais considerável e mais exigido de quem avalia é a isenção. Por isso, o perito tem de comportar-se dentro de uma linha de imparcialidade que justifique a credibilidade de suas atribuições".

No que diz respeito à segunda parte da consulta, o DENATRAN solicita resposta a três quesitos:

Primeiramente, é feito o questionamento de se o médico pode assinar laudos de testes e exames realizados pelo profissional de psicologia. O artigo 119 do Código de Ética Médica preceitua que é vedado ao médico "Assinar laudos periciais ou de verificação médico-legal, quando não o tenha realizado, ou participado pessoalmente do exame" – esse fato, segundo Genival Veloso de França, além de representar infração ética constitui crime de falsidade ideológica, capitulado no nosso diploma penal.

No Brasil, a profissão de psicólogo é regulamentada pela Lei nº 4119/62 e pelo Decreto nº 53.464/64, o item 6 do artigo 4º da lei, pertinente às funções do psicólogo, preceitua que: "É função do psicólogo realizar perícias e emitir pareceres sobre matéria de psicologia."

A Resolução nº 80/98/CONTRAN, em seu anexo II, item 6.9, é clara ao afirmar que "A realização da avaliação psicológica é de exclusiva responsabilidade do profissional psicólogo, bem como seus resultados".

Portanto, pelo exposto, a resposta ao primeiro quesito é NÃO.

A seguir, o DENATRAN pergunta se há algum dispositivo legal que o obrigue a exigir curso de especialização ou título de especialista aos profissionais médicos que se propõem a ser médico-perito examinador de candidatos à habilitação de automotores?

No artigo 153 da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro, lê-se que "O candidato habilitado terá em seu prontuário a identificação de seus instrutores e examinadores, que serão passíveis de punição (...)" Ora, se o médico examinador, pode ser punido pelo ato médico realizado, além do que "Exige-se de quem elabora e assina um laudo pericial, capacidade técnica comprovada e idoneidade naquilo que afirma como resultado de suas conclusões" (Genival Veloso), teríamos a *priori* necessidade da especialização ou capacitação para tal.

Em seu conceito, a Medicina do Tráfego, dentre várias atribuições, propõe-se a estudar as causas dos acidentes de tráfego, bem como propor formas de prevenção e colaborar no ordenamento legal do tráfego.

O jurista uruguaio Dr. Carlos Tabasso Cammi, especialista em Direito Viário, retrata muito bem o papel dessa especialidade pois, segundo ele: "O ser humano é o núcleo da atividade no processo de criação, esclarecimento e aplicação da lei à medicina, e dentro dela a especialidade da Medicina do Tráfego tem desempenhado um papel fundamental no triplo papel de dar conteúdo às normas, explicá-las e aplicá-las."

Pelo exposto, seria recomendável que o perito examinador fosse especializado em Medicina do Tráfego ou possível curso de capacitação para tal, mesmo entendendo-se que especialidade médica é apenas um *plus* na

profissão e que qualquer médico pode desempenhar a função de perito examinador. O professor Genival Veloso de França, em comentários ao Código de Ética, afirma que para exercer a perícia médica há necessidade de "Profissionais qualificados e experientes, com habilitação no âmbito da medicina".

Respondendo, portanto, ao segundo quesito, a resposta é NÃO.

Finalmente, é perguntado se o CFM considera atitude antiética o fato de o DENATRAN ter solicitado pareceres sobre o mesmo tema às diversas sociedades médicas especializadas, como otorrinolaringologia, endocrinologia, cardiologia, reumatologia, ortopedia, psiquiatria, oftalmologia, neurologia e neuro-cirurgia, em relação à ABRAMET?

A ABRAMET é definida em seu estatuto como uma sociedade civil de caráter científico, filiada à Associação Médica Brasileira, sem finalidade lucrativa, que congrega profissionais especialistas em Medicina de Tráfego e que dentre vários objetivos estatutários, possui os de: "Realizar intercâmbio científico com entidades congêneres, em nível nacional e internacional", e "manter contato com médicos de especialidades afins e com profissionais outros que exerçam atividades relacionadas à Medicina de Tráfego". Logo, deduz-se que, estatutariamente, deve a ABRAMET manter intercâmbios, o que nos faz parecer que o DENATRAN – Departamento Nacional de Trânsito, ao solicitar pareceres a outras sociedades de especialidades, não teve atitude antiética. Muito pelo contrário, como refere seu diretor-geral no ofício que originou nosso parecer, a intenção do mesmo era a de democratizar as discussões em todos os níveis. Portanto, com relação ao terceiro questionamento, nossa resposta é NÃO.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 10 de abril de 2000

Ricardo Fróes Camarão
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 1113/2000
Parecer Aprovado
Sessão Plenária em 14/04/2000

Palavras-Chave: carteira de motorista, exame de habilitação, laudo médico
Key Words: driver licence, driver test, medical report

PRESEÇA DO PEDIATRA NO MOMENTO DO PARTO. SEGREDO MÉDICO PARA MENOR DE IDADE COM VIDA SEXUAL ATIVA

Parecer CFM

EMENTA

Não há obrigação legal quanto a presença de médico pré-natalista no momento do parto, mas sim ética. Não há obrigatoriedade da presença de auxiliar na sala de exame; no entanto, é importante para preservar falsas interpretações.

O segredo médico em atendimento de menores deve ser analisado caso a caso, em princípio deve ser mantido.

DA CONSULTA

O Dr. Marcello Lopes, de Santos/SP, CREMESP 73032, solicitou, via Internet, que este egrégio Conselho Federal emitisse parecer sobre consulta formulada nos seguintes termos:

- "1) Pacientes sob minha assistência pré-natal no consultório: Existirá obrigação legal, na presença do médico que a assiste nas consultadas de pré-natal, no momento do parto, ou nas complicações que possam existir durante a gestação; ou poderá ser encaminhada à equipe médica de plantão hospitalar, sem qualquer complicação jurídica ao médico pré-natalista?
- 2) Pacientes menores de idade, com vida sexual ativa, procuram médico ginecologista mas solicitam segredo para com o responsável sob tal condição. Caso responsável pela menor solicite tais informações, como devo proceder?
- 3) Existe obrigatoriedade de auxiliar de enfermagem na sala de exames?"

PARECER

1) No que concerne à assistência pré-natal, entendemos que é estabelecida a relação médico-paciente e que esta deverá ser considerada em consonância com os princípios éticos do exercício profissional.

É obvio que, ao aceitar a assistência pré-natal a uma paciente o obstetra estará assumindo o compromisso de atender-lhe em qualquer intercorrência, excetuando-se, naturalmente, as urgências ou emergências que possam surgir, com necessidade de atendimento hospitalar, por equipe de plantão. Mesmo assim, se solicitado, deverá procurar entendimento com a

paciente e/ou familiares, para esclarecimento e definição de responsabilidades até a solução do caso.

É oportuno lembrar que, ao aceitar a responsabilidade de assistência pré-natal, o médico deve estar plenamente consciente de que terá de assistir a paciente enquanto esta o desejar, até a internação. Desde logo, deverá preencher o cartão ou carteira da gestante, com todos os dados referentes à paciente, inclusive resultados de exames clínicos e complementares realizados. Deverá, ainda, informá-la sobre a possibilidade de intercorrências importantes que possam vir a ocorrer e que devem ser comunicadas ao médico assistente, bem como as maternidades ou hospitais que poderão ser procurados, quando necessário, e as condições de realização dos atendimentos (por equipe de plantonistas ou chamado do médico assistente), tudo muito bem esclarecido e de comum acordo. É claro que, em gravidez de risco esses cuidados serão mais importantes.

Cumpra observar que a Lei nº 8.069, de 13.7.90 – Estatuto da Criança e do Adolescente -, no seu art. 8º, reza:

“É assegurado à gestante, através do SUS, o atendimento pré e perinatal.

§ 2º - A parturiente será atendida preferencialmente pelo mesmo médico que a acompanhou no pré-natal”.

Portanto, o médico assistente deverá, desde o início, estabelecer as condições de atendimento, deixando bem claro como será feita a assistência e se a gestante aceita tais condições, para evitar desentendimentos (e aborrecimentos) futuros. E, sobretudo, preencher cuidadosamente o prontuário da mesma.

Concluindo, não nos parece haver uma obrigação legal quanto à presença do médico pré-natalista no momento do parto, pois pode até não ser encontrado, mas é uma obrigação ética que deve ser levada em conta, e mesmo ser feito um esforço para bem cumpri-la, condicionando à boa relação médico-paciente que, em determinadas circunstâncias, poderia até ensejar questionamentos éticos.

2) No que diz respeito a paciente menores de idade, com vida sexual ativa e que exigem segredo médico, a questão é delicada, envolvendo aspectos subjetivos que devem ser ponderados:

Iniciando pelas normas éticas, temos as seguintes:

DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA:

Art. 11 – “O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade”.

É VEDADO AO MÉDICO:

Art. 102 – “Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Parágrafo único – Permanece a proibição:

a) - Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido.

b) - Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.”

Art. 103 – “Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente”.

Flaminio Favero refere que em se tratando de menores o segredo pertence a estes, mas, às vezes, faz-se necessário que os pais, tutores ou outros responsáveis conheçam o fato secreto, para que o tratamento idôneo se faça e a proteção indicada se realize.

Assim, o segredo não pode subsistir. Tratando-se de sevícias em menores, se o fato continuar o médico deve romper com o segredo.

Comentando o artigo 103, vejamos o posicionamento do mestre Genival Veloso França:

“Nada mais justo que agir dessa forma. Não há porque se invocar aqui a incapacidade dos menores de 16 anos atribuída à nossa legislação civil. Isso tem sentido expresso às questões civis sobre a disponibilidade de bens e sobre a promoção dos atos jurídicos.

Assim, por exemplo, se uma menor de idade procura um médico para aconselhar-se da forma mais correta de não engravidar, através de um método anticoncepcional, é justo que ele assuma esse compromisso, orientando-a quanto às vantagens do método e, até, para evitar situações mais constrangedoras no futuro. O que ele não pode, está claro, é levar esse fato ao conhecimento dos pais ou responsáveis da menor.

Todavia, o artigo em discussão deixa bem evidente que, diante de uma situação grave, de uma morbidade complexa ou quando o menor não pode por si mesmo avaliar seu problema ou resolvê-lo por seus meios: o médico está liberado para discutir, da forma mais conveniente junto à família ou aos representantes legais, sobre o que ele julga de importância para o caso. Nas situações de envolvimento afetivo ou mora, o médico deverá avaliar a capacidade de solução do menor e maneira de entendimento dos familiares que sejam mais compreensivos”.

Sobre o mesmo artigo, o Dr. Léo Meyer Coutinho tece suas considerações fazendo referência ao Código Civil que dá aos pais a obrigação de sustentar, instrução, inclusive a assistência médica aos menores. No entanto, silencia em outros aspectos como amadurecimento, precocidade e discernimento dos jovens. E assim prossegue, *in verbis*:

“O médico ao atender um menor, sem a presença dos pais ou tutores de direito ou de fato, assume responsabilidade de monta. Quando o motivo de atendimento é ocorrência que não envolve nenhum aspecto criminal de que não seja necessário tratamento cirúrgico. Neste caso, salvo nas urgências, é fundamental a presença e consentimento dos pais.

Se o menor está sendo vítima de algum crime, notadamente da esfera sexual, é importante lembrar, especialmente quando menor de 18 anos, que o Código Penal, certa ou erradamente, ainda prevê o crime de sedução e/ou corrupção de menores.

Deve-se avaliar criteriosamente a situação. É verdade que alguns pais não têm a capacidade de assimilar situações desse tipo, causando maiores danos aos filhos. Entretanto, é comum que o menor seja melhor compreendido por outros parentes, tios, irmãos mais velhos, etc. Deve o médico tentar fazer com que o próprio paciente, sob orientação enfrente o problema com os familiares”.

Em conclusão, há necessidade de realizar-se uma avaliação individual caso a caso, principalmente em vista dos dispositivos legais existentes e que excetuam a manutenção do segredo médico.

3) Quanto ao item 3, que questiona sobre a obrigatoriedade de auxiliar de enfermagem na sala de exames, confessamos desconhecer qualquer recomendação ou norma a ser obedecida, a não ser o Decreto nº 94.406, de 8/6/87, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, que em seu artigo 11 expressa: “O auxiliar de enfermagem executa atividades auxiliares de nível médico, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

1 – Preparar o paciente para consultas, exames e tratamento.

Não obstante, achamos que sua participação relaciona-se à organização e rotina de cada serviço médico, desde o consultório privado do profissional até os serviços médico-hospitalares de instituições privadas ou públicas.

Em princípio, dada a dificuldade de encontrarmos subsídios pertinentes, acreditamos que, excluídos os consultórios particulares, cuja organização é de plena responsabilidade de cada profissional, nas instituições há que se respeitar o regimento interno das mesmas, as atribuições dos diretores técnico e clínico, responsáveis por seu funcionamento no que concerne à supervisão, coordenação

e todos os serviços técnicos que lhes são subordinados, seja nos consultórios, ambulatórios, salas de curativos, exames, etc. com seu respectivo pessoal inteiramente entrosado com toda a estrutura administrativa, viabilizando a otimização do seu desempenho. É nesse contexto que seria possível estabelecer-se a obrigatoriedade ou não da presença de auxiliar de enfermagem na sala de exames, dependendo da natureza destes e da necessidade ou não de contar com uma auxiliar, não só por comodidade e condições técnicas mas também por respeito a princípios éticos que possam transmitir maior tranquilidade e confiança à paciente. Não seria exagero dizer que, assim agindo o próprio profissional estaria preservando as relações médico-paciente, bem como resguardando-se de falsas interpretações, que poderiam resultar em denúncias, tão frequentes nos últimos tempos.

Este é o parecer SMJ.

Brasília, 10 de fevereiro de 2000.

Ricardo Fróes Camarão
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 8965/99
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/4/2000

Palavras-Chave: pediatria neonatal, assistência neonatal, confiança sexual, vida sexual

Key Words: neonatal pediatrist, infant newborn attendance, sexual secrecy, adolescence sexual life

MORTE ENCEFÁLICA E ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE

Parecer CRMPR

A Dr^a. Michele Rocio Maia Zardo, Promotora de Justiça da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública, solicita deste Conselho, informações sobre de que forma o profissional médico deve agir em caso de coma tido como não reversível e qual a diferença entre este e a morte cerebral, bem como de que forma deverá o médico agir para constatar e atestar a morte cerebral.

Aos questionamentos da Senhora Promotora tem a Comissão de Transplante a aduzir:

COMA

O estado de Coma é uma síndrome caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas que pode ter várias etiologias, e representado por manifestações clínicas importantes, que indicam uma falência dos mecanismos normais de manutenção do estado de consciência.

“É um estado em que o indivíduo não demonstra conhecimento de si próprio e, do ambiente, caracterizado pela ausência ou extrema diminuição do nível de alerta comportamental (nível de consciência), permanecendo não responsivo aos estímulos internos e externos, com os olhos fechados, e que decorre de lesão ou disfunção do sistema reticular ascendente, de lesão difusa do córtex cerebral ou de ambas”.

O exame do paciente em coma, em geral segue a orientação da metodologia de Plum e Posner e da escala de Jennet e Teasdale (Glasgow), que classificam a intensidade, gravidade e prognóstico da situação comatosa.

Quanto maior for o déficit motor, sensitivo, do tônus, dos reflexos, do nível de consciência e outras manifestações neurológicas, maior a gravidade prognostica.

Estado grave de coma profundo, prolongado, onde existem ainda algumas poucas atividades ou respostas neurológicas reflexas, tem sido denominada de estado vegetativo persistente (Jennett). Deste estado de coma profundo, onde em geral só as funções vegetativas estão presentes, poucas vezes o paciente pode ter, depois de algumas semanas ou meses, algum grau recuperação do estado vegetativo, mas mesmo assim, quase sempre com graves seqüelas. Neste estado de coma profundo ou vegetativo persistente, mantém-se algumas atividades reflexas, vegetativa, de atividade elétrica encefálica e alguma atividade respiratória, podendo o paciente assim permanecer não reversível por meses ou anos, terminando com a morte.

Do estado de coma profundo, o paciente pode passar mais ou menos rapidamente para o de vegetativo, do qual é na maioria das vezes difícil sua recuperação integral.

Dentre as causas de coma estão os traumatismos, tumores, processos vasculares, infecciosos, desmelinizantes, intoxicações e outros.

A terapêutica do coma pode ser inespecífica ou específica, dependente da causa ou etiologia do processo que está determinando o sofrimento das células neurológicas encefálicas.

Se o estado de coma será ou não reversível, é apenas um prognóstico estatístico, estabelecido pela adequada ou inadequada resposta neurológica do encéfalo (cérebro, cerebelo e tronco cerebral) e as alterações clínicas gerais, como oxigenação, pressão arterial, função renal, pulmonar, etc.

Quanto mais dias se passe em coma profundo, pior o prognóstico estatístico. Após 3 ou 4 semanas, a chance de permanecer vegetativo é bastante considerável estatisticamente.

O quadro do estado de morte encefálica é de curta duração pela falência completa dos órgãos, de poucos dias, ao contrário da maioria do estado vegetativo, que pode ter uma condição evolutiva prolongada.

MORTE ENCEFÁLICA

Com o advento nos últimos 30 anos, especialmente das UTIs e do uso dos recursos terapêuticos e de mecanismos de controle artificial respiratórios, pacientes em coma profundo (coma depressé) puderam ser mantidos vivos por um período mais prolongado, quando anteriormente morriam. Uma melhor avaliação destas situações, permitiu o surgimento e conhecimento do estado denominado morte encefálica, no qual, embora persista o batimento cardíaco, mas, sem atividade respiratória (só mecânica), o paciente irreversivelmente termina em horas ou dias em parada cardíaca. Todos os pacientes em morte encefálica estão em parada respiratória e só o auxílio da respiração mecânica permite mantê-los até por alguns dias nesta condição, pois, sem a oxigenação respiratória haveria parada cardíaca em horas ou minutos.

Neste estado, o paciente não tem mais nenhuma atividade cerebral (encefálica) e o seu diagnóstico traduz uma condição irreversível, ou seja, o paciente está cientificamente e irreversivelmente morto, porque mesmo que se utilize todas as terapêuticas e procedimentos possíveis, ele terminará em parada cardíaca. Por este fato, o estado de morte encefálica, um critério científico de irreversibilidade da morte, permite desligar os suportes de vida utilizados até aquele momento e retirar ou não órgãos para transplante, porque o paciente embora com batimento cardíaco está morto.

O conceito de morte encefálica inclui o diagnóstico de certeza da cessação irreversível de todas as funções do encéfalo (cérebro, cerebelo e tronco cerebral).

Os critérios para o diagnóstico do estado de morte encefálica foram estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina e devem em síntese incluir para pacientes maiores de dois anos de idade:

- 1- Causa conhecida da síndrome comatosa;
- 2- Ausência de causa reversível (intoxicação, hipotermia, etc.);
- 3- Ausência de resposta a estímulos;
- 4- Ausência de funções do tronco encefálico;
- 5- Apnéia e teste de apnéia não responsivo;
- 6- Exame complementar encefálico alterado;
- 7- Período de observação variável, com 2 exames clínicos, sendo o segundo após 6 horas do primeiro e a realização de um exame complementar a escolha e, com 12 horas de intervalo se não for realizado exame complementar.

A diferenciação entre Morte Encefálica (ME) e Coma Irreversível ou Estado

Vegetativo Persistente (EPV) não apresenta nenhuma dificuldade do ponto de vista médico.

Na aprovação do estado de ME constata-se a morte da pessoa, caracterizada pela ausência definitiva de função no encéfalo, persistindo porém, o funcionamento de alguns órgãos espontaneamente ou com auxílio de aparelhos e drogas.

Os critérios de determinação da Morte Encefálica estão definidos na Resolução nº 1480/97 do Conselho Federal de Medicina e são reafirmados na Resolução nº 082/99 do Conselho Regional de Medicina do Paraná (anexos).

A partir da constatação da ME na UTI, deixa de existir a pessoa e passa a existir apenas um cadáver, mantido com vários aparelhos e drogas para sustentar funcionantes alguns órgãos, até o desligamento destes suportes para transplante ou não, ou a inexorável parada cardíaca. Neste momento o médico deverá preencher a Declaração de Óbito com a data e a hora da conclusão da determinação da ME.

O parecer do processo-consulta nº 7311/97 do CFM, o parecer nº 1232/00 e as Resoluções nº 082/99 e nº 085/2000 do CRM/PR, claramente aceitam que o médico tem o direito de retirar dos pacientes com ME comprovada, todos os suportes das funções vitais independentemente da vontade da família. Porém, poderá manter a seu critério os suportes vitais já instituídos, aguardando a inexorável parada cardíaca, mostrando-se sensível e suficiente para entender eventualmente as dificuldades desta ocasião e evitar um confronto inútil e traumático com os desejos contrários dos familiares.

Nas situações de coma irreversível ou EVP existe ainda algum grau de funcionamento do tronco cerebral, com uma lesão severa e difusa dos hemisférios cerebrais. Nesta situação o paciente deixa de ter vida voluntária, mantendo-se as funções básicas do organismo, tais como, ciclo de sono e vigília e reatividade a estímulos. Esta situação difere da ME, pois no EVP existe ainda vida na pessoa acometida, sendo a grande discussão nestes casos, se a manutenção do paciente com esta qualidade de vida é melhor ou pior do que a morte.

Face a Legislação Brasileira e o Código de Ética Médica, o médico não está autorizado a atuar ativamente facilitando a morte dos pacientes em EVP, nem está também obrigado a utilizar recursos extraordinários para manutenção deste tipo de vida nestes pacientes. A conduta a ser seguida e a real situação destes pacientes, deve ser discutida amplamente com os familiares.

É o parecer.

Curitiba, 25 de abril de 2000.

Dr. Ehrenfried O. Wittig
Dr. Carlos Eduardo Soares Silvado
Dr. Duilton de Paola

Dr. Julio Cesar Wiederkehr
Drª Maria Julia Camina Bugallo
Drª Rossana Mariza Jacob

Protocolo-consulta nº 2516/00
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 24/5/2000

Palavras-Chave: morte encefálica, estado vegetativo persistente, coma
Key Words: encephalic death, persistente vegetative state, coma

O ESTADO NÃO PODE EXTINGUIR OS CARGOS DE DIRETOR TÉCNICO E DIRETOR CLÍNICO

Parecer CFM

EMENTA

A extinção, por lei estadual, dos cargos de diretor técnico e de diretor clínico das instituições públicas de assistência à saúde contraria a Lei Federal nº 3.999/61, o Decreto Federal nº 20.931/32 e a Resolução CFM nº 1.342/91.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo – CRM/ES, encaminhou a este Conselho Federal, em 29.04.98, cópia de petição enviada ao procurador geral de Justiça daquele estado, referente ao assunto de direção técnica e direção clínica de instituições hospitalares. Não houve solicitação de parecer a este Conselho Federal, mas o CRM/ES, por seu presidente, enviou em 30.01.98 um ofício ao CFM “reiterando” um pedido de manifestação.

Apesar de o CRM/ES não ter solicitado posicionamento formal do CFM, mas sim apenas encaminhado cópias de documentos enviados à Procuradoria Geral de Justiça do Espírito Santo, a Diretoria do CFM entendeu que deveria manifestar-se sobre o assunto e, desta forma, passamos a fazê-lo.

O governo do Estado do Espírito Santo publicou a Lei n 5.588, a qual extingue o cargo de diretor clínico de diversas unidades hospitalares daquele estado e cria uma instância denominada “Comissão de Ética Hospitalar”, com prerrogativas de diretor técnico, de Comitê de Pesquisa e de Comissão de Ética Médica.

Ante tal fato, o CRM/ES protestou junto ao Procurador Geral de Justiça referindo-se aos diplomas legais vigentes da esfera federal, que estariam sendo desrespeitados (Lei nº 3.999/61 – art. 15 e Decreto nº 20.931/32).

Entretanto, a Procuradoria não aceitou as razões apresentadas pelo CRM/ES e mandou arquivar os autos, não reconhecendo dispositivo na citada lei estadual contrária à legislação federal.

A Assessoria Jurídica do Conselho Federal de Medicina, instada a pronunciar-se, elaborou parecer no qual aponta:

1 – A legislação estadual (Leis nºs. 5.588 a 5.597/98) contraria a Lei Federal nº 3.999/61 e o Decreto nº 20.931/32.

2 – O Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo deve entrar com pedido de reconsideração junto ao Ministério Público daquele estado.

3 – O CRM/ES deve entrar com ação judicial questionando a legalidade e validade dos dispositivos legais em discussão.

Ressalte-se que o Conselho Federal de Medicina, a quem compete a fiscalização do exercício da medicina, por delegação do poder público, editou a Resolução nº 1.342/91, em obediência à Lei nº 3.999/61 e ao Decreto nº 20.931/32, na qual define as atribuições de diretor técnico e de diretor clínico das instituições de prestação de assistência médica.

Assim, ao extinguir a Direção Clínica de tais estabelecimentos e de omitir a Direção Técnica dos hospitais públicos do Espírito Santo, o governo daquele estado insurge-se não apenas contra a legislação federal, mas também contra a doutrina ética do Conselho Federal de Medicina.

Por isso, adotamos o contido no Parecer nº 464/98 do Setor Jurídico deste Conselho, e opinamos, igualmente, para as medidas judiciais ali apontadas.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 29 de setembro de 1999

Rubens dos Santos Silva
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 3018/98
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 9/2/2000.

EMENTA

I – Ilegalidade e omissão das Leis Estaduais nº 5.588 à 5.597/98 em relação à Lei Federal nº 3.999/61 e ao Decreto nº 20.931/32.

II – Não previsão do cargo de Diretor Técnico e da obrigatoriedade do Diretor Geral (cargo de chefia) ser médico.

III – Extinção do cargo de Diretor Clínico, pondo em risco a efetiva prestação de serviços médicos.

ORIGEM: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO
ESPÍRITO SANTO

INTERESSADA: DRA. SANDRA DE SOUZA MARTINS – PRESIDENTE
EXPEDIENTE CFM Nº 3018/98

PARECER Nº 464/98 do Setor Jurídico

I – RELATÓRIO

01. O Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo, por meio de sua Presidente, Drª Sandra de Souza Martins, encaminha a este

Conselho Federal de Medicina – CFM – cópia das Leis Estaduais nº 5.588 a 5.597, de 12 de fevereiro de 1998, as quais aprovam a Estrutura Organizacional Básica das diversas instituições médicas e/ou hospitalares, vinculadas ao Instituto Estadual de Saúde Pública – IESP.

02. As referidas leis são omissas quando à previsão do cargo de Diretor Técnico e a obrigatoriedade do Diretor geral ser médico, já que exerce o cargo de chefia. Além disso, extinguem o cargo de Diretor Clínico, pondo em risco a efetiva prestação de serviços médicos.

03. Instalado a se manifestar sobre o questionamento realizado, passa este Setor Jurídico a se posicionar.

II – PARECER

04. Sendo idêntica a redação de todas as leis estaduais supra citadas, modificando apenas o nome da entidade médica a que destina, e para uma melhor análise do tema posto em debate, é necessária a transcrição da primeira lei estadual citada, ou seja, a Lei nº 5.558/98, *verbis*

“Art. 1º. Fica aprovada a Estrutura Organizacional Básica do Centro de Atendimento Psiquiátrico Dr. Aristides A. Campos, localizado na cidade de Cachoeiro do Itapemirim, nos termos das determinações aprovadas pela Lei nº 5341, de 19 de dezembro de 1996 e conforme consta desta lei.

Parágrafo único. A Estrutura Organizacional Básica aprovada é aquela descrita no Anexo I e constante do organograma contido no Anexo II.”

.....

“ANEXO I

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO CENTRO DE ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO DR. ARISTIDES A. CAMPOS (Artigo 1º, parágrafo único da Lei nº)

I – Instância de Natureza Estratégica

1.1. Diretor Geral

1.1. Conselho Gestor

1.2. Colegiado de Gerentes

.....”

05. Consoante o citado dispositivo legal, vislumbra-se na Estrutura Organizacional ali disposta a figura do Diretor Geral das Instituições Hospitalares. Todavia, a lei em referência resta omissa quanto à qualificação profissional

deste Diretor Geral – que deverá ser obrigatoriamente um médico – e quanto a existência de um diretor técnico, consoante o disposto no artigo 28 do Decreto nº 20.931/32, *verbis*

“.....”

Art. 28. Nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica pública ou privada poderá funcionar, em qualquer ponto território nacional, sem ter um diretor técnico e principal responsável, habilitado para o exercício da medicina nos termos do regulamento sanitário federal.

.....” (grifamos)

06. Nesse mesmo sentido, exaltamos o disposto no artigo 15, da Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, nos seguintes termos:

“.....”

Art. 15. Os cargos ou funções de chefias de serviços médicos, somente poderão ser exercidos por médicos, devidamente habilitados na forma da lei.

.....”

07. Ora, diante do disposto nos estatuto legais acima, subtrai-se a intelecção de que não é permitido o funcionamento de estabelecimento sem que haja um Diretor Técnico e que este seja, obrigatoriamente, médico. A lei é clara ao dizer que os cargos de chefia em instituições médicas tem que ser exercidos por médicos.

08. Isto posto, restam claras algumas incoerências e omissões no tocante ao que dispõe a legislação estadual em debate, quais sejam:

- a) *pode a lei estadual omitir-se quanto a obrigatoriedade dos cargos de chefia, em instituições médicas, serem ocupadas exclusivamente por médicos, tendo em vista que lei federal prevê tal obrigatoriedade?*
- b) *pode a lei estadual deixar de prever cargo de diretor técnico, tendo em vista a expressa previsão disposta no Decreto nº 20.931/32?*

09. Primeiramente, é preciso reafirmar que estatutos legais federais, como são o Decreto nº 20.931/32 e a Lei nº 3.999/61, ditam que os cargos de chefia médica são de competência exclusiva dos médicos e que toda a instituição médica tem que possuir um diretor técnico habilitado para o exercício da medicina.

10. Hierarquicamente, não existe o menor foco de discussão quanto à superioridade legislativa federal sobre a estadual ou distrital. Desse modo, a omissão das leis estaduais em análise – no tocante à não previsão do cargo de diretor técnico e a obrigatoriedade do Diretor Geral (cargo de chefia) ser médico – denunciam a existência de normas de conduta evasiva.

11. Em tese, para que haja adequação das leis estaduais ao entendimento legislativo federal, bastaria a referência da obrigatoriedade do Diretor Geral ser habilitado para o exercício da medicina e da previsão do cargo de diretor técnico – ou ao menos a expressa equivalência deste cargo ao de Diretor Geral.

12. Contudo, as leis estaduais em análise encontram-se em explícita omissão, e conseqüente ilegalidade, no que se refere ao disposto no parágrafo anterior. Não há como vislumbrar obediência aqueles dispositivos estaduais, estando caracterizada sua completa dissonância em relação ao contexto maior em que se insurgem, ou seja, uma organização estrutural mais adequada para uma efetiva prestação assistencial médica.

13. Diante do contexto apresentado, causam espanto as palavras proferidas pelo M.D. Sr. Procurador-Geral de Justiça do Estado do Espírito Santo, Dr. Elcy de Souza, no Parecer nº 1.562, de 28.04.98, ao discorrer sobre o presente questionamento nos seguintes termos:

“

Basta um passar de olhos na legislação trazida com os autos, fls. 13 a 50, para que se verifique, sem grande dificuldade, inexistência de ofensa a qualquer lei.

Com bem acentuou a Assessoria o fato da legislação estadual não ter criado cargo de “diretor técnico” ou “diretor clínico”, ou tê-los extinto, não permite, **data venia, o entendimento esposado pela ilustre subscritora dos docs. 2/4.**

.....

Não há nas leis estaduais citadas qualquer dispositivo que contrarie as regras transcritas.” (Lei nº 3.999/61 e Decreto 20.931/320).

14. Como se pode admitir o entendimento de que as Leis Estaduais nº 5.588 à 5.597/98 não possuem qualquer dispositivo que contrarie a Lei nº 3.999/61 e o Decreto 20.931/320? A extinção tácita do cargo de Diretor Técnico e a omissão no tocante à obrigatoriedade dos cargos de chefia em instituições médicas serem ocupados exclusivamente por médicos não expressam, de forma explícita e cabal, a ilegalidade dos dispositivos legislativos estaduais?

15. Um raciocínio lógico leva a respostas positivas diante destes questionamentos realizados. Sendo assim, resta evidente que, não há como deixar de constatar o desrespeito e a contrariedade das Leis Estaduais nº 5.588 à 5.597/98 à Lei nº 3.999/61 e ao Decreto 20.931/320.

16. Comprovada a constatação de desrespeito e ilegalidade das leis estaduais em análise em relação aos dispositivos federais estudados, passa-se à análise de outra irregularidade constante das Leis Estaduais nº 5.588 à 5.597/98.

O anexo VII, de todas as leis estaduais citadas, extingue o cargo de diretor clínico nos seguintes termos:

**“ANEXO IV
CARGOS DE PROVIMENTO EM COMISSÃO EXTINTOS
(Artigo 6º, parágrafo único da Lei nº)**

- Diretor Geral**
 - Diretor Administrativo**
 - Diretor Clínico**
 - Chefe de Setor**
-” (grifo nosso)

17. Este Conselho Federal, em estrita obediência ao disposto na Lei nº 3.999/61 e no Decreto 20.931/320, editou a Resolução CMF nº 1.342/91, que delimitou de maneira detalhada a competência dos diretores técnico e clínico na direção de uma entidade médica. A referida resolução dispõe, nos seguintes termos:

“.....”

Art. 2º - São atribuições do Diretor Técnico:

- a) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor.**
- b) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição.**
- c) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica.**

Art. 3º - São atribuições do Diretor Clínico

- a) Dirigir e coordenar o Corpo Clínico da instituição.**
- b) Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição.**
- c) Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição.**

.....”

18. É preciso diferenciar as funções de diretor técnico e diretor clínico para melhor compreensão do que passamos a discutir. O primeiro é o responsável direto pela Instituição, observando os seus aspectos funcionais e organizacionais, além de ser nomeado pela Administração de Hospital. Sua presença nos hospitais é obrigatória e exigida através da Lei 3.999/61 e do Decreto 20.931/320, como já se constatou neste parecer.

19. Já o Diretor Clínico é o representante do Corpo Clínico do hospital, definindo-se como um elo entre este e a Administração. É o responsável direto pela prestação da assistência médico hospitalar, portanto detém responsabilidade técnica (inerente à Administração do hospital) bem como ética (de competência do Conselho Federal de Medicina quando sua lei instituidora prevê que deverá zelar pela ética médica).

20. Insurge pois, que o Diretor Técnico é o responsável pelo hospital como estabelecimento, sendo diretamente subordinado à sua Administração e a quem caberá traduzir na prática as políticas traçadas, executando-as e as fazendo executar.

21. Em posição diversa encontra-se o Diretor Clínico, que é o representante daqueles que exercitam a prestação de assistência médica, isto é, do Corpo Clínico, dotado de autonomia e independência para o melhor desempenho da medicina. É portanto, o responsável pela prestação do serviço médico na Instituição, prestação esta que tem relevância pública, por se tratar da "saúde", direito garantido constitucionalmente ao cidadão e um dever do Estado.

22. Diante do exposto, constata-se que a falta de um Diretor Clínico nas instituições médicas pode acarretar prejuízos terríveis à população como um todo, já que coloca em risco o bem mais valioso que cada cidadão possui, ou seja, a vida, mantida através da saúde.

23. Tendo como alicerce a competência de fiscalizar o exercício da medicina, por delegação do poder público, este Conselho Federal editou a Resolução CMF nº 1.342/91 que, além de fiscalizar, procura garantir uma prestação mais apropriada de serviços médicos para a população.

24. É prioritário que toda a entidade médica possua um Diretor Clínico, como representante daqueles que exercitam a prestação de assistência médica, dotado de autonomia e independência para o melhor desempenho da medicina.

25. Não obstante ao intuito de organização estrutural básica para as entidades médicas filiadas ao IESP, as leis estaduais em referência perdem seu objetivo maior ao extinguir o cargo de Diretor Clínico, Já que obstaculizam de maneira formal uma efetiva assistência médica por parte das entidades médicas a elas submetidas.

III - CONCLUSÃO

26. Diante de toda fundamentação jurídica apresentada até então, conclui-se que (a) as Leis Estaduais nº 5.588 à 5.597/98 são legais e omissas por não prever o cargo de Diretor Técnico e a obrigatoriedade do Diretor Geral ser médico, já que exerce cargo de chefia, conforme o estabelecido na Lei 3.999/61 e do Decreto 20.931/32. Conclui-se ainda que (b) a extinção expressa do cargo de Diretor Clínico implica graves malefícios à população como um todo, já que obstaculiza a efetiva prestação de serviços médicos.

27. Diante destas conclusões e tendo por alicerce a divergência de entendimento do Ministério Público do Estado do Espírito Santo, consubstanciado na decisão do Procurador Geral de Justiça, opinamos pela feitura de um pedido de reconsideração, quanto ao entendimento adotado por aquela D. Procuradoria.

28. Contudo, independentemente do posicionamento adotado por aquele Douto Ministério Público, nada impede que o Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo ingresse como uma ação judicial, questionando a legalidade e validade dos dispositivos legais estaduais em discussão.

É o que nos parece, s.m.j.

Brasília, 09 de outubro de 1998.

José Alejandro Bullón
Assessor Jurídico

Giselle Crosara Lettieri Gracindo
Chefe do Setor Jurídico

Processo-Consulta CFM nº 3018/98
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 9/02/2000

Palavras-Chave: diretor técnico, diretor clínico
Key Words: medical director, clinic director

PAGAMENTO DE HONORÁRIO MÉDICO À PESSOA JURÍDICA. DUAS ATIVIDADES NO MESMO ATO CIRÚRGICO.

Parecer CFM

EMENTA

O médico tem o direito de receber integralmente seus honorários, mesmo quando recebidos através de pessoa jurídica.

O médico não deve fazer atendimentos concomitantes; apenas em casos excepcionais poderá se ver na obrigação de realizá-los. Nesse caso, deve ser remunerado apenas pelo procedimento principal.

DO FATO

A diretoria da Unimed do Paraná consulta o Conselho Federal de Medicina acerca de questões de pagamento de honorários médicos em duas possibilidades:

1 - É devido o pagamento de honorários médicos à pessoa jurídica?

2 - O profissional pode realizar, no mesmo ato cirúrgico, duas atividades, como cirurgião e anestesista, cirurgião e auxiliar ou anestesista e pediatra, recebendo pelos 2 (dois) atos executados?

ANÁLISE

Quanto ao primeiro questionamento, um parecer da Assessoria Jurídica deste CFM, com cuidadosa fundamentação, que explicita:

“Portanto, as contas hospitalares cobradas em conjunto com os honorários médicos – porém devidamente discriminadas e destacadas destes (conforme Resolução CFM nº 264/65, item II e Resolução CFM nº 310/67) – São devidas à pessoa jurídica prestadora do serviço de internação e outros de competência do hospital ou clínica, nos termos e formas em que avançados pelas partes contratantes”.

Depreende-se, então, que os honorários médicos devem ser integralmente repassados a profissional devidamente identificado por ocasião da cobrança, mesmo quando feita através de pessoa jurídica autorizada para tal feito.

Em relação à segunda indagação, que refere-se a atividade distinta e no mesmo ato médico, entendo que o médico não pode participar de dois atos profissionais distintos ao mesmo tempo. Reconheço que em situações de extrema urgência, sem qualquer possibilidade de transferência do paciente para centro mais apto a prestar o atendimento, terá o médico que desdobrar-se e até executar mais de uma tarefa. Isto só poderá ser aceito em condições excepcionais, devendo o médico ser remunerado por seu atendimento principal. A medicina é uma profissão humanística e solidária; é nesta condição, e somente nesta, que o médico está participando de dois atos concomitantes. Não é uma questão de remuneração.

É o parecer SMJ.

Brasília, 4 de abril de 2000.

Pedro Pablo Magalhães Chacel
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 6449/96
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 14/4/2000.

Palavras-Chave: atendimento concomitante, pagamento de honorários
Key Words: concomitant attendance, medical fees

Justiça aprova a eutanásia

Um jovem britânico solicitou e obteve autorização judicial para que os médicos de um hospital de Londres ponham fim à vida de sua mãe que estava em coma desde o dia do nascimento de seu único filho, há 21 anos. No dia de seu vigésimo primeiro aniversário, o jovem, preocupado com seu pai e cansado de esperar por um milagre, solicitou autorização judicial para a eutanásia de sua mãe.

Gazeta do Povo - 15/7/00

ORIENTAÇÃO E CONDUTA ÉTICA NA HIDRANENCEFALIA

Parecer CRMPR

O Consultante solicita parecer sobre "qual a conduta do ponto de vista ético e legal, referente à hospitalização e a realização de cirurgias do paciente hidranencefálico, relacionada com o prognóstico do paciente e ônus social".

À Consulta a Comissão de Transplante tem a aduzir:

O paciente portador de hidranencefalia tem ausência dos hemisférios cerebrais, devido problemas vasculares, infecciosos ou genéticos. Isto o torna um multideficiente: mental, motor, auditivo, visual, etc. Sua sobrevida é bastante curta e associada à má qualidade de vida.

O médico frente ao doente com esta síndrome deve atuar de maneira ética e legal. A hospitalização e realização de procedimentos ou cirurgias, como a colocação de válvula, por exemplo, uso de antibióticos, etc., mesmo não proporcionando cura do processo básico, podem eventualmente melhorar a qualidade de vida e mesmo a estética, quando na grande hidrocefalia.

A decisão de hospitalizar e/ou realizar procedimentos depende de muitos fatores tais como: religiosos, filosóficos, éticos, legais, deveres do médico, direitos do paciente.

A empatia na relação médico-família e um diálogo claro, informativo e esclarecedor entre o médico, enfermagem e familiares são fundamentais e facilitam a tomada de decisões.

A solução ideal a ser tomada entre os médicos e familiares ou responsável será sempre o acordo legal e ético. Uma segunda opinião, a pedido da família, não deve constranger o médico, que também poderá solicitá-la.

A família ou responsável devem estar suficientemente convencidos quanto ao diagnóstico, prognóstico e qualidade de vida do hidranencefalo e têm o direito e o dever de participar das decisões. A concordância entre o médico atendente e a família ou responsável facilita o encaminhamento e assim evitam-se medidas inúteis, desnecessárias, proteladoras, onerosas ou exageradas. Esta medida em vez de beneficiar, pode prejudicar. Prolongar cuidados, e procedimentos podem ser considerados uma obstinação terapêutica injustificável.

O médico pode descontinuar ou suspender o tratamento extraordinário, entretanto deve manter analgesia e a alimentação. O conforto e o bem estar humanizam a morte e preservam a dignidade.

Em algumas situações o médico tem a certeza de que nenhuma destas medidas será útil, mas circunstâncias religiosas e emocionais da família nas decisões merecem sua consideração.

Em caso de conflito com a família ou responsável, o médico tem o direito de recusar ou prosseguir o atendimento e a terapêutica, se assim motivar sua consciência e desde que não se configure urgência e que exista outro médico para substituí-lo.

Todos os procedimentos tomados e propostos, mesmo que eventualmente não utilizados ou realizados, deverão ser registrados no prontuário do paciente. As condutas e procedimentos serão tomados e realizados após o consentimento pós-informado e esclarecido dos familiares.

É o parecer.

Curitiba, 14 de março de 2000.

Dr. Ehrenfried O. Wittig
Dr. Carlos Eduardo Soares Silvado
Dr. Duilton de Paola

Dr. Julio Cesar Wiederkehr
Dr^a Maria Julia Camina Bugallo
Dr^a Rossana Mariza Jacob

Processo-Consulta CRAMPR nº 116/99
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 20/3/2000

Palavras-Chave: hidranencefalia
Key Words: hidranencephaly

TRANSPORTE AEROMÉDICO

Parecer CFM

EMENTA

O transporte aeromédico é uma atividade que exige registro nos Conselhos Regionais de Medicina, onde a empresa tem atividades operacionais, ficando a responsabilidade técnica a cargo do diretor médico.

O Departamento de Aviação Civil (DAC) remeteu a este Conselho Federal correspondência solicitando posicionamento desta Casa nos seguintes termos:

"Incumbiu-me o Exm^o Sr. diretor do Departamento de Aviação Civil de informar a V. S^a que este DAC, como parte de suas atribuições, está emitindo instruções sobre o Transporte Aéreo de Enfermos, cujo exemplar segue em anexo, assunto que também consta da "Normatização da Atividade Médica na área da Urgência – Emergência na sua Fase Pré-Hospitalar", aprovada pela Resolução CFM nº 1529/98.

2. Tal atividade teve grande impulso no ano de 1998 com a criação de diversas empresas e há necessidade de normas específicas para o seu controle.

3. Tendo em vista que a matéria é de responsabilidade desse Conselho e deste Departamento, solicito a V. S^a considerar a conveniência de agendar uma reunião para sanar algumas dúvidas e estudar sugestões para maior eficiência e controle daquele serviço".

Por se tratar de assunto de grande complexidade, convidamos as entidades abaixo relacionadas a participarem de grupos de trabalho de normatização do atendimento hospitalar e responsabilidade do profissional médico no atendimento pré-hospitalar:

Conselho Federal de Medicina, Corpo de Bombeiros do Distrito Federal – Companhia de Emergência Médica, Corpo de Bombeiros – SIATE de Curitiba, Corpo de Bombeiros de São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Grupo de Socorro de Emergência do Rio de Janeiro, Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, Departamento de Aviação Civil, Secretaria de Assistência à Saúde – MS, Departamento de Polícia Rodoviária Federal.

Visando complementar a normatização da atividade médica na área da urgência-emergência na sua fase pré-hospitalar, conforme descrita na Resolução CFM nº 1.529/98, consideramos o que se segue: toda instituição ou empresa que realiza transporte aeromédico deve estar devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina relativo à sua sede.

1. Transporte aeromédico: é o transporte de paciente por via aérea em aeronaves de asa fixa ou rotativa, para as quais a operação deve seguir as normas e legislações específicas vigentes, oriundas do Comando da Aeronáutica

através do Departamento de Aviação Civil. Para efeito da atividade médica envolvida no transporte aéreo de pacientes, considera-se que o serviço de transporte aeromédico deve estar subordinado à autoridade técnica de um diretor médico com habilitação mínima compreendendo capacitação em emergência pré-hospitalar, noções básicas de fisiologia de voo e noções de aeronáutica, conforme descritas neste documento, sendo também recomendável habilitação em medicina aeroespacial. O serviço de transporte aeromédico deve estar integrado ao sistema de atendimento pré-hospitalar local, atuando em contato com o médico regulador responsável pelo paciente, e executando suas atividades nas seguintes modalidades:

a) resgate: atendimento inicial ao paciente, na cena do evento, visando sua estabilização inicial, preparo e transporte com condições de suporte avançado de vida à instituição de saúde devidamente capacitada para a continuidade do atendimento, designada e contratada pelo médico regulador responsável;

b) Transporte inter-hospitalar: transporte de pacientes de uma instituição de saúde para outra, devendo obedecer às normas específicas deste Conselho sob a responsabilidade do diretor médico da instituição que realiza o transporte – devendo oferecer até mesmo condições de suporte avançado de vida.

2. Definições dos profissionais:

A. Profissionais não – oriundos da área da saúde:

A.1 – Piloto: profissional habilitado à operação da aeronave segundo as normas e regulamentos vigentes do Comando da Aeronáutica/Código Brasileiro de Aeronáutica/Departamento de Aviação Civil. Para atuação em ações de resgate em helicópteros, sob a orientação do médico da aeronave, é recomendável que possua capacitação em manejo auxiliar de pacientes, como ação complementar à ação do médico responsável, se necessária:

A.2 – Socorrista: indivíduo habilitado para prestar atendimento pré-hospitalar e credenciado para integrar a equipe médica do serviço aeromédico nas atividades de resgate, atuando sob supervisão direta do médico, fazendo uso de materiais e equipamentos especializados.

B. Profissionais oriundos da área da saúde:

B.1 – Auxiliar ou técnico de enfermagem: profissional habilitado às ações de sua competência no atendimento pré-hospitalar e aeromédico;

B.2 – Enfermeiro: profissional de nível superior, habilitado para ações de enfermagem no atendimento pré-hospitalar e aeromédico, nas modalidades de resgate e transporte inter-hospitalar;

B.3 – Médico: profissional de nível superior, habilitado ao exercício

da medicina pré-hospitalar, compondo obrigatoriamente a equipe de resgate e de transporte inter-hospitalar aeromédico.

3. Perfil profissional e competências:

3.1 – Piloto:

Requisitos gerais e escolaridade: de acordo com a legislação vigente no país (Lei nº 7.183, de 5 de abril de 1984; Lei nº 7.565, de 19 de dezembro de 1986; e Portaria nº 3.016, de 5 de fevereiro de 1988 – do Comando da Aeronáutica).

Competências: cumprir as normas e rotinas operacionais vigentes ao serviço a que está vinculado, bem como a legislação específica em vigor.

3.2 – Socorrista:

Requisitos gerais:

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

Escolaridade:

- 2º grau completo.

Competências:

- Avaliação da cena com identificação de mecanismo do trauma;
- Conhecer os equipamentos de bioproteção individual e sua necessidade de utilização;
- Realizar manobras de extricação manual e com equipamentos próprios;
- Garantir tanto sua segurança pessoal como a das vítimas no local do atendimento e realizar o exame primário avaliando condições de vias aéreas, circulação e estado neurológico;
- Ser capaz de transmitir, via rádio, ao coordenador médico a correta descrição da vítima e da cena;
- Conhecer as técnicas de transporte do politraumatizado;
- Saber observar os sinais diagnósticos: cor da pele, tamanho da pupilas, reação das pupilas à luz, nível de consciência, habilidade de movimentação e reação à dor;
- Medir e avaliar sinais vitais, pulso e respiração e situar o estado da vítima na escala de trauma e de coma, se for o caso;
- Identificar situações de gravidade em que a tentativa de estabilização do paciente no local deve ser evitada em face da urgência da

- intervenção hospitalar (exemplo: ferida perfurante de tórax);
- Colher informações do paciente e da cena do acidente, procurando evidências de mecanismos de lesão;
 - Manter a vias aéreas permeáveis com manobras manuais e com equipamentos disponíveis na aeronave (cânulas orofaríngeas);
 - Administrar oxigênio e realizar ventilação artificial utilizando meios naturais e equipamentos disponíveis na aeronave (cânulas, máscaras, ambu, cilindro de oxigênio);
 - Realizar circulação artificial pela massagem cardíaca externa;
 - Controlar sangramento externo evidente, por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens;
 - Mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna cervical, utilizando tábuas e outros equipamentos de imobilização e transporte;
 - Reavaliar os sinais vitais e completar o exame do paciente;
 - Aplicar curativos e bandagens, inclusive nos casos de queimaduras e ferimentos nos olhos;
 - Imobilizar coluna e membros fraturados, utilizando os equipamentos disponíveis no veículo de emergência;
 - Oferecer o primeiro atendimento a traumatismos específicos (curativos em três pontos, curativo abdominal, olhos e orelhas, queimaduras, etc.)
 - Reconhecer os períodos do parto, dar assistência ao parto normal em período exclusivo e prestar os primeiros cuidados ao recém-nato;
 - Oferecer o primeiro atendimento às gestantes e crianças traumatizadas;
 - Realizar abordagem inicial (conforme itens anteriores) e oferecer atendimento a pacientes especiais, doentes mentais, alcoólatras e suicidas;
 - Utilizar instrumentos de monitorização não-invasiva conforme protocolo local autorizado (pressão arterial, cardioscópio, oxímetro de pulso, etc.);
 - Estabelecer contato com a Central de Comunicação (regulação médica) a fim de repassar dados e seguir obrigatoriamente suas determinações;
 - Conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes à aeronave;
 - Ser capaz de preencher os formulários e registros obrigatórios do serviço;
 - Ser capaz de repassar as informações pertinentes ao atendimento à equipe médica do hospital ou instituição de saúde que receberá o paciente.

3.3 – Auxiliar ou técnico de enfermagem:

Requisitos gerais:

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

Escolaridade:

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

Competências:

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

3.4 – Enfermeiro:

Requisitos gerais:

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

Escolaridade:

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

Competências:

- Administrar tecnicamente o serviço de atendimento pré-hospitalar;
- Fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão;
- Participar da formação dos socorristas e dos técnicos em emergência médica;

- Prestar assistência direta às vítimas, em atuação na aeronave;
- Avaliar a qualidade profissional dos socorristas e técnicos em emergência médica e proporcionar-lhes supervisão em serviço;
- Subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe;
- Ao integrar o Centro de Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos, participar do desenvolvimento de recursos humanos para o serviço e a comunidade;
- Exercer todas as funções previstas para os socorristas e técnicos em emergência médica;
- Exercer todas as funções legalmente reconhecidas á sua formação profissional;
- Obedecer ao código de ética de enfermagem.

3.5 – Médico:

Requisitos gerais:

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

Escolaridade:

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

Competências:

- Exercer a regulação médica do sistema, compreendendo: recepção dos chamados de auxílio, análise da demanda, classificação em prioridades de atendimento, seleção de meios para atendimento (melhor resposta), acompanhamento do atendimento local, determinação do local de destino do paciente, orientação telefônica;
- Manter contato diário com os serviços médicos de emergência integrados ao sistema;
- Prestar assistência direta aos pacientes na aeronave, realizando os atos médicos possíveis e necessários;
- Exercer o controle operacional da equipe assistencial;
- Fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão;
- Avaliar a qualidade profissional dos socorristas e técnicos em emergência médica e subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe;
- Ao integrar o Centro de Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos, participar do desenvolvimento de recursos humanos para

- o serviço e a comunidade;
- Obedecer às normas técnicas vigentes no serviço;
- Obedecer ao código de ética médica;
- Preencher relatório de voo.

4. Conteúdo curricular:

O conteúdo técnico-científico necessário à capacitação dos profissionais elencados é descrito abaixo, sendo um roteiro a ser seguido para as situações em que tal capacitação seja desejável, porém não obrigatória, para os profissionais com atuação em resgate.

4.1 – Piloto:

Módulo comum: total: 8 horas

- Qualificação pessoal;
- Atendimento pré-hospitalar;
- Sistema de saúde local;
- Rotinas operacionais;
- Biocinética/cinemática do trauma.

Módulos básicos:

- I – Regulação médica: 2 horas;
- II – Abordagem do paciente: 36 horas
 - Abordagem do paciente;
 - Abordagem do politraumatizado;
 - Ressuscitação cardiopulmonar;
 - Biossegurança.
- III – Intervenções específicas: 16 horas
 - Assistência no parto;
 - Emergências Psiquiátricas/suicidas/alteração comportamental;
 - Catástrofes e desastres;
- IV – Estágios práticos: 40 horas
- V – Trânsito: 2 horas
 - Cargas perigosas
- VI – Noções básicas de fisiologia de voo: 12 horas

4.2 – Socorrista e auxiliar em enfermagem:

Capacitação complementar à prevista na Resolução CFM nº 1.529/98, abrangendo, no módulo básico:

- IX – Noções de aeronáutica: 10 horas;
- X – Noções básicas de fisiologia de voo: 12 horas.

4.3 – Médicos e enfermeiros:

Capacitação complementar à prevista na Resolução CFM nº 1.529/98, abrangendo, no módulo avançado:

- X – Noções de aeronáutica: 10 horas;
- XI – Noções básicas de fisiologia de vôo: 20 horas.

Parágrafo único: Os motivos de noções de aeronáutica e noções básicas de fisiologia de vôo devem seguir as determinações da Diretoria de Saúde da Aeronáutica, e da Divisão de Medicina Aeroespacial, abrangendo:

Noções de aeronáutica:

- Terminologia aeronáutica;
- Procedimentos normais e de emergência em vôo;
- Evacuação de emergência;
- Segurança no interior e em torno de aeronaves;
- Embarque e desembarque de pacientes.

Noções básicas de fisiologia de vôo:

- Atmosfera;
- Fisiologia respiratória;
- Estudo clínico da hipóxia;
- Disbarismos;
- Forças acelerativas em vôo e seus efeitos sobre o organismo humano;
- Aerocinetose;
- Ritmo circadiano;
- Gases, líquidos e vapores tóxicos em aviação;
- Ruídos e vibrações;
- Cuidados de saúde com paciente em vôo.

5. Avaliação:

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

6. Certificação:

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

6.1 – Os Centros de Capacitação devem prover:

- Cursos regulares de habilitação integral de novos profissionais;
- Cursos modulares para habilitação progressiva dos profissionais já atuantes em sistemas pré-hospitalares e que ainda não possuem a certificação formal;
- Cursos de reciclagem dos profissionais, com o intuito de renovar suas certificações;
- Mecanismos de educação continuada, estabelecidos em conjunto com os serviços pré-hospitalares atuantes na área de sua abrangência, compreendendo atividades de supervisão em serviço e treinamento em serviço;
- Desenvolvimento obrigatório do currículo mínimo de capacitação;
- Aceitação exclusiva de candidatos enquadrados no perfil profissional preestabelecido;
- Formalização de convênios interinstitucionais para o desempenho de suas funções, com o aval do gestor de saúde local e/ou regional.

6.2 – Os Serviços Pré-Hospitalares devem prover condições para a recapacitação, na periodicidade abaixo, desenvolvida junto aos Centros de Capacitação:

- Médicos – 4 (quatro) anos;
- Enfermeiros – 4 (quatro) anos;
- Auxiliar de enfermagem em emergências médicas (ou técnico em enfermagem) – 2 (dois) anos;
- Socorristas – 2 (dois) anos;
- Pilotos – 2 (dois) anos.

7. Disposições gerais sobre transporte aeromédico e inter-hospitalar e resgate:

- Em todas as modalidades de transporte aeromédico é indispensável à presença do médico a bordo da aeronave;
- Na modalidade de resgate, a composição mínima da equipe assistencial a bordo da aeronave deve ser: médico e socorrista;
- Na modalidade de transporte inter-hospitalar com suporte avançado de vida, a composição mínima da equipe assistencial a bordo da aeronave deve ser: médico e enfermeiro; nas outras modalidades de transporte inter-hospitalar, a composição mínima deve ser: médico e enfermeiro ou médico e auxiliar/técnico de enfermagem;
- Não podem ser removidos pacientes em risco de vida iminente sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico e realização de outras medidas urgentes e específicas para o caso;

- Antes de decidir a remoção, faz-se necessário realizar contato com o hospital de destino;
- Todo paciente deve ser acompanhado de relatório completo, legível e assinado com CRM (independente de contatos prévios telefônicos ou verbais), que passará a integrar o prontuário do mesmo no destino – este relatório deve ser também assinado pelo médico que recebeu o paciente no serviço de destino;
- Para transporte, faz-se necessária a obtenção de consentimento após esclarecimento por escrito, assinado pelo paciente ou seu responsável. Isto pode ser dispensado quando houver risco de vida e não for possível localizar os responsáveis. Neste caso, o médico solicitante pode autorizar o transporte documentando devidamente essa instituição no prontuário;
- Durante o transporte, a responsabilidade pelo paciente é do médico da aeronave, até o recebimento formalizado pelo médico do serviço de destino.

8 – Materiais e equipamentos:

Devem estar em conformidade com o relatório enviado pela representante do Ministério da Saúde, enfermeira Carla Pintas Marques.

Grupo de Trabalho Transporte Aeromédico

Visando complementar a normatização para veículos de atendimento pré-hospitalar e transporte inter-hospitalar de pacientes, conforme a resolução CFM nº 1.529/98, consideramos:

1 – Transporte aeromédico:

a) Resgate: atendimento inicial ao paciente, na cena do evento, visando sua estabilização inicial e preparo para transporte a instituição de saúde devidamente capacitada à continuidade do atendimento, designada e contatada pelo médico regulador responsável; deve ser realizada por aeronaves de asas rotativas (helicópteros);

b) Transporte inter-hospitalar: transporte de pacientes de uma instituição de saúde para outra, devendo obedecer às normas específicas deste Conselho; esta atividade pode ser realizada por aeronaves de asas fixas (aviões) ou rotativas (helicópteros).

1 – Materiais e equipamentos:

As aeronaves de asas rotativas (helicópteros) que realizarão o resgate, deverão contar com:

- Conjunto aeromédico (homologado pelo Departamento de Aviação Civil – DAC): marca ou incubadora: cilindro de ar comprimido e oxigênio com autonomia de pelo menos 2 horas; régua tripla para transporte; suporte para fixação de equipamentos médicos;
- Equipamentos médicos fixos: respirador mecânico; monitor cardiovascular com bateria; oxímetro não – invasivo portátil; monitor de pressão não – invasiva; bomba de infusão; prancha longa para imobilização de coluna;
- Equipamentos médicos móveis: maleta de vias aéreas contendo: máscaras laringeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20 ml para insuflar o “cuff”; ressuscitador manual adulto/ infantil; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil; lidocaína geléia e spray; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio adulto/infantil com conjunto de lâminas curvas e retas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas orofaríngeas adulto/infantil; fios; fios-guia para intubação; pinça de Magyl; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricofiroidostomia; conjunto de drenagem de tórax, frascos e extensões; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com anti-séptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos, incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias tamanhos adulto/infantil; tesoura; pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão de 4 vias; frascos de solução salina e glicosada para infusão venosa; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte de cordão; saco plástico para placenta; absorvente higiênico grande; cobertor ou similar para envolver o recém-nascido; compressas cirúrgicas estéreis, pacote de gases estéreis e braceletes de identificação; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipos para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras, luvas e aventais;

- Outros: colete imobilizador; conjunto de colares cervicais; cilindro de oxigênio portátil com válvula; manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; bandagens triangulares; talas para imobilização de membros; cobertores; coletes reflexivos para a tripulação; lanterna de mão.

As aeronaves de asas fixas (aviões) e aeronaves de asas rotativas (helicópteros) que realizarão o transporte inter-hospitalar deverão contar com:

- Conjunto aeromédico (homologado pelo Departamento de Aviação Civil – DAC): maca ou incubadora; cilindro de ar comprimido e oxigênio com autonomia de pelo menos 2 horas; régua tripla para transporte; suporte para fixação de equipamentos médicos.
- Equipamentos médicos fixos: respirador mecânico; monitor cardioversor com bateria com marca-passo externo não-invasivo; oxímetro não-invasivo portátil; monitor de pressão não-invasiva; bomba de infusão; prancha longa para imobilização de coluna; capnógrafo;
- Equipamentos médicos móveis: maleta de vias aéreas contendo: máscara laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20 ml para insuflar o "cuff"; ressuscitador manual adulto/infantil; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil, lidocaína geléia e spray; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio adulto/infantil com conjunto de lâminas curvas e retas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas orofaríngeas adulto/infantil; fios; fios-quia para intubação; pinça de Magyl; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem de tórax; drenos, frascos e extensões; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço, luvas estéreis, recipiente de algodão com anti-séptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos, incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias tamanhos adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão de 4 vias; frasco de solução salina e glicosada para infusão venosa; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte de cordão; saco plástico para placenta; absorvente higiênico grande; cobertor ou similar para envolver o recém-

nascido; compressas cirúrgicas estéreis, pacote de gases estéreis e braceletes de identificação; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipos para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras, luvas e aventais;

Este é o parecer SMJ.

Brasília, 09 de março de 2000.

Abdon José Murad Neto
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 3377/00
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 7/6/00

Palavras-Chave: transporte aeromédico
Key Words: aeromedic transport

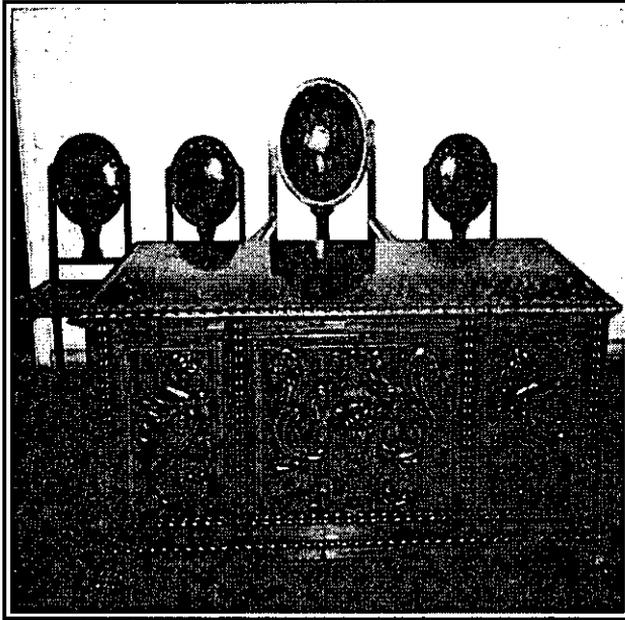
Medico propõe eutanásia em alto mar

O médico australiano Philip Nitschke propôs a criação de uma clínica flutuante pra poder praticar a eutanásia voluntária em águas internacionais sem ter de enfrentar a Justiça de seu país. Segundo o médico, vários advogados com quem conversou consideraram a idéia viável. Um dos principais problemas de tal clínica, disse Nitschke, seria o alto custo das internações. As leis federais Australianas proíbem a eutanásia, mas ela foi autorizada nos Territórios do Norte entre julho de 1996 e março de 1997.

Gazeta do Povo, 3/5/00.

HISTÓRIA DA MEDICINA

Ehrenfried Wittig*



Mesa Diretora. Esta belíssima mesa e cadeiras, eram utilizadas na sala de reunião da Associação Médica do Paraná na década de 50. Entalhadas a mão, apresentam um estilo próprio da época. Hoje pode ser vista no Museu.

Palavra-Chave: história da medicina

Key Word: medicine history

* Diretor do "Museu de Medicina" da Associação Médica do Paraná
Para doações, ligue para a secretaria do AMP - Oxx41. 342-1415

1 - COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL (COFEP)

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

2 - COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO (CD)

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

3 - COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL (CQP)

Presidente: Marília Cristina Milano Campos
Secretária: Cleuineice
Cons. Jorge Rufino Ribas Timi
Cons. Niazay Ramos Filho
Cons. Manoel de Oliveira Saraiva Neto
Cons. Iwan Augusto Colaço
Cons. Nilson Jorge de Mattos Pellegrini

4 - COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS (CODAME)

Presidente: Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Secretária: Cleuineice
Cons. Sérgio Luiz Lopes
Cons. Jorge Rufino Ribas Timi
Cons. Rubens Klammann

5 - COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

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

6 - COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS REGIONAIS/SECCIONAIS

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

7 - COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO

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

8 - CORREGEDORIA DO CRM/PR

Cons. Hélcio Bertolozzi Soares

9 - COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO, RECURSOS HUMANOS E PATRIMÔNIO

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

10 - COMISSÃO DE LICITAÇÃO, LEILÃO E SEDE

Presidente: Waldir Rupílio
Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Cícero Lotário Tironi
Cons. Kernel Jorge Chammas
Dr. Luiz Carlos Sobania (Membro Nato do CRM)

11 - COMISSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS E REMUNERAÇÃO

Presidente: Monica de Biase Wright Kastrup
Cons. Mário Stival
Cons. Raquete 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 Clueta Porciúncula (Secretário)
Dr. Antônio Carlos Cardoso (Colaborador)
Dr. Dairton Luiz Legnani (Suplente)
Dr. Manuel da Conceição Gameiro (Suplente)
Dr. Wilfredo Sérgio Sandy Saavedra (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

Dr. Keith de Jesus Fontes (Presidente)
Dr. Nelson Ossamu Osaku
Dr. Sérgio Luiz Cochinski (Secretário)
Dr. José Fernando Carvalho Martins (Suplente)
Dr. Milton Elias de Oliveira (Suplente)
Dr. Moacir João Borguetti (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 Baruffati Filho (Suplente)
Dr. Hildegardis Zacar (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

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

DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA

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

DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

Dr. Kernel Jorge Chammas (Presidente)
Dr. Natal Domingos Gianotto (Vice-Presidente)
Drª Maria Teresa de M. C. Coimbra (1º Secretária)
Dr. Mário Massaru Miyazato (2º Secretário)
Dr. Mírao 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 Margaret Zych (Suplente)
Drª Mari Cybuski (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

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