

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

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

ISSN 0104 - 7620

IMPRESSO

v. 18 - n. 69 jan./mar. - 2001

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
Corregedora:	Consª. Raquele Rotta Burkiewicz

MEMBROS EFETIVOS

Carlos Ehlke Braga Filho
Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Daebes Galati Vieira
Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Gerson Zafalon Martins
Hélcio Bertolozzi Soares
José Luis 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 Biese Wright Kastrup
Raquele Rotta Burkiewicz
Roberto Bastos da Serra Freire
Rubens Kliemann
Sérgio Maciel Molteni
Waldir Rúpollo
Zacarias Alves de Souza Filho

MEMBROS SUPLENTE

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

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

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

SECRETARIA

R. Mal. Deodoro, 497 - 3º Andar - Cx. Postal 2208 - Curitiba - Paraná - CEP 80020-320
Telefone: (41) 322-8238 - Fax: (41) 322-8465

ISSN 0104 - 7620

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 18	n. 69	p. 1-60	Jan/Mar.	2001
---------------------------	----------	-------	-------	---------	----------	------

EDITOR

Ehrenfried O. Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Carlos Ehlke Braga Filho
Luiz Carlos Sobania

Duilton de Paula
Luiz Sallin Emed

Zacarias Souza Filho
Iseu Affonso da Costa

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

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

ENDERECOS

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

SERZEGRAF
Rua Bartolomeu L. Gusmão, 339 - Vila Hauer. Fone/Fax: (0xx41) 278-9460
CEP 81610-060 - Curitiba - Paraná
e-mail: comercial@serzgraf.com.br

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, encima 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, após no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page www.crmpr.org.br Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em biblioteca@crmpr.org.br ou por telefone 0xx41 322-8238.

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. 18, n.69, 2001

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

A Medicina Frente ao Novo Paradigma Holístico e a Responsabilidade Profissional no Seguro de Acidentes do Trabalho Farid Sabbag	01
O Diretor Técnico e o Hospital é o Responsável Pela Usina Concentradora de Oxigênio (Res. 1355/92) Parecer CFM	13
Fornecimento da Listagem de Médicos do CRM Parecer CREMEB	17
Padronização do Documento de Comunicação de Internação Hospitalar. Eticidade da Portaria MS Nº 221 Parecer CFM	22
Estéticas Funcionais do Aparelho Mastigatório. Cirurgia de Competência Estrita do Cirurgião-Dentista (Ref. Resolução CFM Nº 1.536/98) Parecer CFM	23
Médico Nomeado Perito Resolução CFM Nº 1.497/98	25
Médico Nomeado Perito. Quando Aceitar ou Recusar a Designação Parecer CFM	28
Cuidados na Qualidade da Assistência ao Parto Parecer CFM	49
Perito Médico Para Carteira Profissional de Habilitação Não Pode Ser Indicado Pelo Candidato Requerente Parecer CFM	54
Banco de Tecidos Ósteo-Fáscio-Condros-Ligamentosos Resolução 094/00 - CRMPR	56
Revelação de Segredo Médico Resolução CFM Nº 1.605/00	58
História da Medicina Ehrenfried Wittig	60

A MEDICINA FRENTE AO NOVO PARADIGMA HOLÍSTICO E A RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL NO SEGURO DE ACIDENTES DO TRABALHO

Farid Sabbag

I - NOVA VISÃO HOLÍSTICA

Se olharmos ao nosso redor, neste fim do segundo milênio da era cristã, seremos obrigados a reconhecer que viemos numa época caracterizada pela divisão, pelas dissensões, pela violência, pela destruição e pela guerra. Nosso mundo está em crise, provocada por lacunas e falhas no paradigma reinante cartesiano-newtoniano.

A drástica mudança de conceitos e idéias que ocorreram na física durante os primeiros trinta anos do século XX provocaram uma profunda mudança em nossa visão do mundo, passando-se da concepção mecanicista de Descartes e Newton para uma visão holística e ecológica. O termo "holístico", do grego "holos", "totalidade", refere-se a uma compreensão da realidade em função de totalidades integradas cujas propriedades não podem ser reduzidas a unidades menores.

A nova concepção do Universo físico não foi facilmente aceita pelos cientistas do começo do século XX. A exploração do mundo atômico e subatômico colocou-os em contato com uma estranha e inesperada realidade que parecia desafiar qualquer descrição coerente, tornando-os conscientes de que seus conceitos básicos, sua linguagem e todo o seu modo de pensar eram inadequados para descrever estes fenômenos atômicos.

Atualmente, nossa sociedade como um todo, encontra-se numa crise análoga onde temos taxas elevadas de inflação e desemprego, temos uma crise energética, uma crise na assistência à saúde, poluição e outros desastres ambientais, uma onda crescente de acidentes, violência e crimes. Tudo isto são facetas diferentes de uma só crise, que é, essencialmente, uma crise de percepção. Tal como a crise da física da década de 20, ela deriva do fato de estarmos tentando aplicar os conceitos de uma visão do mundo obsoleta: a visão de mundo mecanicista da ciência cartesiana-newtoniana uma realidade que já não pode ser entendida em função desses conceitos. Vivemos hoje num mundo globalmente interligado, no qual os fenômenos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais são todos interdependentes. Para descrever esse mundo apropriadamente, necessitamos de uma perspectiva ecológica que a visão de mundo cartesiano não nos oferece.

Precisamos, pois, de um novo "paradigma" - uma nova visão da realidade, uma mudança fundamental em nossos pensamentos, percepções e valores. Precisamos mudar da concepção mecanicista para a holística.

* Médico especialista em Anestesiologia e em Medicina do Trabalho. Ex Conselheiro e ex Presidente do CRM-PR. Recebido para publicação em 20/09/2000.

O paradigma cartesiano-newtoniano teve influência profunda na economia, na educação, na medicina e mesmo na natureza propriamente dita; afetou sobretudo o sistema de valores das culturas industrializadas.

Acreditamos que a visão de mundo sugerida pela física moderna seja incompatível com a nossa sociedade atual, a qual não reflete o harmonioso estado de equilíbrio dinâmico e serão necessárias uma estrutura social e econômica diferentes: uma revolução cultural na verdadeira acepção da palavra. A sobrevivência de toda a nossa civilização pode depender de sermos ou não capazes de realizar tal mudança.

As últimas duas décadas do século XX vêm registrando um estado de profunda crise mundial, complexa, multidimensional, cujas facetas afetam todos os aspectos de nossa vida, principalmente a qualidade do meio ambiente e o das relações sociais, da economia tecnológica e política. É uma crise de dimensões intelectuais de escala e premência sem precedentes em toda a história da humanidade.

Os efeitos desse desequilíbrio cultural sobre a saúde, com um conceito numa acepção muito ampla, inclui nele não só a saúde individual mas também a saúde social e ecológica. Esses três níveis de saúde estão intimamente relacionados, e nossa atual crise constitui uma séria ameaça aos três: indivíduos, sociedade e dos ecossistemas de que somos partes integrantes.

Na medicina, a maioria dos médicos, educados conforme o paradigma newtoniano, analisa as doenças através de uma óptica essencialmente dualista, mecanicista e reducionista, separando corpo e mente, e encarando o homem como uma máquina que só pode ser compreendida desvendando-se os seus processos bioquímico - moleculares. Não levam em consideração os aspectos ambientais e afetivos, os conflitos e as dificuldades existenciais e de adaptação social do paciente, em seus diagnósticos, preconizando conseqüentemente uma terapêutica voltada apenas para aspectos parciais da patologia em questão. A abordagem cartesiana e mecanicista de nossa medicina científica falha ao não incluir o homem em uma concepção mais abrangente, sistêmica e ecológica, capaz de integrá-lo ao meio biopsicossocial, o homem como pessoa, o homem holístico que interage continuamente com seu meio.

A maior parte das doenças que afetam as populações dos países desenvolvidos têm sua origem em insultos ambientais e sociais e em distúrbios emocionais. Apesar disto, a maioria dos médicos não se preocupa com os aspectos ambientais, sociais e emocionais causadores das doenças.

Diante do novo cenário mundial em que a globalização é dominante, implicando novas formas de gerenciamento das empresas, preparação dos recursos humanos e preocupação com a qualidade de vida e do ambiente de trabalho, o tema segurança e saúde do trabalhador também se insere no universo das novas preocupações do governo, do empresariado, dos trabalhadores e, conjuntamente, as entidades médicas jamais deverão estar alienadas destas preocupações e também deverão inserir nos estudos de sua reorganização, de acordo com a nova visão holística, todos os elementos necessários para o cumprimento destas determinações.

Os estudos e pesquisas a serem desenvolvidos com o objetivo de garantir proteção integral aos trabalhadores, a ser alcançada fundamentalmente através do estímulo às ações de prevenção do dano e a promoção de condições saudáveis no ambiente de trabalho, deverão conter as seguintes premissas: enfoque preventivo, integralidade das ações, gestão diferenciada e ampla participação.

O Brasil, que em 1972 foi campeão mundial em acidentes do trabalho, apresenta hoje uma população economicamente ativa em torno de 60 milhões de pessoas, sendo:

- 28 milhões com registro em carteira;
- 6 milhões na economia informal;
- 4 milhões de avulsos;
- 2 milhões de crianças e adolescentes;
- 16 milhões de trabalhadores rurais.

Na atualidade, apesar de termos reduzido de forma significativa o índice de acidentes do trabalho, ainda assim, em 1995 foram gastos 4 bilhões de reais com acidentes de trabalho e doenças profissionais, sendo que 3 bilhões de reais foram pagos pelas empresas para cobertura dos 15 primeiros dias dos acidentes do trabalho.

O INSS arrecada, atualmente, cerca de 2 bilhões de reais com o Seguro de Acidente do Trabalho e gasta próximo de 1 bilhão de reais em Assistência Médica e Reabilitação Profissional para cobertura a partir do 16º dia.

Os Programas de Qualidade de Vida e Promoção da Saúde nos locais de trabalho estão, inevitavelmente integrados na cultura das organizações. Para os dirigentes médicos é chegada a hora de analisar o mercado e estabelecer ações que venham de encontro com esta realidade. É a hora e a vez da Medicina Preventiva e da Saúde Ocupacional, que visando principalmente a assistência médica do acidentado do trabalho, a remoção deste acidentado quando necessário e as ações de prevenção e promoção da saúde para os trabalhadores de forma integralizada e segundo os princípios desta nova visão holística.

II - CULTURA ORGANIZACIONAL - SAÚDE TOTAL E QUALIDADE TOTAL

A boa saúde é fortemente influenciada pelo estilo de vida que afeta diretamente a qualidade de vida.

Viver com qualidade de vida é saber manter o equilíbrio no dia-a-dia, procurando sempre melhorar o processo de interiorização de hábitos saudáveis, aumentando a capacidade de enfrentar pressões e dissabores e vivendo mais consciente e harmônico em relação ao meio ambiente, às pessoas e a si próprio.

Saúde é o resultado do gerenciamento adequado das áreas física, emocional, social, profissional, intelectual e espiritual. Cada uma destas áreas contribui de modo importante para a formação da saúde total.

Para o mundo empresarial muitos desafios se apresentam na busca da qualidade total, mas dois deles parecem ser universais quanto à sua natureza: o primeiro está relacionado à necessidade de uma força de trabalho saudável, motivada e preparada para a extrema competição atualmente existente; o

segundo desafio é a capacidade da empresa responder à demanda de seus funcionários em relação a uma melhor qualidade de vida.

O campo de interesse das organizações neste final de década está representado por: produtividade, competitividade, qualidade, contenção de custos, treinamento e, todos eles estão interligados aos seres humanos. A empresa moderna deve, cada vez mais, valorizar seus funcionários, possibilitar autonomia de decisões, descentralizar, considerar os valores pessoais dos indivíduos para atingir uma *performance* que permita excelentes resultados.

O novo modelo empresarial do terceiro milênio está baseado em indivíduos saudáveis, dentro de organizações saudáveis, que respeitam e contribuem para uma comunidade e meio ambiente saudáveis.

Qualidade total e qualidade de vida se completam.

Saúde corporativa significa a soma das áreas assistencial, ocupacional, preventiva e de promoção da saúde. A empresa, além de tratar as doenças, deve preveni-las e também promover a saúde de seus funcionários. Ter uma cultura saudável, valorizando seu capital humano, faz parte da empresa moderna.

III - SAÚDE TOTAL - QUALIDADE DE VIDA E AÇÕES DE SAÚDE

A relação entre saúde e qualidade de vida nos diz que ter saúde é a primeira e essencial condição para que alguém possa qualificar sua vida como de boa qualidade.

Ter saúde significa uma condição de bem-estar que inclui não apenas o bom funcionamento do corpo, mas também o vivenciar uma sensação de bem estar espiritual (ou psicológico) e social. Ter saúde não significa apenas não estar doente, mas manter uma relação saudável entre o indivíduo com as outras pessoas e com o meio ambiente, aproximando-se do moderno conceito de qualidade de vida.

Qualidade de vida pode ser entendida como o nível alcançado por uma pessoa na consecução dos seus objetivos de uma forma hierarquizada e organizada. Estabelecer um plano de vida e ser capaz de pelo menos tentar executá-lo, parece ser condição indissociável de uma boa qualidade de vida e, também, da felicidade, dado que estas duas condições - saúde e qualidade de vida, não sendo sinônimas, andam de braços dados e são, a rigor, inseparáveis.

A vida, embora seja o bem mais valioso da humanidade, tem seu valor calculado de diversas formas, porém com pouco potencial de unanimidade, sendo que existem infinitas variáveis em torno de uma vida.

Considerando que a vida humana não é eterna, o papel da medicina e de outras atividades relacionadas com a saúde da população se resume em prolongar a vida humana, garantindo a qualidade sempre que possível. O uso da epidemiologia é fator preponderante para aumentar a eficiência dos serviços de saúde, através dos modernos estudos estatísticos.

Na nova visão holística, as ações dentro da saúde corporativa que podemos encetar em relação à saúde das pessoas são constituídas de: recuperação da saúde, proteção à saúde e promoção da saúde.

Recuperação da Saúde: As ações de recuperação da saúde são aquelas que exercemos sobre o indivíduo já doente, com o objetivo de evitar sua morte, aliviar seu sofrimento e reabilitá-lo física, social e profissionalmente. Incluem-se entre estas ações a administração de medicamentos, internações em hospitais, intervenções cirúrgicas e, também, os procedimentos fisioterápicos necessários para que possa retornar a uma vida normal, ou o mais próximo possível do normal.

Promoção da Saúde: As ações de promoção da saúde constituem todo um processo destinado a habilitar pessoas e/ou grupos a aumentar o controle sobre sua saúde e melhorá-la, alcançando um estágio de bem estar físico, mental e social. A promoção da saúde é algo que tem muito mais a ver com a qualidade de vida e bem menos com o ato puro e simples de se evitar doenças.

Podemos agrupar em quatro tópicos as ações possíveis no campo da promoção da saúde: o conceito de uma alimentação saudável; um estilo de vida mais ativo do ponto de vista físico; o abandono, ou a não adesão, a "hábitos sabidamente nocivos", como é o caso do fumo, do consumo diário e/ou exagerado de bebidas alcoólicas; e a adesão às drogas ditas ilícitas, incluídas entre elas "calmantes" e medicamentos para "perder peso". A estes tópicos podemos acrescentar as tensões (estresse) às quais nos submetemos e a maneira de lidar com elas e, incluir também, um estado crônico de insatisfação com o que fazemos e somos, e, por conseguinte, com a vida.

A instituição de um programa de promoção da saúde é capaz de atender: primeiro, ao motivar os funcionários, tende a aumentar a produtividade e, portanto, a taxa média de lucratividade; segundo, reduz os custos com assistência médica. Além do que é economizado com assistência médica, há que se levar em conta, também, o prejuízo representado pelas horas de trabalho perdidas em decorrência das faltas e dos afastamentos por razões de doença.

Outra vantagem, mais difícil de mensurar, refere-se à perda, geralmente precoce e inesperada, de quadros importantes para a empresa. São pessoas que, como regra, levam anos sendo treinadas e preparadas, inclusive para assimilarem a filosofia de trabalho da empresa e que repentinamente são ceifadas, ou incapacitadas, pelo infarto do miocárdio ou pelo acidente vascular cerebral.

A promoção da saúde das pessoas, depende não somente de fatores ligados a elas mesmas, à adoção de hábitos saudáveis de vida no plano individual, mas, também, das condições ambientais nas quais estão inseridas, em especial no local de trabalho.

A implantação de programas de promoção de saúde nos locais de trabalho afigura-se, pois, como o caminho mais eficaz e simples para a promoção da saúde da população em geral, justificando-se sua implementação tanto sob o enfoque empresarial como o de saúde pública.

As ações, que contarão com a colaboração de uma equipe multidisciplinar de profissionais da área de saúde e que podem ser desenvolvidas em um programa de promoção de saúde, que inclui qualidade de vida e prevenção, através de campanhas bem orientadas, serão constituídas, entre tantas outras, das seguintes linhas de ação: detecção e controle da hipertensão arterial,

hipercolesterolemia e diabetes; combate à obesidade; programa de atividade física; combate ao tabagismo; controle do estresse; ergonomia; educação nutricional; relacionamento; programa com envolvimento de famílias, comunidades, etc, devendo incluir, também, a detecção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (inclusive AIDS), câncer ginecológico, de mama e da próstata e, também, detecção e controle do alcoolismo e do eventual uso de drogas ilícitas.

Proteção à Saúde: As ações de proteção à saúde são aquelas que visam proteger o indivíduo da ação de riscos aos quais possa estar exposto ou tenha a possibilidade de vir a se expor. São ações bem específicas que visam apenas determinados riscos, claramente identificados. As vacinações, o uso de equipamento de proteção individual (EPI), ações que visem reduzir o nível de colesterol no sangue e o abandono do hábito de fumar também constituem exemplos de proteção à saúde.

As ações de proteção à saúde começaram a ser encetadas há pouco mais de um século nos países mais desenvolvidos industrialmente. No Brasil estas ações iniciaram há pouco mais de meio século, mais exatamente em primeiro de maio de 1943 quando foi instituída a CLT - Consolidação das Leis do Trabalho.

A CLT é um diploma legal que exerceu e ainda exerce um papel muito importante para regular as relações entre o capital e o trabalho em nosso país, necessitando permanentemente de uma ampla revisão para se ajustar à realidade social marcada por transformações rápidas e profundas rumo à globalização da economia.

Desconhecida em grande parte pelos empregados e inobservada em muitos aspectos pelos empregadores, a CLT é a fonte do Direito do Trabalho.

Sobre a medicina do trabalho, a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT determina em seu artigo 168, que o empregador é obrigado a controlar os níveis de saúde dos trabalhadores, custeando todos os procedimentos necessários para este objetivo.

No artigo seguinte, 169, a CLT determina que todo tipo de acidente do trabalho tem que ser notificado pelo empregador, através da CAT. Para os efeitos previdenciários, qualquer doença relacionada ao trabalho, ou até mesmo a suspeita dela, é considerada acidente do trabalho e, portanto, tem que ser notificada pelo empregador.

A Emenda Constitucional no. 20, publicada em dezembro de 1998, determina que o seguro de acidentes do trabalho seja operado pelo Regime Geral da Previdência Social e pela iniciativa privada.

No capítulo dos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica está previsto que

Art. 12 - "O médico deve buscar a melhor adequação do trabalho ao ser humano e a eliminação ou controle dos riscos inerentes ao trabalho";

Art. 13 - "O médico deve denunciar às autoridades competentes quaisquer formas de poluição ou deterioração do meio ambiente, prejudiciais à saúde e à vida" ;

Art. 14 "O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de

responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde”.

Para acompanhar as mudanças dos dispositivos constitucionais e éticos, e para atender a evolução dos conhecimentos científicos e tecnológicos, talvez já dentro da nova visão holística, o Governo Federal vem promovendo revisões e modificações nas normas, regulamentos e leis sobre a saúde, higiene e segurança do trabalho, com o envolvimento de vários Ministérios, principalmente o Ministério da Previdência e Assistência Social-MPAS que continua mantendo a responsabilidade do atendimento ao Seguro de Acidentes do Trabalho, e o Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, que está estabelecendo novas regras de regulamentação do Seguro de Acidentes do Trabalho-SAT, criando a Agência Nacional do Seguro Contra Acidentes do Trabalho-ANSAT, e as Administradoras de Seguro Contra Acidentes do Trabalho-ADSAT, estando ainda implementando e desenvolvendo o Sistema Integrado de Prevenção de Riscos Ambientais - SPRT.

IV - RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL NO SEGURO ACIDENTES DO TRABALHO - SAT

CONCEITO DE ACIDENTE DO TRABALHO E DOENÇA OCUPACIONAL

Considera-se acidente do trabalho aquele que ocorrer pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

Equiparam-se ao acidente do trabalho a doença profissional inerente ou peculiar a determinado ramo de atividade, ou a doença do trabalho resultante das condições especiais ou excepcionais em que o mesmo for realizado, desde que comprovado que o exercício do trabalho teve participação na sua eclosão ou no seu agravamento, ou ainda, o acidente que, ligado ao trabalho, embora este não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte, ou a perda, ou redução da capacidade do segurado para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação.

DA ADMINISTRAÇÃO DO REGIME

A legislação nacional que disciplina a cobertura do risco de acidente de trabalho começa a ganhar profundas correções, que permitirão à iniciativa privada também operar o Seguro de Acidente do Trabalho-SAT.

O seguro contra acidentes do trabalho, de que tratam o inciso XXVIII do artigo 7º e o parágrafo 10 do artigo 201 da Constituição Federal, obedecerá ao disposto na Lei, ainda em tramitação no Legislativo Federal, que dispõe sobre o Seguro Contra Acidentes do Trabalho, e que será executado sob coordenação da Agência Nacional do Seguro Contra Acidentes do Trabalho-ANSAT. A finalidade institucional da ANSAT é promover a defesa do interesse social nas ações de prevenção, assistência médica, reabilitação profissional e reparação dos danos decorrentes dos acidentes do trabalho, regulando a atuação das ADSAT.

O seguro obrigatório de acidente do trabalho será gerido, em forma concorrencial, pelos órgãos públicos da Previdência Social, e complementarmente, pela iniciativa privada através de Sociedades Seguradoras e de Mútuas de Acidentes do Trabalho e Doenças Ocupacionais, que constituirão as Administradoras de Seguro Contra Acidentes do Trabalho-ADSAT, a serem autorizadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego – MTE/ANSAT, e que reúnam os requisitos de solvência financeira, capacidade de gestão e demais exigências definidas em lei. Entende-se por Administradora de Seguros Contra Acidentes do Trabalho-ADSAT, a sociedade seguradora ou a mútua, constituídas na forma da lei e autorizadas pelo MTE/ANSAT a explorar o ramo de seguro contra acidentes do trabalho. Entende-se por sociedade seguradora a entidade aberta, com fins lucrativos ou não, instituída sob a forma de sociedade anônima ou de cooperativa, conforme legislação e normas específicas para a atividade de comercialização de seguros privados. Entende-se por mútua a entidade fechada de direito privado, sem fins lucrativos, em cuja administração participem representantes das empresas associadas e dos segurados, instituída com o objetivo de operar o seguro contra acidente do trabalho. A Administradora de Seguros Contra Acidentes do Trabalho-ADSAT, terá abrangência de âmbito nacional, interestadual ou estadual, tendo como abrangência mínima a área do respectivo estado e será especializada em acidentes do trabalho e doenças profissionais, atuando de forma complementar ao atendimento de acidentes do trabalho do MPAS/INSS e executando ações de prevenção, assistência médica, reabilitação profissional e pagamento de benefícios.

O seguro contra acidentes do trabalho deverá ser organizado e baseado em normas gerais de contabilidade e atuária, de modo a garantir o seu equilíbrio financeiro e atuarial, observados os seguintes princípios:

- a) custeio exclusivamente a cargo das empresas;
- b) revisão periódica do plano de custeios;
- c) redução dos graus de sinistralidade e níveis de gravidade dos acidentes;
- d) garantia de atendimento assistencial de qualidade ao segurado;
- e) garantia de reparação proporcional à gravidade do dano e a idade do acidentado;
- f) progressiva eliminação ou substituição de processos produtivos ou equipamentos que apresentem elevado risco de ocorrências.

O Seguro contra Acidentes do Trabalho-SAT consiste em um sistema destinado à proteção integral dos trabalhadores contra os riscos profissionais, mediante ações coordenadas e integradas de Prevenção de Riscos e Danos, Reparações Econômicas e Reparação Assistencial (Assistência Médica e Reabilitação Profissional).

PREVENÇÃO DE RISCOS E DANOS DO TRABALHO

A prevenção dos acidentes do trabalho e das doenças profissionais deve ser feita pelas empresas, assessoradas e apoiadas pela ADSAT complementarmente às obrigações do MPAS/INSS, e fiscalizadas pelo órgão competente do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE/ANSAT .

A ADSAT deverá implementar e desenvolver o Sistema Integrado de Prevenção de Riscos Ambientais-SPRT, que consiste no conjunto permanente de ações, medidas e programas, previstos em normas e regulamentos, além daqueles desenvolvidos por livre iniciativa da empresa, tendo como objetivo a prevenção de acidentes e doenças, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida, a promoção da saúde do trabalhador e do meio ambiente de trabalho.

É responsabilidade do empregador implantar o SPRT, objetivando garantir permanentemente, um nível mais eficaz de segurança e saúde a todos os trabalhadores, observando como princípios básicos:

a) a integração da atividade preventiva ao processo produtivo, abrangendo todos os aspectos relacionados ao trabalho;

b) o planejamento das ações de prevenção, através da implementação dos programas de gestão da segurança e saúde do trabalhador;

c) a participação dos trabalhadores no planejamento, execução e avaliação das medidas adotadas pela empresa;

d) o emprego de técnicas atualizadas de prevenção.

As ações de prevenção de acidentes e doenças do trabalho pressupõem:

a) a adaptação do trabalho ao homem, especialmente, na concepção dos postos de trabalho, escolha de equipamentos e métodos de produção, incluindo a atenuação do trabalho monótono e repetitivo;

b) o conhecimento das condições de cada atividade e posto de trabalho em relação a organização, ao meio ambiente de trabalho, às relações sociais e às inovações tecnológicas;

c) a avaliação dos riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores em todas as fases do processo de produção;

d) o combate aos riscos na sua origem, priorizando as medidas de proteção coletiva, incluindo aquelas derivadas da substituição de matérias primas ou insumos que exponham a saúde dos trabalhadores;

e) a adoção de medidas destinadas a assegurar o adequado controle à saúde dos trabalhadores;

f) a análise de acidentes e doenças do trabalho, de forma participativa, mantendo adequados registros de informação;

g) o acompanhamento das atividades de trabalho que tenham causado acidentes ou doenças, avaliando, na normalidade, os determinantes desses eventos;

h) o desenvolvimento de atividades educativas em prevenção para todos os trabalhadores, inclusive, para os ocupantes de cargos de direção e chefia, com conteúdo específico para a gestão do SPRT;

i) a implementação dos programas de prevenção previstos nas normas regulamentadoras, em especial àquelas referentes aos programas de gestão da segurança e saúde do trabalho.

O empregador deverá:

a) garantir que os meios e recursos da empresa ou do estabelecimento sejam suficientes para observar os objetivos e princípios do SPRT, que deverá

ser organizado e desenvolvido nas empresas privadas ou públicas, independente do setor econômico e do número de empregados;

b) quando delegar atribuições e responsabilidades, garantir condições para que os vários níveis hierárquicos e o setores da empresa incorporem a obrigação da prevenção de riscos, em quaisquer atividades que realizem e nas decisões que adotem;

c) recorrer a profissionais especializados em segurança e saúde no trabalho, contratando ou constituindo o Serviço Especializado em Segurança e Saúde no Trabalho-SEST.

SERVIÇO ESPECIALIZADO EM SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO-SEST

O SEST é um serviço especializado constituído por uma unidade organizada e integrada, composta por profissionais dedicados exclusivamente ao cumprimento de atribuições relacionadas a prevenção de riscos laborais e que tem por atribuições o desenvolvimento das ações técnicas necessárias a observação do cumprimento dos princípios e dos objetivos do SPRT, em especial àqueles referentes aos programas de gestão da segurança e saúde no trabalho.

As empresas com mais de vinte empregados, deverão contratar ou constituir uma das seguintes modalidades de SEST:

a) Próprio: quando os profissionais especializados mantiverem vínculo empregatício com a empresa;

b) Externo: quando a empresa terceirizar a contratação dos profissionais especializados;

c) Coletivo: quando um segmento empresarial ou econômico terceirizar a contratação dos profissionais especializados.

O SEST deverá ser composto pelos seguintes profissionais especializados:

a) de nível superior: Engenheiro de Segurança do Trabalho, Médico do Trabalho e Enfermeiro do Trabalho;

b) de nível médio: Técnico de Segurança do Trabalho e Auxiliar de Enfermagem do Trabalho.

Essa composição poderá ser alterada com a inclusão de outros profissionais especializados, com formação diversa daquela dos seus integrantes, que melhor atendam às necessidades de implementação do SPRT, tais como Psicólogos, Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas, Assistentes Sociais, Nutricionistas e, também, de outros especialistas da área médica.

REPARAÇÕES ECONÔMICAS

As reparações pecuniárias, a cargo da ADSAT, são as seguintes:

a) indenização por acidente do trabalho;

b) reembolso das despesas com funeral.

Independentemente da percepção destes benefícios, o acidentado ou, quando for o caso, seus dependentes, farão jus, também, presentes os pressupostos para sua concessão, ao auxílio doença, à aposentadoria por invalidez ou à pensão por morte, pagos pelo Regime Geral de Previdência Social – RGPS.

REPARAÇÃO ASSISTENCIAL

A reparação assistencial, prestada diretamente ou mediante a contratação de terceiros, é complementarmente de responsabilidade da ADSAT, inclusive em caso de dolo ou culpa do segurado, e consiste na prestação dos seguintes serviços:

- a) assistência médica; e
- b) reabilitação profissional.

ASSISTÊNCIA MÉDICA

A ADSAT é obrigada a prestar ao segurado vitimado pelo acidente do trabalho, doença profissional ou doença do trabalho, assistência médica integral com vistas à sua plena recuperação desde o momento da ocorrência do acidente e enquanto se fizer necessária.

A assistência médica integral deve compreender todo e qualquer atendimento ambulatorial, hospitalar, cirúrgico, farmacêutico, laboratorial e odontológico e o que mais o caso exigir, inclusive, entre outros, o de fisioterapia, radioterapia, quimioterapia, eletroterapia, cirurgia estética e reparadora, ergoterapia e logoterapia.

Constitui responsabilidade da ADSAT prescrever e fornecer ao acidentado do trabalho todos os aparelhos de órtese e prótese, bem como os medicamentos necessários ao seu tratamento e à sua plena recuperação funcional.

A ADSAT também será responsável pelo transporte do acidentado que estiver impossibilitado de se locomover ou necessitar de assistência médica em localidade diversa da do seu domicílio, em todas as etapas do tratamento.

Nos casos de doença ocupacional, cabe à ADSAT prestar assistência médica integral, assim que forem constatados e comunicados à empresa os primeiros sintomas ou sinais da doença, por parte do trabalhador ou de terceiros, devendo a empresa, de imediato, adotar as medidas de prevenção individuais e coletivas que evitem o agravamento da doença ou lesão do indivíduo ou sua extensão aos demais empregados.

A assistência médica integral deverá estar vinculada e orientada para os objetivos da reabilitação profissional e social do acidentado, com vistas ao seu retorno ao mercado de trabalho, no menor prazo possível.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

O acidentado do trabalho que estiver incapacitado para exercer a sua atividade laborativa será submetido, quando pertinente, a processo de reabilitação profissional, oferecido e custeado pela ADSAT.

A reabilitação profissional tem como objetivo proporcionar ao acidentado do trabalho, os meios adequados ao aproveitamento de todas suas potencialidades físicas, psíquicas e sócio-profissionais, com vistas ao seu retorno ao trabalho.

A reabilitação profissional poderá ser feita em Centros de Reabilitação Profissional, criados pela ADSAT, e de forma complementar, mediante convênios com as Unidades Executivas de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social-INSS e com outras entidades congêneres, abrangendo as

funções de avaliação de capacidade laborativa, orientação profissional, acompanhamento do reabilitando até que se complete o programa de reabilitação, e a reinserção profissional do acidentado.

O acidentado será submetido a avaliação médico-pericial realizada pela ADSAT, a fim de se determinar a extensão e a gravidade das lesões sofridas e o eventual programa de reabilitação adequado.

CONCLUSÃO

O sistema cooperativo médico brasileiro, reconhecido mundialmente como um dos maiores, mais eficientes e organizados prestadores de assistência à saúde, possui todas as condições necessárias para assumir a responsabilidade profissional do atendimento pleno e eficaz do seguro de acidentes do trabalho, de forma complementar como entidade privada e em colaboração com as entidades públicas.

A cooperativa médica está perfeitamente estruturada em todo território nacional, com uma sociedade seguradora atuante, capaz de assumir todos os encargos impostos pela nova legislação da privatização do SAT e se tornar uma administradora de danos e riscos do trabalho.

Os profissionais especializados estão todos organizados, motivados e dispostos a assumirem mais esta responsabilidade em prol do desenvolvimento da saúde ocupacional e da prevenção e atendimento do acidente do trabalho.

Está faltando, somente, a determinação e a vontade política da maioria dos dirigentes cooperativos para a consecução deste desiderato. Não podemos perder a oportunidade de participar deste grande filão que se nos afigura como a grande solução para os problemas da cooperativa, da medicina em geral, da saúde ocupacional em particular e, principalmente, do seguro acidente do trabalho, de forma integral, participativa e holística.

Palavras-Chave: seguro de acidentes, acidentes de trabalho, cooperativa médica, medicina preventiva

Key Words: insurance accident, occupational accident, preventive medicine

ÍNDICE REMISSIVO

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page www.crmpr.org.br Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em biblioteca@crmpr.org.br ou por telefone 0xx41 322-8238.

O DIRETOR TÉCNICO DO HOSPITAL É O RESPONSÁVEL PELA USINA CONCENTRADORA DE OXIGÊNIO (RES. 1355/92).

Parecer CFM

EMENTA

Compete ao diretor técnico da instituição hospitalar fiscalizar as condições de fornecimento de oxigênio produzido por usinas concentradoras, exigindo do fornecedor, periodicamente, análise da mistura fornecida, equipando o hospital sob sua direção conforme o imposto na Resolução CFM nº 1355/92.

O Dr. Mauro Barroso, diretor técnico do Hospital Santa Teresa, solicita do Conselho Federal de Medicina pronunciamento acerca da utilização do oxigênio produzido por usina concentradora.

Por solicitação verbal do senhor Conselheiro Júlio César Meirelles Gomes, a emitir parecer, passo a análise dos fatos.

EXPOSIÇÃO

O consulente, na qualidade de diretor técnico de instituição hospitalar, solicita parecer deste Conselho acerca da utilização de oxigênio produzido por usina concentradora, e pronuncia-se em dois blocos distintos:

“1 – Quais são as situações tecnicamente indicadas para a monitorização de CO₂, conforme o item II do Art. 2º da Resolução CFM nº 1363/93, quando da realização de procedimentos anestésicos?”

2 – Está em vigor o que estabelece o item IV do Art. 1º da mesma Resolução? Em caso positivo, como deve o hospital proceder no caso de o profissional descumprir a referida norma?”

“Estamos aptos à realização dos seguintes procedimentos?”

1 – Atendimentos de urgência/emergência cirúrgica, que necessitem anestesia geral?

2 – Atendimentos cirúrgicos eletivos, que igualmente necessitem anestesia geral?

3 – Não estando apto para qualquer das situações acima, que providências deve o hospital tomar no sentido do saneamento das deficiências?”

Num primeiro passo, o consulente trata a utilização do oxigênio produzido pelas usinas concentradoras, para, em seguida, questionar acerca da Resolução CFM nº 1.363/93, normatizadora do exercício da anestesiologia. Ressalve-se que estas são questões distintas, tratadas em duas resoluções, requerendo, portanto, análises em separado; o que farei para tornar mais didático este parecer.

PARECER

Com o argumento da redução do custo do oxigênio medicinal utilizado pelos hospitais brasileiros, há cerca de quatro anos surgiram empresas interessadas na produção de oxigênio, processando a partir da instalação, nas próprias dependências do usuário, de usinas que filtram o ar atmosférico, fazem o processamento e o fornecem à rede hospitalar numa concentração variável entre 92 e 96%.

Alertado pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia, em 14 de agosto de 1992, em Sessão Plenária, o Conselho Federal de Medicina aprovou a Resolução nº 1355/92, que normatiza a utilização do oxigênio produzido pelas usinas concentradoras.

Esta Resolução é absolutamente clara para o esclarecimento das dúvidas levantadas pelo consulente. Creio que a simples leitura do texto normativo seria suficiente para tal. Entretanto, acredito ser importante frisar alguns aspectos normativos, para maior clareza:

1 – Que para assegurar a qualidade da mistura dos gases produzidos pela usina concentradora, há necessidade de avaliação periódica do sistema de funcionamento dos filtros, de forma a impedir que as concentrações de argônio e nitrogênio não ultrapassem, respectivamente, a 5% e 4%.

2 – O médico deve conduzir-se com o máximo de zelo na atenção à saúde do seu paciente, procurando preservá-la ou mesmo restituí-la. Sendo o médico profissional responsável pela prescrição da utilização do oxigênio em suas diversas aplicabilidades (oxigenoterapia, ventilação artificial em terapia intensiva e anestesia) ou mesmo aquele que o administra, como é o caso dos anestesiológicos, por exemplo, faz-se imperativo que existam no hospital, em locais de fácil acesso aos médicos, placas indicadoras do sistema utilizado para que estes fiquem cientes do produto colocado à disposição.

3 – Que os aparelhos de ventilação artificial utilizado em terapia intensiva e anestesia sejam providos de analisadores da concentração de oxigênio, quando houver mistura com outros gases.

Lembro que, nos dias atuais é cada vez mais utilizado o ar comprimido como elemento para acionar os mecanismos de funcionamento dos ventiladores automáticos de pulmão. Embora, na maioria dos casos, este elemento não entre em contato com o paciente, não podemos nos esquecer que havendo qualquer mecanismo de *by-pass* ar/oxigênio pode igualmente existir a possibilidade acidental (por exemplo, um pequeno furo na campânula do ventilador) da administração de uma mistura com teor de oxigênio aquém daquela pretendida. Em situações limítrofes posso mesmo admitir uma mistura hipóxica, com todo o seu imponderável desdobramento.

Outra situação freqüente, sobretudo em terapia intensiva neonatal, é a conduta de administrar-se cada vez mais misturas com fração inspirada de oxigênio mais baixas, procurando afastar-se das complicações advindas da administração de altas concentrações de oxigênio.

Portanto, em ambos os casos há necessidade de aferição desta mistura, através da instalação dos analisadores da concentração de oxigênio.

Passo a análise das questões relacionadas ao cumprimento da Resolução CFM nº 1363/93.

1 – Condições tecnicamente indicadas para a monitorização do CO₂.

Qualquer indicação de controle das funções vitais durante o ato anestesiológico é responsabilidade intransferível do anestesiológico. Portanto, cabe ao médico investido nesta função, avaliar a necessidade de utilização de equipamentos e técnicas assegurando a segurança para o paciente anestesiado.

A título pedagógico genérico, o controle do CO₂ expirado deve ser mandatário nas situações nas quais o médico esteja utilizando ventilação artificial dos pulmões, procurando manter a terapêutica adequada a cada caso.

Situações especiais nas quais há necessidade da monitorização do CO₂ expirado: susceptibilidade a hipertermia maligna, pacientes com alterações metabólicas e circulatórias, em cirurgias nas quais existe maior probabilidade de ocorrer embolismo pulmonar (por ar, CO₂, gordura, etc) e naqueles procedimentos em que seja utilizado o CO₂ (ex: pneumoperitônio nas laparoscopia), devido à possibilidade de absorção deste gás.

2 – Artigo 1º, inciso IV, "Da prática das anestésias simultâneas".

No meu entender, configura-se abuso do poder do médico sobre o paciente, àquela altura completamente indefeso diante das técnicas e agentes empregados para a realização de qualquer ato anestésico-cirúrgico.

O próprio texto da resolução é explícito. A simultaneidade de anestésias em pacientes distintos é ato aéctico.

Antiético, porquanto afronta resolução do Conselho Federal de Medicina e o próprio Código de Ética Médica em seu Art. 29; abaixo transcrito:

"É vedado ao médico praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência",

O médico que assim se porta é negligente e imprudente.

De acordo com a Resolução CFM nº 1342/91, Art. 2º, é atribuição do diretor técnico de organização hospitalar:

"Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor".

Portanto, ao diretor técnico compete denunciar à Comissão de Ética do hospital ou diretamente ao Conselho Regional de Medicina o médico que pratica anestésias simultâneas em pacientes distintos.

CONCLUSÃO

Não há dúvida que tanto o diretor técnico quanto o médico estão envolvidos em ambos os questionamentos feitos pelo consulente.

Ficou claro a este relator que a questão emergencial desta consulta está intimamente associada à utilização da mistura de gases provenientes da usina concentradora de oxigênio.

Preocupa-me a questão pecuniária. É de conhecimento público a dificuldade enfrentada pelos administradores hospitalares na condução das questões financeiras, sobretudo naqueles que sobrevivem das verbas do sistema público de assistência à saúde. Esta questão, sem dúvida, está motivando os hospitais brasileiros a adotarem este novo sistema de fornecimento de oxigênio. Contudo, é necessário o cumprimento rígido da Resolução CFM nº 1355/92, não havendo justificativa racional nem legal para subtrair-se à segurança dos pacientes em favor da economia. Isto ocorrendo, há quebra na relação custo-benefício, cujo responsável é o diretor técnico da instituição hospitalar.

Portanto, sendo atribuição do diretor técnico fiscalizar o cumprimento por parte do fornecedor (desde a instalação até a manutenção preventiva do equipamento em condições de uso medicinal), à normativa oriunda deste Egrégio Conselho Federal de Medicina, ao médico compete, tão somente, denunciar o fato à Comissão de Ética ou ao Conselho Regional de Medicina, com base no Art. 22 do Código de Ética Médica.

Brasília (DF), 12 de maio de 1995.

José Abelardo Garcia de Meneses
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 1516/95
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 10/11/95

Palavras-Chave: oxigênio, usina de oxigênio, responsabilidade pelo oxigênio
Key Words: oxygen, responsibility for oxygen

Hospital tem coleção de 400 fetos

Foi revelado ontem que um hospital na Grã-Bretanha que está sob investigação por manter os órgãos internos de bebês tem também uma coleção de 400 fetos. O Hospital Infantil Alder Hey, em Liverpool já havia sido muito criticado no ano passado por haver removido e guardado órgãos de bebês mortos entre 1988 e 1995, sem autorização dos pais. A coleção de fetos foi descoberta pela ONG chamada Pity2, formada pelos pais dos bebês.

Gazeta do Povo, 11/2000.

FORNECIMENTO DA LISTAGEM DE MÉDICOS DO CRM

Parecer CREMEB

EMENTA

Fornecimento de dados cadastrais. O cadastro dos médicos inscritos no CREMEB poderá ser fornecido às demais entidades médicas, sociedades de especialidades e comissões de formatura. Será garantido o sigilo dos dados de caráter pessoal. As solicitações de listagens devem conter obrigatoriamente as razões da solicitação. O requerente assumirá o compromisso da guarda das informações contidas no cadastro fornecido. Não será fornecida listagem e/ou cadastro para fins comerciais.

EXPOSIÇÃO

O presente feito é originário do Sindicato dos Médicos no Estado da Bahia - SINDIMED, que através do ofício nº 001/00, protocolado na secretaria do CREMEB em 12 de janeiro de 2000, subscrito pela Vice-Presidente, Dra. Jane Luiza Vasconcelos de Oliveira, solicita do CREMEB as atualizações cadastrais dos médicos, com a finalidade de efetivar a cobrança da Contribuição Sindical devida pelos médicos inscritos na jurisdição deste Conselho.

Incontinenti, ainda no mesmo dia do protocolo, o Sr. Presidente do CREMEB encaminha o of. nº 88/2000 no qual solicita "emissão de parecer e posterior análise em sessão plenária, com a brevidade possível".

PARECER

A Contribuição Sindical foi fixada a partir da vigência da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.

O capítulo III da CLT trata "Da fixação e do recolhimento da Contribuição Sindical", *in verbis*:

"Art. 578 – As contribuições devidas aos sindicatos pelos que participem das categorias econômicas ou profissionais ou das profissões liberais representadas pelas referidas entidades serão, sob a denominação de "Contribuição Sindical", pagas, recolhidas e aplicadas na forma estabelecida neste Capítulo.

Art. 579 – A contribuição sindical é devida por todos aqueles que participarem de uma determinada categoria econômica ou profissional, ou de uma profissão liberal, em favor do sindicato representativo da mesma categoria ou profissão, ou, inexistindo este, na conformidade do disposto no art. 591.

Art. 591 – Inexistindo sindicato, o percentual previsto no item III do art. 589 será creditado à federação correspondente à mesma categoria econômica ou profissional.

Art. 582 – Os empregadores são obrigados a descontar, da folha de pagamento de seus empregados relativa ao mês de março de cada ano, a contribuição sindical por estes devida aos respectivos sindicatos.

Art. 583 – O recolhimento da contribuição sindical referente aos empregados e trabalhadores avulsos será efetuado no mês de abril de cada ano, e o relativo aos agentes ou trabalhadores autônomos e profissionais liberais realizar-se-á no mês de fevereiro.

Art. 584 – Servirá de base para o pagamento da contribuição sindical, pelos agentes ou trabalhadores autônomos e profissionais liberais, a lista de contribuintes organizada pelos respectivos sindicatos, e na falta destes, pelas federações ou confederações coordenadoras da categoria.

Art. 587 – O recolhimento da contribuição sindical dos empregadores efetuar-se-á no mês de janeiro de cada ano, ou, para os que venham a estabelecer-se após aquele mês, na ocasião em que requeiram às repartições o registro ou a licença para o exercício da respectiva atividade.

Art. 589 – Sem prejuízo da ação criminal e das penalidades previstas no art. 553, serão aplicadas multas de três quintos a 600 valores-de-referência regionais, pelas infrações deste Capítulo, impostas pelas Delegacias Regionais do Trabalho.

Art. 599 – Para os profissionais liberais, a penalidade consistirá na suspensão do exercício profissional, até a necessária quitação, e será aplicada pelos órgãos públicos ou autárquicos disciplinadores das respectivas profissões mediante comunicação das autoridades fiscalizadoras.

Art. 600 – *O recolhimento da contribuição sindical efetuado fora do prazo referido neste Capítulo, quando espontâneo, será acrescido da multa de 10% (dez por cento) nos trinta primeiros dias, com o adicional de 2% (dois por cento) por mês subsequente de atraso, além de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária, ficando, nesse caso, o infrator, isento de outra penalidade.*

Fruto de debate político dos mais interessantes que participei quando conselheiro do Conselho Federal de Medicina (1994-1999), foram aprovados dois pareceres, de nºs 19/97 e 10/98, exarados respectivamente pelos ilustres conselheiros Sérgio Ibiapina Ferreira Costa e Paulo Eduardo Behrens, e a resolução CFM nº 1.495/98. Tanto os pareceres quanto à resolução normativa, tratam da liberação das listas dos médicos inscritos nos conselhos regionais e federal para outras entidades médicas representativas da categoria médica.

A norma criada a partir da vigência da citada resolução dispõe que: *“Art. 1º – Os médicos, quando de suas inscrições nos Conselhos Regionais de Medicina, deverão, mediante documento escrito, apensado à sua pasta pessoal de registro, manifestar sua autorização ou não para que o Conselho Regional possa, de acordo com critérios éticos aprovados por sua Plenária, liberar seus endereços residencial e/ou de local de trabalho para outras entidades representativas da categoria, sociedades de especialidades, comissões de formaturas e outras congêneres.*

Art. 2º – Os médicos já inscritos nos Conselhos Regionais antes da vigência desta Resolução deverão ser consultados para que manifestem sua vontade quanto à liberação de seus endereços.

§ único – A concordância na liberação dos endereços somente será considerada mediante a manifestação positiva do médico.

Art. 3º – *Esta manifestação de vontade poderá ser modificada, a critério do médico, a qualquer tempo, caso ele assim o deseje.*”

CONCLUSÃO

DA LEGISLAÇÃO

A Contribuição Sindical não é considerada um tributo ou um imposto, é no entanto, uma contribuição compulsória, devida pelo conjunto de trabalhadores de determinada categoria, incluindo-se aí os profissionais liberais, independentemente de sua condição de filiado ao respectivo sindicato.

O recolhimento da Contribuição Sindical é efetivada anualmente, em uma única parcela e tem finalidade específica definida na CLT. Este recolhimento é feito através dos estabelecimentos bancários integrantes do sistema de arrecadação de tributos federais, obedecendo ao sistema de guias, de acordo com as instruções expedidas pelo Ministério do Trabalho.

A CLT faz referência explícita ao compromisso das federações ou confederações coordenadoras da categoria, de fornecerem a lista de contribuintes que servirá de base para o pagamento da Contribuição Sindical. Ora, a CLT foi elaborada para o conjunto de trabalhadores de todas as categorias econômicas e profissionais, portanto, só poderia haver uma denominação ampla, abrangente e indefinida. E sobre este fato, acrescenta-se que a CLT foi aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452 em 1º de maio de 1943, portanto anterior ao Decreto-Lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945, que instituiu o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina. Realmente não poderia ser outra denominação, a não ser a que foi ofertada. Donde pode-se concluir que, o que outrora fora chamado de federação ou confederação, deve-se entender atualmente como Conselho Regional ou Conselho Federal da categoria.

Noutro pólo, existe em tramitação no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3.003/97, que, se aprovado, irá revogar os artigos 578 a 610 da CLT, exatamente aqueles que tratam da fixação e do recolhimento da Contribuição Sindical, transformando-a em contribuição negocial de custeio do sistema federativo. Saliente-se que a norma resultante do substitutivo ao PL 5.169/90 foi objeto de veto, donde se depreende que continua vigente o *status quo*.

Verificada a *lex* que instituiu a Contribuição Sindical devida por todos os médicos inscritos no CREMEB, passo a analisar a discussão quanto à liberação por parte deste Conselho da atualização cadastral solicitada pelo SINDIMED.

Preliminarmente devemos nos ater a análise imperiosa da necessidade de acesso ao cadastro atualizado do CREMEB por parte do SINDIMED para o fiel cumprimento do que dispõe a CLT. Por ser a inscrição no Conselho Regional obrigatória para todos os diplomados em medicina que pretendam exercer a

profissão no Brasil, é óbvio que para o cumprimento do que dispõe a CLT quanto a Contribuição Sindical faz-se necessário que o Sindicato dos Médicos recorra ao Conselho Regional anualmente requerendo o cadastro atualizado dos médicos.

Noutro passo, adoto alguns trechos do lúcido parecer exarado pelo Dr. Paulo Eduardo Behrens:

“Esta é uma questão política.

É necessário, e isto é consensual, que consigamos aglutinar o maior número possível de médicos em torno de suas entidades representativas, conferindo-lhes mais força e poder de luta contra a situação que vive o profissional de Medicina no Brasil.

É falacioso o argumento de que esta filiação é passiva, na medida em que as entidades ofereçam serviços à categoria.

Isto não é verdade. Não é assim que funciona.

É fundamental acessar o médico, informá-lo sobre as atividades desenvolvidas, serviços oferecidos, e apresentar-lhe o argumento político da necessidade de sua filiação.

Este pensamento, por alguns externado, representa a antítese da publicidade, do marketing, ciências cada vez mais utilizadas por todos. *E os Conselhos têm uma importante parcela de responsabilidade nesta aglutinação, pois além de possuírem a compulsoriedade da filiação têm o dever de capitanear o movimento médico, por sua estatuta ética e legal.*”

Diante do exposto e considerando que:

1º) A Contribuição Sindical é compulsória, devida por todos os médicos.

2º) O CREMEB é o fiel depositário da “lista de contribuintes” (artigo 584 da CLT) que serve de base para o acesso do SINDIMED a todos os médicos inscritos nesta jurisdição.

3º) Entre as atribuições dos Conselhos de Medicina está a publicação anual da relação dos médicos inscritos, conforme o disposto na alínea “i”, do artigo 15 da Lei nº 3.268/57, *in verbis*: **“São atribuições dos Conselhos de Medicina: publicar relatórios anuais de seus trabalhos e a relação dos profissionais registrados.**

4º) A negativa do CREMEB de atender a solicitação poderá resultar em cumplicidade ao impedir que o SINDIMED possa cobrar a Contribuição Sindical, prevaricando ambas as entidades de suas atribuições legais.

5º) Há penalidade para o profissional que não fizer a quitação da Contribuição Sindical, e que esta penalidade deve ser aplicada pelo órgão disciplinador da categoria, no caso o CREMEB.

6º) Há necessidade de consulta aos médicos inscritos no CREMEB, anteriormente à norma baixada através da Resolução CFM nº 1.495/98, que disciplina a matéria, para que declinem da sua vontade expressa de autorizar, ou desautorizar, a publicação do seu endereço, residencial e/ou comercial.

Opino no sentido de que:

1º) A Diretoria do CREMEB atenda a solicitação do SINDIMED, fornecendo o cadastro atualizado dos médicos jurisdicionados.

2º) Doravante as solicitações de listagens feitas por entidades médicas, sociedades de especialidades e comissões de formaturas devam conter as razões da solicitação e que haja o compromisso formal do requerente de não fornecimento do cadastro a terceiros.

3º) Em hipótese alguma seja fornecida listagem e/ou cadastro para fins comerciais.

4º) A Diretoria do CREMEB promova consulta aos médicos jurisdicionados antes da vigência da Resolução CFM n° 1.495/98, para que manifestem a vontade na liberação do endereço residencial e/ou comercial.

Este é o PARECER. S.M.J.

Salvador (Ba), 17 de janeiro de 2000.

José Abelardo Garcia de Meneses
Cons. Relator

Processo-Consulta CREMEB n° 73677/00
Parecer Aprovado
Sessão- Plenária de 17/01/2000

Palavras-Chave: contribuição sindical, listagem de médicos
Key Words: labor union contribution, physician list

Indenização por erro médico

A prefeitura de Foz do Iguaçu foi condenada pelo Tribunal de Justiça do Paraná a pagar uma indenização de aproximadamente R\$ 55 mil à família da garota Kelly Rocha da Cunha, 13 anos. Ela ficou cega do olho esquerdo depois de ser submetida, há 8 anos, a um tratamento médico de um oftalmologista que trabalha para o município. A Prefeitura ainda não recebeu a notificação.

Gazeta do Povo, 6/11/00

PADRONIZAÇÃO DO DOCUMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR. ETICIDADE DA PORTARIA MS/Nº 221

Parecer CFM

EMENTA

Ausência de reparo ético em artigo da portaria do Ministério da Saúde, que trata da prestação de informações pelos hospitais.

DA CONSULTA

O CRM-BA deseja saber se a Portaria nº 221, do Ministério da Saúde, fere o CEM, especialmente seu artigo 2º, onde se lê:

“Padronizar o documento de Comunicação de Internação Hospitalar – CIH, que deverá conter, obrigatoriamente, as seguintes informações:

- Identificação do paciente;
- Identificação da unidade hospitalar;
- Procedimento médico-cirúrgico realizado;
- Tipo de alta, e
- Fonte de remuneração/financiamento do atendimento”.

DO PARECER

Aparentemente, é vigente a portaria em questão, como salienta o ofício do CRM-BA. Não se conhece nenhum ato revogando a Portaria nº 221, mas sua implementação, na verdade não foi alcançada até a presente data, o que, no fundo, não importa. Também não deve merecer consideração o fato de que a vigência da Portaria nº 221 dará, ao Ministério da Saúde, ciência do atendimento, por parte de instituições públicas, de pacientes usuários de planos de saúde.

O motivo da consulta prende-se à possibilidade de quebra de sigilo. Sob esse ângulo, pode ser compulsada a seguinte literatura especializada: Pareceres-Consulta CFM números 429/86 (30/86), 2.129/95 (09/96), 7.287/97 (22/98).

Basicamente, prevalece o entendimento de que o fim social a ser atingido requer informações precisas, as quais não tipificam infração ética porque seu manuseio será restrito a funcionários também sujeitos ao sigilo, com o único interesse em aprimorar os serviços de saúde.

Assim sendo, SMJ, o artigo 2º da Portaria MS nº 221 não suscita reparo ético.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 2 de maio de 2000.

Luiz Nódgi Nogueira Filho
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 8199/99
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 14/7/00

Palavras-Chave: internação hospitalar, documento de internação, identificação ética.
Key Words: hospital internation, internation document, ethics identification

ESTÉTICAS FUNCIONAIS DO APARELHO MASTIGATÓRIO CIRURGIA DE COMPETÊNCIA ESTRITA DO CIRURGIÃO- DENTISTA (REF. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.536/98).

Parecer CFM

EMENTA

Cirurgia estética do aparelho mastigatório visa corrigir os defeitos de oclusão e da articulação têmporo-mandibular, sendo de estrita competência do cirurgião-dentista.

Pelo Ofício CFM nº 1.831/2000, fomos nomeados para emitir parecer sobre o Processo Consulta nº 795/2000, tendo como interessado o sr. Ricardo Dornelles, o qual versa sobre estéticas funcionais do aparelho mastigatório e cirurgia de competência estrita do cirurgião-dentista.

Histórico

Em 2/2/2000, foi protocolada no CFM solicitação do sr. Ricardo Dornelles, datada de 1/2/2000, nos seguintes termos:

“Prezados senhores,

Solicito melhor esclarecimento sobre a terminologia “(...) estéticas funcionais do aparelho mastigatório (...)”, utilizada no art. 2º da Resolução CFM nº 1.536/98 e, se possível, uma relação nos procedimentos incluídos nesta categoria.

Quais são as cirurgias crânio-cervicais de “estrita competência do cirurgião-dentista”, como mencionado na Resolução CFM nº 1.536/98?

Exposição

A Resolução CFM nº 1.536/98 foi emitida com o intuito de reduzir as dúvidas e as controvérsias sobre a interface entre a Medicina e a Odontologia; utiliza o termo reduzir porque, enquanto a Odontologia não for considerada especialidade médica, estas dúvidas e controvérsias sempre existirão. As que o sr. Ricardo Dornelles solicita esclarecimentos referem-se a:

A Resolução CFM nº 1.536/98, no seu 5º CONSIDERANDO, assim se reporta:

CONSIDERANDO que as cirurgias crânio-cervicais são realizadas por médicos especializados, aos quais é impossível estabelecer restrições de qualquer natureza, salvo as de estrita competência do cirurgião-dentista;

No seu Art. 2º, explicita:

Art. 2º - “É de competência exclusiva do médico o tratamento de neoplasias malignas, neoplasias das glândulas salivares maiores (parótida, submandibular e sublingual), o acesso pela via cervical infra-hioidéia, bem como a prática de cirurgia estética, ressalvadas as estéticas funcionais do aparelho mastigatório”.

Atendendo à primeira pergunta, sobre a terminologia “estéticas funcionais do aparelho mastigatório” – ressalva que já constava da Resolução CFM nº 852/78, emitida após consenso entre os Conselhos Federais de Medicina e Odontologia, revogada pela resolução em epígrafe – respondemos que são as cirurgias estéticas que visam corrigir os defeitos de oclusão e a articulação têmporo-mandibular, e que o CFO poderá melhor esclarecer quantos aos procedimentos aí incluídos.

Quanto à segunda indagação, “quais são as cirurgias crânio-cervicais de estrita competência do cirurgião-dentista?” respondemos que são as de estética do aparelho mastigatório, defesas aos médicos.

É o parecer, SMJ.

Brasília, 24 de abril de 2000.

Rodrigo Orlando Nabuco Teixeira
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 795/00
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 14/7/2000.

Palavras-Chave: cirurgia do aparelho mastigatório, competências do dentista, cirurgião-dentista

Key Words: dentistry surgery, surgery dental occlusion

Holanda legaliza eutanásia

A Holanda, que há décadas tolera a indução de morte em pacientes terminais, aprovou nesta terça-feira a legalização da eutanásia. Com a Decisão da Câmara Baixa do Parlamento, o país torna-se o primeiro do mundo a liberar o procedimento.

Segundo uma porta-voz do Parlamento, o projeto de lei foi aprovado pela Câmara Baixa por 104 votos a favor contra 40. A emenda contava com o apoio dos três partidos da coalizão governista nos debates da semana passada.

Pedido voluntário e substancioso

A nova lei manda que os pacientes terminais adultos façam um pedido voluntário e substancioso para morrer em face da perspectiva de uma doença incurável e penosa. Os médicos devem informar os pacientes sobre suas chances futuras e devem chegar à conclusão inquestionável de que não há uma alternativa de cura.

Depois da aprovação pela Câmara Baixa do Parlamento, o projeto será votado pela Câmara Alta no próximo ano, onde a aprovação é considerada apenas uma formalidade.

Fonte: Reuters 28/11/00

MÉDICO NOMEADO PERITO

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.497/98

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

CONSIDERANDO que caberá aos Conselhos Regionais de Medicina fiscalizar os atos profissionais do médico designado como perito;

CONSIDERANDO a redação do parágrafo único do artigo 424 do Código de Processo Civil, o qual determina ao Juiz que comunique à corporação profissional quando o perito deixar de cumprir o encargo no prazo que lhe foi determinado;

CONSIDERANDO a intenção do legislador em delegar aos Conselhos de Fiscalização Profissional poderes para apuração de fatos, através da instauração de Processo Ético-Disciplinar e, a respectiva aplicação da pena;

CONSIDERANDO que o médico perito, ao ser nomeado, investe-se automaticamente em função pública, subordinando-se às obrigações e preceitos norteadores da administração pública;

CONSIDERANDO que todos aqueles que desempenharam atividades administrativas e públicas, em razão de encargo ou contrato, são denominados Agentes Públicos;

CONSIDERANDO que o desempenho de funções administrativas expõe o Agente Público às responsabilidades penal, civil e administrativa;

CONSIDERANDO, ainda, que a Resolução CFM nº 672/75 determina aos médicos que se mantenham atentos às suas responsabilidades ética, administrativa, penal e civil;

CONSIDERANDO que para exercer a medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa;

CONSIDERANDO que o artigo 142 do Código de Ética Médica obriga o médico a acatar e respeitar os Acórdãos e Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO, finalmente, o aprovado em Sessão Plenária de 08 de julho de 1998;

RESOLVE:

Art. 1º - Determinar que o médico nomeado perito, execute e cumpra o encargo, no prazo que lhe for determinado, mantendo-se sempre atento às suas responsabilidades ética, administrativa, penal e civil.

Parágrafo Único – O médico fará jus aos honorários decorrentes do serviço prestado.

Art. 2º - O médico designado perito pode, todavia, nos termos do artigo 424 do Código de Processo Civil, escusar-se do encargo alegando motivo legítimo.

Art. 3º - O descumprimento da presente Resolução configura infração ética, sujeita a ação disciplinar pelos respectivos Conselhos Regionais de Medicina.

Art. 4º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 08 de julho de 1998.

Sérgio Ibiapina Ferreira da Costa
Presidente em Exercício

Júlio César Meirelles Gomes
1º Secretário

Resolução CFM nº 1497/98
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 08/07/98

Palavras-Chave: médico perito, responsabilidades do perito, ética do perito, honorários na perícia

Key Words: medical expert, expert responsibility, ethics of the expert, expert payment

Vaticano critica Holanda por eutanásia

O Vaticano criticou o voto da Câmara Baixa do Parlamento holandês a favor da legalização da eutanásia, afirmando que a lei contradiz as declarações sobre ética que foram adotadas durante anos pela comunidade médica.

A histórica votação na Câmara Baixa do Parlamento em Amsterdã, que terminou em 104 a 40, fez da Holanda o primeiro país a votar pela legalização da controversa prática, depois de décadas de tolerância não oficial à eutanásia no país.

- É triste que a Holanda se torne a primeira a querer aprovar uma lei que vai contra a dignidade humana. Essa lei impõe uma séria questão de consciência a ser enfrentada pelos médicos. Mais uma vez, estamos diante de uma lei do Estado que se opõe à lei da consciência humana disse o porta-voz do Vaticano, Joaquín Navarro-Valls.

Fonte: Reuters 28/11/00

Colega

*Não presenteie com
Álcool ou Tabaco.*

Seja criativo.

*Você também é
Responsável.*

MÉDICO NOMEADO PERITO. QUANDO ACEITAR OU RECUSAR A DESIGNAÇÃO

Parecer CFM

EMENTA

Perito – obrigatoriedade na execução da perícia – possibilidade de escusar-se por motivo legítimo.

O Dr. Alberto Barbosa Correa, Chefe da UM de Oriximiná, encaminha expediente a este CFM, formulando os quesitos abaixo elencados, quais sejam:

a) Se tem obrigação de atender solicitações de atendimento aos exames de corpo de delito e exame necróptico, uma vez que não é legista nem perito para tais casos;

b) Se existe lei que obrigue a executar tais atividades e quais penalidades estaria sujeito se as recusasse. Questiona ainda se há amparo legal caso seja acusado de imperícia na confecção dos laudos.

Este Setor Jurídico, opinou por bem em elaborar um percuciente estudo acerca da matéria, em termos:

ESTUDO

HISTÓRICO

A finalidade da perícia médica adveio da necessidade de orientar e esclarecer dúvidas eventuais que necessitem de conhecimentos técnicos ou científicos, para que os resultados venham a ser justos.

Foram então nascendo sob perspectivas diversas os médicos-peritos, fruto de uma conseqüente necessidade real, técnico-administrativa e legal.

Observou-se uma propagação da perícia médica em seu campo de atuação, não mais restrita às atividades infortunisticas, como o era em seu início.

Destarte, o crescimento do volume e da complexidade de suas tarefas gerou um acúmulo de experiência e assim tem a perícia médica evoluído conceitualmente. Suas ações se tornaram mais eficazes, suas condutas mais claras e seus indicadores passaram a ter maior credibilidade.

Foram se fixando conceitos, no decorrer de sua evolução, definindo-se as especializações, estabelecendo-se normas e padrões de conduta.

A perícia médica passou então a servir como instrumento de avaliação o qual fornece subsídios para que se atinja as finalidades intrínsecas para que foi requerida.

DISPOSIÇÕES LEGAIS SOBRE PERÍCIA E PERITOS EM GERAL

A priori, tem-se por logo necessário elencar a legislação pertinente aos peritos e à perícia em geral objetivando com isto, principiar o presente estudo com balizares legais que nos orientarão no decurso do texto.

Determinam os nossos Digestos Processuais acerca da matéria, *verbis*:

Código de Processo Civil:

Do Perito:

“Art. 145 – Quando a prova do fato depender de conhecimento técnico ou científico, o juiz será assistido por perito, segundo disposto no art. 421.

Parágrafo Primeiro – Os peritos serão escolhidos entre profissionais de nível universitário, devidamente inscritos no órgão de classe competente, respeitando o disposto no Capítulo VI, seção VII, deste Código.

Parágrafo Segundo – Os peritos comprovarão sua especialidade nas matérias sobre que deverão opinar, mediante certidão do órgão profissional em que estiverem escritos.

Parágrafo Terceiro – Nas localidades onde não houver profissionais qualificados que não preencham os requisitos dos parágrafos anteriores, a indicação dos peritos será de livre escolha do juiz”.

“Art. 146 – O perito tem o dever de cumprir o ofício, no prazo que lhe assina a lei, empregando toda a sua diligência; pode, todavia, escusar-se do encargo alegando motivo legítimo”.

Parágrafo Único – A escusa será apresentada, dentro de 5 (cinco) dias contados da intimação, ou do impedimento superveniente ao compromisso sob pena de se reputar renunciado o direito a alegá-la (art. 423)”.

“Art. 147 – O perito que, por dolo ou culpa, prestar informações inverídicas, responderá pelos prejuízos que causar à parte, ficará inabilitado, por 2 (dois) anos, a funcionar em outras perícias e incorrerá na sanção que a lei penal estabelecer”.

Da prova Pericial

“Art. 420 – A prova pericial consiste em exame, vistoria ou avaliação.

Parágrafo Único – O juiz indeferirá a perícia quando:

I – a prova do fato não depender do conhecimento especial de técnico;

II – for desnecessária em vista de outras provas produzidas;

III – a verificação for impraticável”.

“Art. 421 – O juiz nomeará o perito, fixando de imediato o prazo para entrega do laudo.

Parágrafo Primeiro – Incumbe às partes, dentro de 5 (cinco) dias, contados da intimação do despacho de nomeação do perito:

I – indicar o assistente técnico;

II – apresentar quesitos.

Parágrafo Segundo – Quando a natureza do fato o permitir, a perícia poderá consistir apenas na inquirição pelo juiz do perito e dos assistentes, por ocasião da audiência de instrução e julgamento a respeito das coisas que houverem informalmente examinado”.

“Art. 422 – O perito cumprirá escrupulosamente o encargo que lhe foi cometido, independentemente de termo de compromisso. Os assistentes técnicos são de confiança da parte, não sujeitos a impedimento ou suspeição”.

"Art. 423 – O perito pode escusar-se (art. 146), ou ser recusado por impedimento ou suspeição (art. 138, III); ao aceitar a escusa ou ao julgar procedente a impugnação, o juiz nomeará novo perito".

"Art. 424 – O perito ou assistente pode ser substituído quando:

I – carecer de conhecimento técnico ou científico;

II – sem motivo legítimo, deixar de cumprir o encargo no prazo que lhe foi assinado.

Parágrafo Único – No caso previsto no inciso II, o juiz comunicará a ocorrência à corporação profissional respectiva, podendo ainda impor multa ao perito, fixada tendo em vista o valor da causa e o possível prejuízo decorrente do atraso no processo".

"Art. 425 – Poderão as partes apresentar, durante a diligência, quesitos suplementares. Da juntada dos quesitos aos autos dará o escrivão ciência à parte contrária".

"Art. 426 – Compete ao juiz:

I – indeferir quesitos impertinentes;

II – formular os que entender necessários ao esclarecimento da causa".

"Art. 427 – O juiz poderá dispensar prova pericial quando as partes, na inicial e na contestação, apresentarem sobre as questões de fato pareceres técnicos ou documentos elucidativos que considerar suficientes".

"Art. 428 – Quando a prova tiver de realizar-se por carta, poderá proceder-se à nomeação de perito e indicação de assistentes técnicos no juízo, ao qual se requisitar a perícia".

"Art. 429 – Para o desempenho de sua função, podem o perito e os assistentes técnicos utilizar-se de todos os meios necessários, ouvindo testemunhas, obtendo informações, solicitando documentos que estejam em poder de parte ou em repartição públicas, bem como instruir o laudo com plantas, desenhos, fotografias e outras quaisquer peças".

"Art. 430 – Revogado pela Lei 8.45/92".

"Art. 431 – Revogado pela Lei 8.45/92".

"Art. 432 – Se o perito, por motivo justificado, não puder apresentar o laudo dentro do prazo, o juiz conceder-lhe-á, por uma vez, prorrogação segundo o seu prudente arbítrio".

"Art. 433 – O perito apresentará o laudo em cartório, no prazo fixado pelo juiz, pelo menos vinte dias antes da audiência de instrução e julgamento.

Parágrafo Único – Os assistentes técnicos oferecerão seus pareceres no prazo comum de dez dias após a apresentação do laudo, independentemente de intimação".

"Art. 434 – Quando o exame tiver por objeto a autenticidade ou a falsidade de documento, ou for de natureza médico-legal, o perito será escolhido, de preferência, entre os técnicos dos estabelecimentos oficiais especializados. O juiz autorizará a remessa dos autos, bem como do material sujeito a exame, ao estabelecimento, perante cujo diretor o perito prestará o compromisso.

Parágrafo Único – Quando o exame tiver por objeto a autenticidade da letra e firma, o perito poderá requisitar, para efeito de comparação, documentos existentes em repartições públicas; na falta destes, poderá requerer ao juiz que a

pessoa, a quem se atribuir à autoria do documento, lance em folha de papel, por cópia, ou sob ditado, dizeres diferentes, para fins de comparação”.

“Art. 435 – À parte, que desejar esclarecimento do perito e do assistente técnico, requererá ao juiz que mande intimá-lo a comparecer à audiência, formulando desde logo as perguntas, sob forma de quesitos.

Parágrafo Único – O perito e o assistente técnico só estarão obrigados a prestar os esclarecimentos a que se refere este artigo, quando intimados 5 (cinco) dias antes da audiência”.

“Art. 436 – O juiz não está adstrito ao laudo pericial, podendo formar a sua convicção com outros elementos ou fatos provados nos autos”.

“Art. 437 – O juiz poderá determinar, de ofício ou a requerimento da parte, a realização de nova perícia, quando a matéria não lhe parecer suficientemente esclarecida”.

“Art. 438 – A segunda perícia tem por objeto os mesmos fatos sobre que recaiu a primeira e destina-se a corrigir eventual omissão ou inexatidão dos resultados a que esta conduziu”.

“Art. 439 – A segunda perícia rege-se pelas disposições estabelecidas para a primeira.

Parágrafo Único – A segunda perícia não substitui a primeira, cabendo ao juiz apreciar livremente o valor de uma e outra”.

Código de Processo Penal:

Dos Peritos e Intérpretes

“Art. 275 – O perito, ainda quando não oficial, estará sujeito à disciplina judiciária”.

“Art. 276 – As partes não intervirão na nomeação do perito”.

“Art. 277 – O perito nomeado pela autoridade será obrigado a aceitar o encargo, sob pena de multa de duzentos cruzeiros a mil cruzeiros, salvo escusa atendível.

Parágrafo Único – Incorrerá na mesma multa o perito que, sem justa causa, provada imediatamente:

a) deixar de acudir à intimação ou ao chamado de autoridade;

b) não comparecer no dia e local designados para o exame;

c) não der o laudo, ou concorrer para que a perícia não seja feita, nos prazos estabelecidos”.

“Art. 278 – No caso de não comparecimento do perito, sem justa causa, a autoridade poderá determinar a sua condução”.

“Art. 279 – Não poderão ser peritos:

I – os que estiverem sujeitos à interdição de direito mencionada nos n. I e IV do art. 69 do Código Penal;

II – os que tiverem prestado depoimento no processo ou opinado anteriormente sobre o objeto da perícia;

III – os analfabetos e os menores de 21 anos”.

“Art. 280 – É extensivo aos peritos, no que lhes for aplicável, o disposto sobre suspeição dos juízes”.

Do exame de corpo de delito, e das perícias em geral

"Art. 158 – Quando a infração deixar vestígios, será indispensável o exame de corpo de delito, direto ou indireto, não podendo supri-lo a confissão".

"Art. 159 (texto novo modificado pela Lei 8.862/94) – Os exames de corpo de delito e as outras perícias serão feitos por dois peritos oficiais".

Parágrafo Primeiro – Não havendo dois peritos oficiais o exame será realizado por duas pessoas idôneas, portadoras de curso superior, escolhidas, de preferência, entre as que tiverem habilitação técnica relacionada à natureza do exame.

Parágrafo Segundo – Os peritos não oficiais prestarão o compromisso de bem e fielmente desempenhar o encargo".

"Art. 160 (texto novo modificado pela Lei 8.862/94) – Os peritos elaborarão o laudo pericial, onde descreverão minuciosamente o que examinarem e responderão aos quesitos formulados.

Parágrafo Único – O laudo pericial será elaborado no prazo máximo de 10 dias, podendo este prazo ser prorrogado, em casos excepcionais, a requerimento dos peritos".

"Art. 161 – O exame de corpo de delito poderá ser feito em qualquer dia e qualquer hora".

"Art. 162 – A autópsia será feita pelo menos seis horas depois do óbito, salvo se os peritos, pela evidência dos sinais de morte, julgarem que possa ser feita antes daquele prazo, o que declararão no auto.

Parágrafo Único – Nos casos de morte violenta, bastará o simples exame externo do cadáver, quando não houver infração penal que apurar, ou quando as lesões externas permitirem precisar a causa da morte e não houver necessidade de exame interno para a verificação de alguma circunstância relevante".

"Art. 163 – Em caso de exumação para exame cadavérico, a autoridade providenciará para que, em dia e hora previamente marcados, se realize a diligência, da qual se lavrará auto circunstanciado.

Parágrafo Único – O administrador de cemitério público ou particular indicará o lugar da sepultura, sob pena de desobediência. No caso de recusa ou de falta de quem indique a sepultura, ou de encontrar-se o cadáver em lugar não destinado a inumações, a autoridade procederá às pesquisas necessárias, o que tudo constará do auto".

"Art. 164 (texto novo modificado pela Lei 8.862/94) – Os cadáveres serão sempre fotografados na posição em que forem encontrados, bem como, na medida do possível, todas as lesões externas e vestígios deixados no local do crime".

"Art. 165 – Para apresentar as lesões encontradas no cadáver, os peritos, quando possível, juntarão ao laudo do exame provas fotografadas, esquemas ou desenhos, devidamente rubricados".

"Art. 166 – Havendo dúvida sobre a identidade do cadáver exumado, proceder-se-á ao reconhecimento pelo Instituto de Identificação e Estatística ou repartição congênere ou pela inquirição de testemunhas, lavrando-se auto de reconhecimento e de identidade, no qual se descreverá o cadáver, com todos os objetos encontrados, que possam ser úteis para a identificação do cadáver".

"Art. 167 – Não sendo possível o exame de corpo de delito, por haver desaparecido os vestígios, a prova testemunhal poderá suprir-lhe a falta".

"Art. 168 – Em caso de lesões corporais, se o primeiro exame pericial tiver sido incompleto, proceder-se-á a exame complementar por determinação da autoridade policial ou judiciária, de ofício, ou a requerimento do Ministério Público, do ofendido ou do acusado, ou de seu defensor.

Parágrafo Primeiro – No exame complementar, os peritos terão presente o auto de corpo de delito, a fim de suprir-lhe a deficiência ou retificá-lo.

Parágrafo Segundo – Se o exame tiver por fim precisar a classificação do delito no art. 229, parágrafo primeiro, n. I, do Código Penal, deverá ser feito logo que decorra o prazo de 30 dias, contado da data do crime.

Parágrafo Terceiro – A falta de exame complementar poderá ser suprida pela prova testemunhal".

"Art. 169 – Para o efeito de exame no local onde houver sido praticada a infração, a autoridade providenciará imediatamente para que não se altere o estado das coisas até a chegada dos peritos que poderão instruir seus laudos com fotografias, desenhos ou esquemas elucidativos.

Parágrafo Único – Os peritos registrarão no laudo as alterações do estado das coisas e discutirão, no relatório, as conseqüências dessas alterações na dinâmica dos fatos".

Art. 170 – Nas perícias de laboratório, os peritos guardarão material suficiente para eventualidade de nova perícia. Sempre que conveniente, os laudos serão ilustrados com provas fotográficas, ou microfotográficas, desenhos ou esquemas".

"Art. 171 – Nos crimes cometidos com destruição ou rompimento de obstáculo à subtração da coisa, ou por meio de escalada, os peritos, além de descrever os vestígios, indicarão com que os instrumentos, por meios e em que época presumem ter sido o fato praticado".

"Art. 172 – Proceder-se-á, quando necessários, à avaliação de coisas destruídas, deterioradas ou que constituam produto do crime".

"Art. 175 – Serão sujeitos a exame os instrumentos empregados para a prática da infração, a fim de se lhes verificar a natureza e a eficiência".

"Art. 176 – A autoridade e as partes poderão formular quesitos até o ato da diligência".

"Art. 177 – No exame por precatória, a nomeação dos peritos far-se-á no juízo deprecado. Havendo, porém, no caso de ação privada, acordo das partes, essa nomeação poderá ser feita pelo juiz deprecante.

Parágrafo Único – Os quesitos do juiz e das partes serão transcritos na precatória".

"Art. 178 – No caso do art. 159, o exame será requisitado pela autoridade ao diretor da repartição, juntando-se ao processo o laudo assinado pelos peritos".

"Art. 179 – No caso do parágrafo primeiro do art. 159, o escrivão lavrará o auto respectivo, que será assinado pelos peritos e, se presente ao exame, também pela autoridade.

Parágrafo Único – No caso do art. 160, parágrafo único, o laudo,

que poderá ser datilografado, será subscrito e rubricado em suas folhas por todos os peritos”.

“Art. 180 – Se houver divergência entre os peritos, serão consignados no auto do exame às declarações e respostas de um e de outro, ou cada um redigirá separadamente o seu laudo, e a autoridade nomeará um terceiro; se este divergir de ambos, a autoridade poderá mandar proceder a novo exame por outros peritos”.

“Art. 181 – No caso de inobservância de formalidades, ou no caso de omissões, obscuridades ou contradições, a autoridade judiciária mandará suprir a formalidade, complementar ou esclarecer o laudo”.

“Art. 182 – O juiz não ficará adstrito ao laudo, podendo aceita-lo ou rejeita-lo, no todo ou em parte”.

“Art. 183 – Nos crimes em que não couber ação pública, observar-se-á o disposto do art. 19”.

“Art. 184 – Salvo o caso de exame de corpo de delito, o juiz ou a autoridade policial negará a perícia requerida pelas partes, quando não for necessária ao esclarecimento da verdade”.

Obs.: Os artigos 173 e 174 não são correlatos à perícia médica,

Código de Ética Médica:

É vedado ao médico:

“Art. 118 – Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competência”.

“Art. 119 – Assinar laudos periciais ou de verificação médico-legal, quando não o tenha realizado, ou participado pessoalmente do exame”.

“Art. 120 – Ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho”.

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

MÉDICO-PERITO

São pessoas entendidas e escolhidas para o aprazimento das partes, que conhecem somente do fato duvidoso ou controvertido em juízo.

O médico perito deverá manter a boa técnica e respeitar a disciplina legal e administrativa, bem como ser justo para não negar o que é legítimo. Deve rejeitar pressões de qualquer natureza ou origem, fontes estas que procuram interferir em seu ofício.

Respeitadas a lei e a técnica, o médico-perito deve responder conforme a sua consciência, mantendo-se independente para evitar ingerências que possam ocasionar ou induzir ao erro.

Os ensinamentos de Gagli, merecem difusão, quando define perito: “Perito, de fato, é aquele que, por capacidade técnica especial, é chamado a

dar o seu parecer sobre a avaliação de uma prova. Tratando-se de um juízo científico, não pode ele variar conforme a finalidade ou o interesse da parte que oferece a perícia." (La Perizia Civile, pág. 10, nota 2)

Perito deverá possuir habilitação legal

O perito deverá ter habilitação legal, conforme determina o artigo 145 do Código de Processo Civil. A inobservância deste artigo poderá ensejar defeito ao processo. Porquanto, se ele não é habilitado, está impedido.

O médico-perito deve possuir sólida formação clínica, amplo domínio técnico e administrativo, e alguns atributos de personalidade e caráter, onde se destacam a integridade e independência, o equilíbrio e a isenção de espírito, além da facilidade de comunicação.

O perito ao exarar parecer pronuncia-se acerca da espécie em análise, quando devidamente habilitado para emitir pareceres, ou pela profissão que exerce ou ainda pelo título científico que possui em função dos seus conhecimentos.

Punição aos Peritos

Quando o perito houver prestado informações inverídicas por dolo, ou culpa grave, a punição não se limitará à multa e à inabilitação para funcionar em outras perícias; ficará sujeito também a punição prevista no código penal.

O perito pode ser recusado pelas mesmas causas que justificam a recusa dos juízes e testemunhas.

Nomeação do Perito

O perito será nomeado pelo juiz, quando será o mesmo intimado do despacho da sua nomeação.

Poderá escusar-se ou ser recusado por impedimento ou suspeição, e o juiz ao aceitar a escusa ou julgar procedente a impugnação deverá nomear novo perito, como pré-determinado pelo artigo 423 do CPC.

A escusa será apresentada dentro de cinco dias contados da intimação, ou do impedimento superveniente ao compromisso, sob pena de se reputar renunciado o direito de alegá-la, isto de acordo com o artigo 146, parágrafo único do CPC.

O perito apresentará o laudo em cartório, no prazo fixado pelo juiz, pelo menos 20 dias antes da audiência de instrução e julgamento, podendo, entretanto, o juiz conceder-lhe prorrogação do prazo segundo seu prudente arbítrio, como bem determinam os artigos 432 e 433, ambos do Código de Processo Civil.

A atividade médico-pericial

A atividade médico-pericial tem importância capital dentro dos patamares da justiça. É ao mesmo tempo um instrumento de paz social, através do qual se ampara o legítimo direito questionado, e instrumento de controle.

É ela diferente e mais difícil que a médico-assistencial. O médico-perito deve possuir sólida base clínica para chegar com rapidez a um diagnóstico, muitas vezes sem contar com a colaboração do examinado.

Atos médicos-periciais

O atos médicos periciais são procedimentos técnicos-profissionais que os médicos-peritos realizam na prática pericial, para avaliar e emitir conclusões e pareceres sobre o que examinam, visando sobretudo a mais lúdima justiça.

Os pareceres dos peritos mantém um caráter conclusivo, emitindo opinião sobre aquilo que se concluiu, o que permitirá ao juiz tomar a decisão sobre o direito pleiteado ou a situação apresentada.

Os principais atos médicos são:

1. o exame clínico, e a vistoria como parte do laudo pericial;
2. a conclusão da perícia médica;
3. a apresentação do laudo e dos pareceres;
4. a requisição de exame complementar ou especializado;
5. a requisição de comparecimento de testemunha;
6. o pronunciamento técnico.

Bases éticas e legais

Os médicos peritos estão sujeitos aos preceitos éticos expressos no Código de Ética Médica, as Resoluções do CFM e decisões dos CRM onde estiver inscrito, bem como estão sujeitos aos dispositivos legais de que tratam da matéria.

O médico-perito deverá ter total autonomia ética e técnica em relação ao que estiver subordinado, de modo a preservar a independência no julgamento médico-pericial.

Não poderá o médico-perito, ser perito de seu próprio paciente, parente ou pessoa com quem mantenha relação capaz de influir na sua decisão.

Os preceitos éticos deverão ser plenamente acatados pelos médicos-peritos.

As infrações éticas cometidas pelos médicos-peritos deverão ser denunciadas aos Conselhos Regionais de Medicina da jurisdição onde estiverem operando, quando relacionadas com a atividade médica exercida no serviço ou sob sua responsabilidade.

O médico-perito poderá solicitar informações extra judiciais, como preceitua o artigo 429 do Código de Processo Civil.

O inteiro teor das informações médico-periciais somente poderá ser fornecido em cartório, conforme o artigo 433 do CPC.

A perícia médica está sujeita às leis gerais que regulam o exercício da medicina, mas, também, e especificamente, às disposições da legislação processual.

Para o bom desempenho da atividade é indispensável o conhecimento dos aspectos legais pertinentes à matéria analisada.

Completando o exame e realizados e analisados os exames complementares e/ou especializados indispensáveis, o médico-perito passa à fase decisória, formulando seu parecer exarando uma conclusão e registrando-a, através de respostas aos quesitos.

O quesito é muito importante, não só para definir o respeito a um direito, como prevenir enganos ou tentativas de fraude.

Além do exame pericial, por vezes poderá o caso demandar vistoria

no local para estabelecimento do nexu causal, quando houverem dúvidas relativamente à lesão e o acidente.

GENERALIDADES SOBRE A PROVA

Formação da Prova

Deve-se dizer que, tanto na formação da prova preconstituída, procurada para documentar as declarações de vontade, para prevenir o litígio, como na formação da prova judicial, a produzir-se por causa do litígio, são os mesmos os meios legais de prova.

Provas

Tanto na inicial como na contestação, devem ser indicados os meios com que os litigantes pretendem demonstrar que são verdadeiras suas alegações.

Dentre os meios de prova que podem se utilizar os peritos está à simulação, que é uma ocorrência de grande importância em perícia médica. É uma forma especial de exame médico, onde a relação médico-paciente é bem diferente da habitual. Aqui ele, o cliente, busca não um diagnóstico ou tratamento, mas um benefício a que julga ter direito.

As provas são documentos fundamentais à ação, sem a apresentação liminar dos quais não há ingresso técnico e deferível em juízo, os quais versarão sobre fatos articulados na ação.

Assiste tanto ao autor quanto ao réu o direito de requerer provas, conquanto que o faça em tempo oportuno.

A prova pericial poderá ser requerida na petição inicial bem como admite-se ainda que omitida na inicial a sua indicação *a posteriori*, como bem alude o artigo 282, VI do Código de Processo Civil.

Eficiência do Meio Probatório

A prova é considerada ora como direito, ora, simplesmente, como seu exercício.

A lei pode estabelecer que determinado meio de prova seja capaz de fazer prova, desde que coadjuvado por outro meio, necessitando aqui que ambos estejam juntamente presentes. Trata-se aqui da meia prova.

Em verdade, o que convence a consciência do juiz é a soma ou a coexistência das duas provas, uma contemplando a outra.

Um ato ou fato probando para ser conhecido do juiz, deve estar submetido aos seus sentidos, mas pode acontecer que esse conhecimento advenha por intermédio de outro.

Para o juiz, a prova é a demonstração da verdade de certo fato, feita pelos meios legais.

Cada prova compreende, ao menos, dois fatos distintos: um que se pode chamar de fato principal, desconhecido – aquele do qual se trata de provar a existência ou inexistência, o outro o fato probatório – aquele que serve para provar o sim ou o não do fato principal.

A prova é lógica quando se colhe da atividade dedutiva do espírito ou

histórica, quando referente a fatos passados de que já se não pode ter conhecimento direto; a notícia do fato neste caso vem por outro fato ou testemunho intermédio.

A prova pericial é *ad probationem tantum*, isto é, não são essenciais ao ato jurídico, mas coligida quando se quer a certeza legal do negócio.

Na ordem lógico-jurídica, distinguem-se a certeza moral e a suficiente probabilidade. Assim, o bem da verdade, o juiz é sempre convencido por uma simples probabilidade, antes que por uma certeza (Lessona, *obl. cit.*, Vol. 5º, nº 223).

Desistência da Prova Requerida

O Supremo Tribunal, em acórdão de 7/10/92, decidiu que, uma vez requerida uma diligência, para a qual foi citada a parte contrária, não pode mais o requerente desistir da mesma, sem o consentimento da outra parte.

O fundamento de tal assertiva parte do princípio de que a parte que recebe uma intimação para produção de prova, sendo permitido interferir na sua coleta ou informação, pode pretender com a diligência do adversário, provar o seu próprio articulado, como sucede, freqüentemente nas vistorias e exames periciais.

No entanto, as partes em juízo podem fazer renúncia às provas, porém essa renúncia será admitida somente quando estabelecida em convenção entre as partes, previamente.

Em outras palavras, a convenção preestabelecida entre os litigante, admitindo outras provas é lícita, por constituírem os meios de prova matéria de ordem pública.

Do indeferimento de Provas

Nem sempre estará o juiz obrigado a deferir as provas. Quando a matéria for simplesmente de direito comum, ou objetivar fato que, mesmo provado, improprieza à questão, impõem a economia do processo, a celeridade de sua marcha e a moralidade da Justiça, à qual compete coibir abusos protelatórios, seja denegado o pedido (art. 427 do CPC). O essencial é que o indeferimento não cause prejuízo às partes.

Porém, o despacho que indefere a prova deverá ser motivado.

Do Recurso no Caso de Indeferimento de Provas

Do despacho que não admitir prova requerida ou que cercear, de qualquer forma a defesa do interessado, caberá agravo no auto do processo.

NOMEAÇÃO DO PERITO

O juiz nomeará o perito, fixando de imediato o prazo de entrega do laudo, e às partes caberá indicar assistente técnico. (art. 421 do CPC).

PERITOS COMO AUXILIARES DO JUIZ

Como bem observa Lessona, é o perito um auxiliar do juiz encarregado por ele desse mister. E assim, se configura o auxílio tanto sob a forma de substituição na percepção como sob a forma de assistência.

Na percepção, o perito não assiste o juiz, mas, de ordinário, o substitui, sem prejuízo do controle posterior pelo juiz.

Na assistência, dá-lhe auxílio intelectual para a decisão do fato percebido.

Os peritos substituem o juiz, ou por ser este inapto à percepção direta dos fatos ou por ser inapto para dedução dos fatos a provar, quando a conexão destes com fatos técnicos constitua matéria mais de conhecimentos especializados do que de experiência comum. Vê-se daí que o perito ou substitui o juiz, para a percepção do fato (perito perceptante) ou assiste o juiz no ato da percepção (perito judicante).

O perito traz como novidade ao processo a sua experiência. Não há diversidade essencial entre as declarações contidas no depoimento de uma pessoa de conhecimentos comuns (testis facti) e no de uma pessoa portadora de conhecimentos técnicos (testis peritus), descrevendo aquele, vulgarmente, o estado de um ferimento e este descrevendo-o tecnicamente.

Ao perito se pede a determinação dos elementos de fato, cuja apreciação jurídica compete ao juiz.

Somente quando os requisitos para exercitar um direito constem exclusivamente de elementos de fato, é que o perito resolverá também, mas, sempre como perito.

Quando se trata de exame que exija conhecimento técnico, nem sempre é possível o controle por parte do juiz. Havendo dúvidas sobre o laudo, o recurso será a determinação de segunda vistoria.

Como bem explicita Gaglio em seus termos (Ob. Cit. pág. 31) "Tenha-se como exemplo um médico chamado a reconhecer se uma determinada ferida é absolutamente mortal ou se dela decorre perigo de vida, perigo que se não pode prever em alguns casos, por tempo maior ou menor e que não se pode precisar a priori. Em tal caso, a perícia não se exaure na só descrição de uma inspeção técnica, porém, consiste, essencialmente, em um parecer, num verdadeiro juízo, no raciocínio do perito. E então este, em lugar de concerto com o juiz ou de limitar-se a seu auxiliar na fixação crítica do material de fato, o sub-roga e representa bem ou mal agindo independentemente deste e quase nas vestes e vezes do mesmo. Tanto isso é verdade que o juiz, ainda que com meios possíveis de controle, não tem nenhuma luz ou meio de convicção da própria perícia: ou a aceita integralmente, jurando *in verba periti* levado pelo princípio de autoridade, ou a recusa, por pequenas que sejam as dúvidas sobre a moralidade ou capacidade do perito. As partes, de costume, a sustentam ou a combatem, segundo o próprio interesse, e o juiz, muitas vezes, não podendo, por incompetência, criticar a obra de um competente, abdica também a este último seu poder, ordenando outra perícia".

O perito judicial é o compromissado no juízo da causa ou que nela atua para esclarecer a verdade dos fatos.

O perito julgante nesse caráter, serve por um de dois modos: ou apenas indicando ao juiz as regras de experiência ou aplicando-as ao caso. Na primeira hipótese, fornece ao julgador elementos para o juízo (regra de experiência), na segunda hipótese, fornece-lhe juntamente com a regra ou sem esta, o juízo mesmo.

O perito extrajudicial, por outro lado, é o desligado do juízo, pelas formalidades necessárias à sua nomeação e compromisso.

O acolhimento da prova extrajudicial deverá entretanto, ser feita com cautela posto que podem convergir em favor do que as apresentou.

DOS EXAMES PERICIAIS

Da Oportunidade de Pedir Exame Pericial

A disposição figura na enumeração dos requisitos necessários à petição inicial e à contestação onde, aliás, é pedida a indicação dos meios de prova, entre os quais estão os exames periciais.

As partes estarão incumbidas de apresentarem os quesitos dentro de cinco dias contados da intimação do despacho de nomeação do perito, como preceitua o artigo 421 do CPC, bem como determina o artigo 425 do mesmo aludido código, a parte que desejar poderá apresentar quesitos suplementares no decurso da diligência.

Estabelece o artigo 435 do mesmo Digesto Processual, que a parte poderá requerer ao juiz que mande intimar o perito a comparecer à audiência, formulando as perguntas em forma de quesitos.

Exames Periciais em Geral

A perícia tem por fim esclarecer fatos controvertidos na lide, relativos ao objeto da vistoria ou do exame, tendo em vista os conhecimentos técnicos e especializados do perito, dos quais carece o juiz. São, por isso, inadmissíveis quesitos sobre matéria de direito, que escapa à competência dos peritos.

Assim, para a verificação de coisa litigiosa, recorrer-se-á à vistoria ou ao exame.

Cumpra-se distinguir vistoria de exame. Vistoria é aquela cujo objeto é amplo, compreensivo das pessoas, móveis e imóveis. Os exames se particularizam, restringindo o seu objeto à inspeção das pessoas e dos móveis, é um parecer sobre o objeto da controvérsia, não compreendido na vistoria.

João Monteiro define a vistoria: "se bem que regularmente deva o juiz presidir as vistorias não é, todavia, pelas induções que, pessoalmente, tira do ato, que ele decide, senão pelas que forem reduzidas à auto pelos peritos". E ainda, "ato pelo qual o juiz, por intermédio dos peritos, se certifica ocularmente dos fatos controvertidos".

Durante as diligências, é livre às partes requererem o que julgarem a bem de seu direito e, como permissão do juiz, fazer qualquer observação ou advertência aos peritos. Os quesitos só serão aceitos se pertinentes aos fatos discutidos.

LIBERDADE DE AVERIGUAÇÃO DOS PERITOS

Para produzir os exames, os peritos procederão livremente, sendo-lhes facultado ouvir testemunhos e recorrer a outras fontes de informação. Não estão adstritos à observância de meios de provas legais. Gozam de ampla liberdade na coleta de informações extra-judiciais que considerem úteis.

O perito pode, para certificar-se do fato, considerar documentos não produzidos na causa, salvo o direito às partes de fazer observações referentes ao caso. Tribunal de Turim, de 29/10/98, in Baldi, ob. Cit. verbete "Perizia", parágrafo 11, ns 7 a 9, pág. 538.

Além do recurso aos informantes, faculta-se aos peritos valerem-se de auxiliares para a prática de certos atos preparatórios da perícia.

Como prova subsidiária ou supletiva do exame médico, admitem-se as presunções.

Os peritos responderão aos quesitos em laudo fundamentado que assinarão, mencionando tudo o que ocorrer na diligência, sobretudo no caso de apresentação de informações, fotografias, coletas de depoimentos, gráficos.

Não se lhes exige que transcrevam minuciosamente as informações ou os depoimentos colhidos, mas o necessário à explicação justificativa do laudo, ou à certeza pesquisada no processo.

EXECUÇÃO DA PERÍCIA

Na execução da perícia se distinguem duas fases: a instrutória e a deliberatória. As partes poderão estar presentes na primeira e não na segunda.

Exemplificando, diz Gaglio: o intérprete e o agrimensor são peritos meramente técnicos, que também poderiam ser chamados testemunhas-peritos de preferência a qualquer outro. O psiquiatra, ao invés, é um verdadeiro *juiz perito*, árbitro na apreciação dos dados diagnósticos que a ele somente se apresentam e sobre os quais, portanto, nenhum controle sério pode exercer o juiz de direito.

O fatos que não são pertinentes à causa, ou que são irrelevantes, como já anteriormente mencionado, não influem no decisório.

APRESENTAÇÃO DO LAUDO – CONCLUSÃO DA PERÍCIA MÉDICA

Os elementos colhidos no exame médico pericial e a conclusão de médico-perito, expressa pela resposta dos quesitos, respostas estas que constituem seu parecer conclusivo, são registrados no laudo da perícia médica.

O laudo da perícia médica é a peça médico-legal básica do processo, quanto à parte técnica. Compõe-se de duas partes fundamentais: a primeira o Relatório da perícia médica, que é meramente descritiva, e nela são registrados os dados do exame médico. É um modelo de observação clínica. A segunda parte, substancialmente conclusiva, de cunho nitidamente pericial, e na qual registra o parecer médico-pericial através da resposta a quesitos, é a Conclusão da perícia médica.

Neste sentido, como encerra um parecer técnico composto de duas partes, uma informativa ou elucidativa e outra conclusiva, poderá ser rejeitada num caso e noutro.

Resumindo, o médico-perito faz um exame clínico, analisa os dados, avalia a situação do examinado, considera a finalidade a que se registra os dados do exame no Relatório de perícia médica, e do parecer nos quesitos da Conclusão da Perícia médica.

As conclusões da perícia não são obrigatórias para o juiz, porém poderá este apoiar-se no laudo do perito para promulgar a sentença.

Findos os prazos de diligência e apresentação do laudo, serão os autos conclusos para que o juiz designe audiência de instrução e julgamento e ordene quando necessário o comparecimento à audiência, das partes, testemunhas e peritos.

Às partes assiste não somente o direito de pedir esclarecimentos sobre o laudo, como também o de uma nova perícia, havendo motivo fundado para tanto, como no caso de ficar patente à ocorrência de dolo ou culpa, erro ou falta de capacidade técnica do perito para corrigir as deficiências, omissões ou imperfeição de seu trabalho.

A simples divergência de laudos não impõe ao juiz a necessidade de designar nova perícia. Isso sucede somente quando, através dos trabalhos apresentados, encontra ele elementos que o satisfaçam.

É sempre o julgador quem, afinal, se pronuncia sobre o direito dos fatos, firmado na própria convicção. Se o laudo devesse ser sempre respeitado, deixaria de ser uma prova, subordinada a apreciação do julgador, para se tornar uma sentença ou decisão.

DESACOLHIMENTO DO LAUDO PELO JUIZ

A conclusão da causa para sentença atinge as partes, que ficam daí por diante impedidas de produzir prova.

Para o julgador, a causa nunca está concluída, podendo intervir no processo para esclarecer dúvidas, preencher omissões, investigar, enfim, toda a verdade sobre o ponto ou pontos em litígio, valendo-se de qualquer dos meios de prova fixados em lei. Só lhe não é lícito criar meios de prova, o que é próprio do legislador.

Essa faculdade de intervenção visa à eliminação de possível constrangimento moral imposto à consciência do juiz.

O que é necessário é que o juiz motive a rejeição do laudo ou a determinação de nova perícia.

SISTEMA DE APRECIÇÃO DE PROVA ADOTADOS PELO JUIZ

O legislador definiu os três sistemas que o juiz deve apreciar a prova:

a) o da prova positiva legal – a prova tem valor inalterável, estatuído em lei, escapando a livre apreciação do juiz. Este força a consciência do juiz, tira-lhe a função propriamente judicante, fá-lo um autônomo.

b) o da convicção íntima – a verdade ressuma da convicção do juiz pela impressão que lhe deixaram as provas sem motivação de sua certeza. Este dá-lhe ampla liberdade, institui o sistema do arbítrio e da prepotência.

c) o da persuasão racional – o juiz apreciará as provas e reconhecerá o fato como verdadeiro ou falso. A verdade transparece do raciocínio do juiz, que estuda e penetra a prova dando as razões da sua persuasão. Este participa dos dois acima, determina ao juiz que julgue pela sua convicção, mas formada esta do conjunto das provas.

A vistoria e o exame, escreve Dias Ferreira, conquanto sejam valiosos meios de prova, não ligam o juiz de modo que ele não possa preferir outras provas dos autos, como os depoimentos das testemunhas, que conhecem os fatos, ao passo que o laudo dos peritos nem presentes podem estar as partes.

A regra é a prevalência da prova pericial sobre a testemunhal, quando elas entram em conflito. Tornando-se porém, a prova pericial defeituosa, desaparece a presunção dessa superioridade.

Ao juiz é lícito recusar não somente o parecer como a afirmação dos fatos em que se fundam os peritos.

Dir-se-ia que, onde falecem os conhecimentos do julgador, ter-se-á, como certa, a conclusão pericial.

O JUIZ PODE DETERMINAR A DILIGÊNCIA QUE CONSIDERAR NECESSÁRIA

O juiz pode, pelo princípio geral de determinação *ex officio* requerer diligências que considerar necessárias, seja formulando quesitos de ofício ou requerida.

Ao juiz assiste determinar as diligências que julgar necessárias interferir na marcha do processo de modo ativo, ao invés de manter-se inerte, à espera de que tudo que ocorra por conta das partes, às quais, todavia, precipuamente, incumbe a promoção dos meios esclarecidos da verdade.

Hoje vigora o sistema de *prova livre*, que se define como a liberdade de apreciação da prova existente nos autos, como define Liebman. (V. Chiovenda, *Inst.*, 3º vol., nota 2, pág. 132).

As exposições sobre o laudo pelo perito e os depoimentos das partes e das testemunhas serão tomados em audiência.

As partes poderão solicitar esclarecimentos em audiência aos peritos sob a forma de quesitos, quando solicitado previamente ao juiz o seu comparecimento, o que ocorrerá somente se intimados cinco dias antes da audiência.

A prova documental é ministrada, de ordinário, inicialmente; a pericial será processada antes da audiência de instrução e julgamento.

Quando a lei requer uma prova pericial, não pode o juiz substituir o perito.

O JUIZ TEM LIVRE CONVENCIMENTO

O conhecimento extrajudicial do juiz não é de aceitar-se como prova. Mesmo que o juiz tenha exato conhecimento do fato, é ele obrigado a sentenciar segundo a prova legal, pois não basta a sua persuasão exclusiva, sendo necessária

a apresentação de razões que devam ser dadas à apreciação do público.

O juiz tem liberdade quanto à formação do seu convencimento, mas é obrigado a ater-se aos fatos e circunstâncias do processo.

Procurando evitar qualquer violência à consciência do juiz, os códigos modernos investem-no de ampla liberdade no pesquisar a verdade; essa amplitude de indagação é o que atenua, no estado atual da ciência, o empirismo ou a produção estrita da verdade formal.

Quando a indagação da verdade material é limitada, no sentido de que esta não possa ser em cada caso e por todos os meios conhecida, seja o limite mais ou menos rigoroso, o resultado é sempre este: não se trata mais de uma indagação da verdade material, mas de um processo de fixação formal dos fatos.

Uma questão que se apresenta é a de saber se o juiz pode declarar inútil uma perícia pelo fato de, ele mesmo, possuidor de conhecimentos científicos ou técnicos exigidos para o caso, apreciar o fato, por si.

A solução judiciosa da doutrina é a de que, dúvida não há, se trata de conhecimentos elementares, que são próprios de todo homem mediocrementemente culto ou de conhecimentos que, por acaso, já possua o juiz; mas não se admite que o juiz procure por si, mediante informações privadas, ou estudos técnicos de amadores, os conhecimentos que lhe faltam para, em seguida, negar a perícia; tal proceder privaria a produção da prova do contraditório e a sentença definitiva pareceria injusta, mesmo que o não fosse.

Se é certo que o perito, sob o ponto de vista técnico, pode saber mais do que o juiz, certo também, como mostra Lessona, que a consideração ou apreciação jurídica do fato, tecnicamente examinado ou avaliado, e igualmente necessária e não pode ser senão função soberana do juiz.

PARECER

I – Perícia Médica e Perito

A finalidade da perícia médica adveio da necessidade de orientar e esclarecer dúvidas eventuais que necessitem de conhecimentos técnicos ou científicos, para que os resultados venham a ser justos.

Os ensinamentos de Gagli, merecem difusão, quando define perito: *“Perito, de fato, é aquele que, por capacidade técnica especial, é chamado a dar o seu parecer sobre a avaliação de uma prova. Tratando-se de um juiz científico, não pode ele variar conforme a finalidade ou o interesse da parte que oferece a perícia”*. (La Perizia Civile, pág. 10, nota 2)

II – Obrigações e Deveres do Médico-Perito

Dentre as obrigações e deveres do médico-perito, estão manter a boa técnica e respeitar a disciplina legal e administrativa, bem como ser justo para não negar o que é legítimo. Deve rejeitar pressões de qualquer natureza ou origem, fontes esta que procuram interferir em seu ofício.

Respeitadas a lei e a técnica, o médico-perito deve responder conforme a sua consciência, mantendo-se independente para evitar ingerências que possam ocasionar ou induzir ao erro.

III – A Função Pública do Médico-Perito e sua Designação como Agente Público

O médico-perito ao ser nomeado pelo Juiz e aceitando o encargo, investe-se automaticamente em função pública, subordinando-se às obrigações e aos preceitos que norteiam a administração pública, como bem elucida Humberto Theodoro Júnior, em sua obra Curso de Direito Processual Civil¹, *in litteris*:

“Uma vez nomeado pelo Juiz, o perito, aceitando o encargo, investe-se, independentemente de compromisso, em função pública e assume “o dever de cumprir o ofício, no prazo que lhe assina a lei, empregando toda a sua diligência (art. 146). Permite o Código, todavia, que o perito se escuse do encargo desde que alegue “motivo legítimo” (art. 146, caput, in fine).

A escusa deverá ser apresentada dentro de cinco dias contados da intimação, ou do impedimento superveniente ao compromisso, sob pena de se reputar renunciado o direito de alegá-la (art. 146, parágrafo único, e art. 423)”.

Aqueles que desempenham funções administrativas e públicas são denominados agentes públicos. Segundo Edmir Netto Araújo² *“são todos aqueles que desempenham atividades que o Estado considera como a si pertinente, com prerrogativas de Poder Público, seja em virtude de relação de trabalho, seja em razão de encargo ou contrato. Enquanto as desempenharem, esses indivíduos terão a mencionada qualificação de agentes públicos”.*

IV – Responsabilidade do Agente Público

O desempenho de funções administrativas exporá o agente público a três tipos genéricos de responsabilidade, conforme a natureza da falta por ele praticada, quais sejam, a penal, a civil e a administrativa.

A responsabilidade é penal, *“quando o comportamento do agente se enquadra no tipo descrito pela lei penal, no exercício de suas funções, a ser processada tanto pela Administração como pelo Poder Judiciário”*³.

Assim, o Código Penal prevê em seu artigo 330 pena de detenção de quinze dias a seis meses e multa de quatrocentos mil cruzeiros para quem desobedecer à ordem legal de funcionário público, *in casu*, o Juiz.

A responsabilidade é civil, quando *“o ato lesivo vem qualificado pelo elemento subjetivo (dolo ou culpa) do agente público, propiciando ao Estado o poder-dever de contra ele agir regressivamente ou diretamente para o ressarcimento da liquidação do dano causado”*⁴

Nesta seara, consagra o Código Civil em seu artigo 159 que todo aquele que causar dano a outrem é obrigado a repará-lo.

1 in Curso de Direito Processual Civil

2 in O Ilícito Administrativo. Edmir Netto de Araújo. Ed. Revista dos Tribunais, 1994, pág. 44.

3 In Ob. Cit., pág. 51

4 in. Ob. Cit., pág. 54

Finalmente, a responsabilidade administrativa em sentido amplo “é aquela à qual está sujeito o agente público por qualquer ato praticado no exercício de suas atribuições legais, infringente das normas administrativas, podendo ocorrer ou não a qualificação penal adicional, e, não raro, a responsabilidade patrimonial (civil) decorrente”.⁵

Já em sentido estrito, “significa a obrigação de responder perante a Administração, (no caso o CFM) pela prática de ilícito administrativo na infração de regras de conduta relacionadas com a função pública, desdobrando-se em ilícito disciplinar e funcional”⁶. A responsabilidade administrativa do médico-perito está configurada nos preceitos emanados do Código de Ética Médica.

V – Legislação Pertinente

A Resolução do CFM nº 672/75 determina que “os médicos se mantenham atentos a suas responsabilidades: ética, administrativa, penal e civil”.

Em remessa ao Código de Ética Médica temos que:

“Art. 4º - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão”.

“Art. 45 – Deixar de cumprir, sem justificativa, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, informações ou notificações, no prazo determinado”.

“Art. 142 – O médico está obrigado a acatar e respeitar os Acórdãos e Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina”.

Resta por fim, capitular no Código de Ética Médica a conduta do médico-perito que deixa de cumprir o encargo para o qual foi designado.

VI –Capitulação no Código de Ética Médica da Conduta do Médico-Perito que Descumpre o Encargo que lhe foi Designado

Portanto, quando os médicos-peritos, no exercício do seu *múnus* público, não ficam atentos à sua responsabilidade profissional, descumprindo os deveres inerentes ao seu encargo, patenteia-se à afronta ao Código de Ética Médica, que obriga os médicos a zelarem e trabalharem pelo prestígio e bom conceito da profissão, bem como à Resolução emanada do Conselho Federal de Medicina, a qual estabelece que os médicos mantenham-se atentos às suas responsabilidades ética, administrativa, penal e civil.

VII – Poder Disciplinar dos Conselhos de Medicina

Quando a Administração tem notícia da prática de delito administrativo, o administrador público procederá obrigatoriamente à apuração dos fatos e à promoção da respectiva responsabilidade, aplicando ou propondo a aplicação das penalidades cabíveis, obedecidos ainda todos os requisitos formais-legais no seu processamento, especialmente o contraditório e a ampla defesa, com os meios e recursos a ele inerentes.

5 in. Ob. Cit., pág. 55

6 in. Ob. Cit., pág. 55

Assim, compete aos Conselhos de Medicina a fiscalização do exercício profissional dos médicos, conforme preceitua a Lei 3.268/57, em seu artigo 2º, verbis:

“O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente”.

Dessa feita deverão os Conselhos de Medicina, promover a sindicância para que sejam averiguados os fatos que levaram o profissional a se abster de cumprir aquilo que lhe foi designado como dever.

Comprovada a ausência de motivo legítimo (como determina o inciso II do artigo 424 do Código de Processo Civil), deverá ser instaurado o respectivo Processo Ético-Profissional, com capitulação nos artigos 4º, 45 e 142 do Código de Ética Médica, bem como por desobediência à Resolução CFM nº 672/75.

VIII – Responsabilidade do Profissional Quanto à Elaboração do Laudo

Relativamente ao quesito acerca da responsabilidade do profissional quanto à elaboração de laudo, no exercício do *múnus* público, podemos, desde logo asseverar que o mesmo será responsável pela elaboração do laudo pericial. Incurrendo em imperícia, poderá responder a processo ético profissional perante o Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

Vale lembrar que o perito deverá ter conhecimentos especiais para elaboração do laudo.

Caso considere-se inapto em sua elaboração, poderá escusar-se do encargo, conforme preceitua o artigo 146 do Código de Processo Civil.

À guisa de ilustração, urge fazer remissão à intelecção de Yussef Said Cahali⁷: “Age com *imprudência* o profissional que toma atitudes não justificadas, precipitadas, sem usar nenhuma cautela. Na *imprudência* há uma culpa comissiva. Como exemplo poderíamos lembrar o caso do médico que receita injeção de penicilina sem fazer teste de alergia no cliente e este vem a morrer em decorrência de choque anafilático ou do cirurgião que dá anestesia sem esperar pelo anestesista, provocando parada respiratória”.

“Na *negligência*, há uma atitude passiva, omissiva do médico que omite precauções ou medidas necessárias como, por exemplo, o esquecimento de pinça ou tampão de gaze no abdômen do paciente ou que no pós-operatório abandona o cliente, provocando com essa atitude danos graves, ou também daquele profissional que faz um exame superficial, dessa forma errando o diagnóstico, ou ainda é negligente o “médico que determina a aplicação de soro antitetânico na vítima sem, antes, submetê-la aos testes de sensibilidade, acarretando, com isso, sua morte por deficiência cardíaca” (TACrim SP, RT, 549:345)”.

7 in Responsabilidade Civil

"A imperícia é a falta de conhecimento técnico da profissão. É imperito o cirurgião que em operação de varizes corta nervos da perna, deixando o paciente aleijado, ou aquele médico que faz transfusão de sangue heterólogo provocando a morte do paciente ou o obstetra que em operação cesariana corta a bexiga da parturiente."

CONCLUSÃO

Ex positis, concluimos que:

- (i) Perito é aquele que, por capacidade técnica especial, é chamado a dar o seu parecer sobre a avaliação de uma prova. Tratando-se de um juízo científico, não pode ele variar conforme a finalidade ou o interesse da parte que oferece a perícia;
- (ii) O profissional será responsável pela elaboração do laudo pericial. Incurrendo em imperícia, poderá responder a processo ético-profissional perante o Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição;
- (iii) Vale lembrar que o perito deverá ter conhecimentos especiais para elaboração do laudo;
- (iv) Caso se considere inapto para realização da perícia, poderá escusar-se do encargo, conforme preceitua o artigo 146 do Código de Processo Civil;
- (v) O médico-perito, que sem motivo legítimo de cumprir o encargo no prazo que lhe foi assinado, deverá inicialmente responder à sindicância para averiguação dos fatos que o levaram a tal conduta.
- (vi) Constatada a ausência de motivo legítimo, deverá o mesmo responder a processo ético-profissional com capitulação nos artigos 4º, 45 e 142 do Código de Ética Médica.

É o que nos parece, s.m.j.

Brasília, 14 de julho de 1998.

Claudia G. Pena Nogueira de Queiroz.
Assessora Jurídica

Processo-Consulta CFM nº 3200/98
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 16/7/98

Palavras-Chave: perito médico, perícia médica, normas de perícia, perícia ética
Key Words: medical expert, medical examination expert, model medical expert

CUIDADOS NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

Parecer CFM

EMENTA

É desejável que o trabalho de parto seja acompanhado de todo o aparato tecnológico, com respaldo científico para a sua indicação.

A assistência ao parto normal sob analgesia deve ser estimulada no seio da comunidade brasileira, visando à humanização da via natural para o nascimento, resguardada a vontade da parturiente.

A previsão de auxiliar nos partos normais deve ser resultante de indicação médica.

Cesariana feita por apenas um cirurgião é um ato imprudente e negligente, que merece o devido reparo.

DA CONSULTA

O presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará e conselheiro do CFM, Lino Cavalcanti Holanda, através do OF. CREMEC 261/96, encaminhou a este egrégio Conselho Federal de Medicina consulta originária da Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia, sobre os seguintes pontos, *in verbis*:

"1 – a falta de condições de monitorização do trabalho de parto, visando detectar o sofrimento fetal em momento oportuno, o que se verifica em todas as maternidades privadas do nosso estado. A referida monitorização pode ser realizada pela cardiocografia intraparto e/ou pHmetria do couro cabeludo fetal. Assim agindo, reduziríamos significativamente a asfixia intraparto e óbito fetal, bem como o elevado índice de cesariana;

2 – O não-pagamento do procedimento anestésico (analgesia do parto) na assistência ao parto normal por parte dos planos de saúde, o que contraria a orientação geral de humanização do parto, bem como contribui para a elevação do índice do parto abdominal;

3 – A realização de cirurgia cesariana apenas pelo obstetra, sem a presença de um auxiliar, o que se verifica em praticamente todas as maternidades conveniadas pelo SUS, expondo o colega ao erro e a paciente a maior risco de vida;

4 – O não-pagamento do 1º auxiliar na assistência ao parto vaginal por parte dos planos de saúde, conforme prevê a LPM, o que, certamente, reduziria o risco de erro médico, propiciando adequada revisão do canal parturitivo".

PARECER

Adoto, em parte, o parecer da lavra do eminente conselheiro desta casa, Edilberto Parigot de Souza Filho, inclusive com as modificações propostas na reunião plenária de 28 de agosto de 1998, aceitas pelo parecerista, e que trago sublinhado no devido tempo:

1 – A falta de condições de monitorização do trabalho de parto, visando detectar o sofrimento fetal em momento oportuno, o que se verifica em todas as maternidades privadas do nosso estado. A referida monitorização pode ser realizada pela cardiotocografia intraparto e/ou pHmetria do couro cabeludo fetal. Assim agindo, reduziríamos significativamente a asfixia intraparto e óbito fetal, bem como o elevado índice de cesariana.

“No limiar do terceiro milênio é plenamente justificável a preocupação da sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia com a qualidade de assistência ao parto, carente de recursos tecnológicos na maioria das maternidades do seu Estado. Aliás esse fato é observado em elevado percentual dos Estados brasileiros.

Os profissionais da área da saúde estão sempre expostos aos riscos da especialidade que, ocasionalmente, levam a resultados desfavoráveis, mal interpretados pelos leigos e, muitas vezes, distorcidos intencionalmente, visando PEP's e/ou ações judiciais que denigrem sua reputação, com conseqüências desastrosas. Daí o interesse em cercar-se de todos os recursos propedêuticos e terapêuticos para evitar imprevistos: a ultra-sonografia seriada na gestação de risco, a doppler-fluxometria, a cardiotocografia basal e estimulada a suspeita de sofrimento fetal, biópsia de vilo e aminocentese genética nas gestantes de mais de 35 anos, a cordocentese em problemas sistêmicos do feto, as cesáreas precipitadas, etc. Portanto, de um lado a sofisticação de métodos de avaliação da gestante e do feto, que tem propiciado significativos avanços de caráter diagnóstico e terapêutico, reduzindo de modo efetivo as taxas de mortalidade materna, fetal, neo-natal e peri-natal, inclusive, as seqüelas decorrentes do período pré-natal. Realmente, uma medicina de primeiro mundo, que todos nós gostaríamos de praticar. Não obstante, no extremo oposto, são observadas e vivenciadas as deficiências do Estado indigente, com hospitais sucateados, em condições precárias de atendimento ao público e ínfimas perspectivas de aprimoramento infra-estrutural para oferecerem um mínimo de qualidade de nível assistencial.

Os profissionais da especialidade tem publicado inúmeros trabalhos abordando o assunto: alguns amplamente favoráveis à ampla utilização da nova tecnologia, enquanto outros ainda defendem o aprofundamento da avaliação clínica fetal no anteparto, selecionando os casos para cardiotocografia e outros exames, evitando a sobrecarga de custos com métodos mais sofisticados, o que, sob o aspecto logístico da saúde pública, justifica-se plenamente. Mesmo assim, está havendo interesse do Governo Federal em aprimorar não só a assistência ao parto, mas ampliar a sua ação através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM. Dentro deste programa o Ministério da Saúde publicou, em 1991, o manual técnico “GESTAÇÃO DE ALTO RISCO” abordando todos procedimentos pertinentes, como Intercorrências obstétricas, Intercorrências clínicas, avaliação da vitalidade, crescimento e maturidade fetal e antecipação eletiva do parto. Também é apresentado um quadro de “Organização da Assistência Perinatal Segundo Riscos”, com nível de Assistência e Fluxograma Assistencial, prevendo o sistema de REFERÊNCIA que, se realmente implantado poderia trazer reais soluções para o problema, a nível nacional.

Como sabemos que em nosso País as palavras antecedem – e muito – a ação, a análise do problema deve ser aprofundada em estudos e elaboração de trabalhos pertinentes (e aí estaria a grande oportunidade de participação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia) em todos os Estados, que possam servir como argumentos para pressionar os governos, objetivando, inicialmente, a implantação de Centros de Referência nas diversas unidades da Federação, nos moldes do “Manifesto do Primeiro Encontro Regional de Medicina Fetal” – Maceió-AL-1992, que preconizou “Centros de Medicina Fetal de Referência” para cada 5 milhões de habitantes e, em Estados cuja população não atinja esta cifra, pelo menos um Centro Regional.

Obviamente, não vislumbramos a pretensão de uso rotineiro da cardiocografia o que, aliás, na opinião de Kubli, de Heidelberg, poderia até levar a iatrogenismo, se houver má interpretação de traçados. Mas, a indicação precisa de rastreamento da vitalidade fetal pela cardiocografia, naqueles casos em que o minucioso e bem sistematizado exame clínico, com ausculta pelo sonar Doppler, não permitiu evidenciar resposta cardíaca satisfatória, inclusive complementada por análise de pH e gasometria, nas suas precisas indicações.

É claro que chegará o dia em que poderemos contar com a monitorização telemática de fcf e outras técnicas já de rotina.

Por enquanto, na expectativa do desenrolar dos acontecimentos, conforme o que expusemos quanto ao Ministério da Saúde e a possível colaboração das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia no País, somos de opinião que haverá necessidade de especialização de profissionais que irão habilitar-se na nova tecnologia a ser aplicada nos diversos Estados brasileiros, no momento oportuno, inclusive com atenção ao iatrogenismo ponderado por Kubli. O setor privado deverá evoluir de acordo com seus interesses e necessidades, naturalmente antecipando o setor público.

Quanto ao CFM, restará o compromisso de emprestar integral apoio a todas as iniciativas que visem atingir esses objetivos, ou mesmo tomar a iniciativa, como o fez no lançamento da campanha do parto normal”.

2 – O não pagamento do procedimento anestésico (analgesia do parto) na assistência ao parto normal por parte dos planos de saúde, o que contraria a orientação geral de humanização do parto, bem como contribui para a elevação, do índice do parto abdominal.

Naquela oportunidade assim se reportou o cons. Edilberto Parigot:

“No que pertine ao item 2, se nos parece que em relação aos procedimentos e seus respectivos honorários, cabe aos profissionais especialistas estudar a viabilidade dos mesmos, dentro de padrões éticos, segundo critérios técnicos estabelecidos pelo corpo clínico das instituições hospitalares e/ou sociedades da especialidade, que deverão ser consideradas nos convênios com as empresas de saúde”.

Verdadeiramente, são tão raros hoje os agentes remunerados que se opõem à realização de analgesia para parto normal, em face dos progressos que a técnica tem apresentado, que entendo ser apenas um ou outro foco de resistência à utilização rotineira do parto natural humanizado.

Nesta questão há que ser respeitado apenas o direito à cidadania. Existem pessoas que por convicções próprias, especialmente os adeptos das práticas do naturismo, pretendem passar os momentos da parturição sob o manto da tradição milenar do parto via vaginal, optando por não utilizar os métodos artificiais de alívio da dor. Esse é um direito que deve ser respeitado, do contrário pode ser configurada terapêutica arbitrária. Uma vez praticado o ato da analgesia, não encontra apoio a negativa da remuneração ao médico que a praticou.

3 – A realização de cirurgia cesariana apenas pelo obstetra, sem a presença de um auxiliar, o que se verifica em praticamente todas as maternidades conveniadas pelo SUS, expondo o colega ao erro, e a paciente ao maior risco de vida.

“Quanto ao item 3, nos reportamos à Resolução CFM nº 1.342/91, de 08/08/91, art. 2º, b, lembramos que o Diretor Técnico tem como atribuição:

“Assegurar condições técnicas 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”.

Complementando a informação do cons. Edilberto Parigot, tenho a lembrar o texto da recente Resolução nº 1.490/98, aprovada no Plenário deste CFM em 13 de fevereiro de 1998, que dispõe sobre os auxiliares de cirurgia.

“Art. 1º - A composição da equipe cirúrgica é da responsabilidade direta do cirurgião titular e deve ser composta exclusivamente por profissionais de saúde devidamente qualificados.

Art. 2º - É imprescindível que o cirurgião titular disponha de recursos humanos e técnicos mínimos satisfatórios para a segurança e eficácia do ato.

Art. 3º - É lícito o concurso de acadêmico de medicina na qualidade de auxiliar e de instrumentador cirúrgico em unidades devidamente credenciadas pelo seu aparelho formador e de profissional de enfermagem regularmente inscrito no Conselho de origem, na condição de instrumentador, podendo esse concurso ser estendido também aos estudantes de enfermagem.

Art. 4º - Deve ser observada a qualificação de um auxiliar médico, pelo cirurgião titular, visando ao eventual impedimento do titular durante o ato cirúrgico.

Art. 5º - O impedimento casual do titular não faz cessar sua responsabilidade pela escolha da equipe cirúrgica.”

Não devemos legislar sobre a exceção, portanto creio cometer ilícito ético o médico que não lança mão dos meios necessários para uma adequada assistência ao paciente. Uma cirurgia feita por apenas um cirurgião é um ato imprudente e negligente, que merece o devido reparo.

4- O não pagamento do 1º auxiliar na assistência ao parto vaginal por parte dos planos de saúde conforme prevê a LPM, o que, certamente reduziria o risco de erro médico, propiciando adequada revisão do canal parturitivo.

“Os mesmos princípios são aplicáveis ao item 4. Não obstante, opinamos por um estudo mais aprofundado, dentro da especialidade, no sentido de que a equipe médica esteja em comum acordo na condução do procedimento em primigestas, secundigestas, etc., ficando estabelecidos critérios bem definidos quando da assinatura de convênios com os planos de saúde, como tem orientado a AMB.”

Desta feita, entendo, que falta apenas argumentação no momento oportuno. Sofismar quanto à presença de obstetra auxiliar em parto normal de rotina não me convence. Sabemos que havendo indicação e descrição pormenorizada em prontuário, devem ser remunerados o obstetra e o seu auxiliar. Afinal, o médico deve ser remunerado por seu trabalho, exceto quando prestar assistência gratuita espontaneamente, momento em que exerce o seu mister amparado em convicções filosóficas, religiosas ou ideológicas, sem óbice ético.

Este é o parecer.

Brasília (DF), 1 de setembro de 1998.

José Abelardo Garcia de Meneses
Cons. Relator de Vista

Processo-Consulta CFM nº 5157/96
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 9/9/98

Palavras-Chave: parto com analgesia, pagamento de analgesia, parto normal, auxiliar obstétrico.

Key Words: analgesic delivery payment, natural childbirth, obstetric medical auxiliar

Papa pede ética aos cientistas

O papa João Paulo II pediu ontem aos cientistas que respeitem “as responsabilidades morais e éticas ligadas à pesquisa, não como se fosse um controle, ou ainda pior, de uma pressão externa, mas como exigência interna da ciência”. “O homem de ciência sabe que a verdade não pode ser negociada, escondida ou abandonada à livre convicção ou a acordos entre grupos que detenham o poder”, afirmou.

Gazeta do Povo, 11/2000.

PERITO MÉDICO PARA CARTEIRA PROFISSIONAL DE HABILITAÇÃO NÃO PODE SER INDICADO PELO CANDIDATO REQUERENTE

Parecer CFM

EMENTA

A nomeação e a indicação do perito examinador a candidatos à Carteira Nacional de Habilitação – CNH será realizada pelos órgãos de execução do trânsito e nunca por livre escolha do periciado.

Da Consulta

O Dr. Wallace Rocha Saran através de documento protocolizado no Conselho Federal de Medicina sob o nº 6016, de 27 de junho de 2000, solicita parecer, de onde transcrevemos:

“O médico perito examinador de trânsito poderá ser escolhido pelo próprio candidato a ser periciado ou indicado por parte que tem, S.M.J., interesse direto no resultado (auto-escola e/ou despachante). Dado a natureza pericial do exame?

Dr. Wallace Rocha Saran – CRM 49.852”

Todo ato pericial deve ser realizado com total autonomia como preceitua qualquer orientação, quando se trata de exames Periciais. Sabe-se que o atributo mais considerável e mais exigido de quem avalia um periciado é a isenção. Por isso, o perito tem de comportar-se dentro de uma linha de imparcialidade que justifique a credibilidade de suas atribuições.

O médico que assume esse papel deve ter boa formação médica e deve manter-se atualizado com as diversas técnicas utilizadas visando conclusões seguras e acompanhadas a evolução da legislação que define os procedimentos nessa área.

Respondendo especificamente ao questionamento do consulente e de acordo com o art. 276 do Código de Processo Penal que diz: “As partes não intervirão na nomeação de perito”, somos de parecer que o candidato a ser periciado não poderá escolher o médico perito examinador e sim o órgão executivo do trânsito que determinará o perito. A livre escolha pelo candidato deixa dúvidas quanto a eticidade/moralidade do exame realizado. Os Detran’s devem distribuir aleatória e equitativamente aos médicos habilitados e capacitados os candidatos a serem periciados para exame à Carteira Nacional de Habilitação.

É o parecer S.M.J.

Brasília, 12 de julho de 2000.

Ricardo Fróes Camarão
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 6016/00
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/07/00

Palavras-Chave: perito, carteira nacional de habilitação
Key Words: medical expert, national driver licence

Mais de 2 mil casos de eutanásia

Médicos holandeses ajudaram mais de dois mil pacientes a morrer em 1999, disseram as organizações de estudos da eutanásia dos países baixos

O chamado Comitê de Eutanásia disse em um relatório anual que eles receberam mais de 2.200 notificações sobre a prática. Pela lei, os médicos da Holanda deviam informar ao Comitê composto por especialistas médicos e legais e pedir ajuda antes de praticar o fato.

Uma ação no parlamento holandês irá, caso seja aprovada, tornar a Holanda o primeiro país a legalizar a eutanásia.

Os holandeses toleraram a prática por anos, mas os médicos podiam ser, teoricamente, processados por isso. A ação fará com que os profissionais da medicina passem a agir de acordo com as leis.

- Mais de 90% dos que morreram por eutanásia sofriam de câncer, segundo relatório. Os últimos dados da Sociedade Voluntária de Eutanásia da Holanda mostraram 3.600 casos de morte por eutanásia, em 1995.

Fonte: Cadê? Notícias 09/05/00

BANCO DE TECIDOS ÓSTEO-FÁSCIO-CONDRO-LIGAMENTOSOS

RESOLUÇÃO 094/00-CRMPR

EMENTA

Regulamenta o Banco de Tecidos Ósteo-Fásquio-Condros-Ligamentosos e cria normas de funcionamento.

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

CONSIDERANDO a importância e necessidade médica da utilização dos Tecidos Ósteo-Fásquio-Condros-Ligamentosos como recurso terapêutico;

CONSIDERANDO o que dispõe a Lei de Transplante nº 9434, de 4/2/97 e o Decreto nº 2268, de 30/6/97, que a regulamenta;

CONSIDERANDO a Portaria nº 904, de 16 de agosto de 2000, emitida pelo Ministério da Saúde e seu anexo que dispõe sobre Banco de Tecidos Ósteo-Fásquio-Condros-Ligamentosos;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a retirada de ossos, cartilagens, tendões e ligamentos de doador cadáver;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Reunião Plenária nº 1187, em 02/10/2000.

RESOLVE

ART. 1º - O Banco de Tecidos Ósteo-Fásquio-Condros-Ligamentosos deve dispor de:

I - Registro na Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Paraná (CNCDO).

II - Registro no Conselho Regional de Medicina do Paraná de seu Manual de Funcionamento, do Regimento Interno do Banco, Responsável Técnico e do Diretor Médico com treinamento em área de transplante de tecidos ósteo-fásquio-condros-ligamentosos.

ART. 2º - Ao Banco de Tecidos Ósteo-Fásquio-Condros-Ligamentosos compete:

I - Efetuar a remoção de ossos, cartilagens, tendões e ligamentos em Centro Cirúrgico, de modo isolado ou em conjunto com a de outros órgãos, efetuada pela equipe autorizada pela Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos estadual;

II - Receber os tecidos retirados por outros grupos de captadores de órgãos autorizados pelo Sistema Nacional de Transplante;

III - Avaliar, processar e preservar os tecidos utilizando técnicas apropriadas;

ART. 3º - O Banco de Tecidos Ósteo-Fásquio-Condros-Ligamentosos, o Hospital ou a Equipe transplantadora não poderão comercializar os tecidos.

ART. 4º - O Banco de Tecidos Ósteo-Fásquio-Condros-Ligamentosos deverá:

I - Fornecer ao cirurgião responsável pelo implante todas as informações necessárias sobre os doadores e os tecidos doados, mantidos ou preceitos éticos, especialmente de sigilo médico;

II - O Banco de Tecidos Ósteo-Fásquio-Condros-Ligamentosos é responsável pela qualidade e segurança de conservação do material.

ART. 5º - As informações fornecidas ao cirurgião serão, pelo menos, registradas no prontuário do receptor;

ART. 6º - O Banco de Tecidos Ósteo-Fásquio-Condros-Ligamentosos funcionará de acordo com as normas definidas pela Comissão Estadual de Transplante e/ou a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e seus órgãos competentes, de forma a assegurar a adequada seleção dos doadores e excelência na segurança dos tecidos a serem transplantados.

ART. 7º - O material não aproveitado, em qualquer instância, deverá ser reencaminhado ao Banco de Tecidos Ósteo-Fásquio-Condros-Ligamentosos para a destinação prevista em lei.

ART. 8º - É de responsabilidade da equipe captadora a correta e condigna recomposição do doador cadáver.

ART. 9º - A coleta de tecidos de áreas, como a cabeça e as mãos, só será realizada com autorização expressa da família e informação de que a urna funerária deverá ser mantida fechada.

ART. 10 - O Banco de Tecidos Ósteo-Fásquio-Condros-Ligamentosos poderá ceder material para pesquisa científica, desde que o projeto tenha sido aprovado pelo Comitê de Pesquisas em Seres Humanos.

ART. 11 - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação e revoga as disposições em contrário.

Curitiba, 7 de julho de 2000.

Cons. Luiz Sallim Emed
Presidente

Cons. Daebes Galati Vieira
1º Secretário

Resolução CRM/PR nº 094/2000
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 2/10/2000
Publicado em D.O.U. de 25/10/2000

Palavras-Chave: banco de ossos, banco de tecidos, normas de banco de tecidos, transplantes

Key Words: bone banks, tissue banks, bone transplantation

REVELAÇÃO DE SEGREDO MÉDICO

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.605/2000

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 o disposto no art. 154 do Código Penal Brasileiro e no art. 66 da Lei das Contravenções Penais;

CONSIDERANDO a força de lei que possuem os artigos 11 e 102 do Código de Ética Médica, que vedam ao médico a revelação de fato de que venha a ter conhecimento em virtude da profissão, salvo justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente;

CONSIDERANDO que o sigilo médico é instituído em favor do paciente, o que encontra suporte na garantia insculpida no art. 5º, inciso X, da Constituição Federal;

CONSIDERANDO que o "dever legal" se restringe à ocorrência de doenças de comunicação obrigatória, de acordo com o disposto no art. 269 do Código Penal, ou à ocorrência de crime de ação penal pública incondicionada, cuja comunicação não exponha o paciente a procedimento criminal conforme os incisos I e II do art. 66 da Lei de Contravenções Penais;

CONSIDERANDO que a lei penal só obriga a "comunicação", o que não implica a remessa da ficha ou prontuário médico;

CONSIDERANDO que a ficha ou prontuário médico não inclui apenas o atendimento específico, mas toda a situação médica do paciente, cuja revelação poderia fazer com que o mesmo sonegasse informações, prejudicando seu tratamento;

CONSIDERANDO a freqüente ocorrência de requisições de autoridades judiciais, policiais e do Ministério Público relativamente a prontuários médicos e fichas médicas;

CONSIDERANDO que é ilegal a requisição judicial de documentos médicos quando há outros meios de obtenção da informação necessária como prova;

CONSIDERANDO o parecer CFM nº 1973/2000;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária de 15/9/00.

RESOLVE

Art. 1º - O médico não pode, sem o consentimento do paciente revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica.

Art. 2º - Nos casos do art. 269 do Código Penal, onde a comunicação de doença é compulsória, o dever do médico restringe-se exclusivamente a comunicar tal fato a autoridade competente sendo proibida a remessa do prontuário médico do paciente.

Art. 3º - Na investigação da hipótese de cometimento de crime o médico está impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo criminal.

Art. 4º - Se na instrução de processo criminal for requisitada, por autoridade judiciária competente, a apresentação do conteúdo do prontuário

ou da ficha médica, o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo juiz, para que neles seja realizada perícia restrita aos fatos em questionamento.

Art. 5º - Se houver autorização expressa do paciente, tanto na solicitação como em documento diverso, o médico poderá encaminhar a ficha ou prontuário médico diretamente à autoridade requisitante.

Art. 6º - O médico deverá fornecer cópia da ficha ou do prontuário médico desde que solicitado pelo paciente ou requisitado pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina.

Art. 7º - Para sua defesa judicial, o médico poderá apresentar a ficha ou prontuário médico à autoridade competente, solicitando que a matéria seja mantida em segredo de justiça.

Art. 8º - Nos casos não previstos nesta resolução e sempre que houver conflito no tocante à remessa ou não dos documentos à autoridade requisitante, o médico deverá consultar o Conselho de Medicina, onde mantém sua inscrição, quanto ao procedimento a ser adotado.

Art. 9º - Ficam revogadas as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 999/80.

Brasília-DF, 15 de setembro de 2000.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

Resolução CFM nº 1605/2000
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 15/09/2000

Palavras-Chave: segredo médico, consentimento do paciente, prontuário médico, requisição de prontuário, revelação de crime

Key Words: medical secret, patient consent, medical record, crime revelation

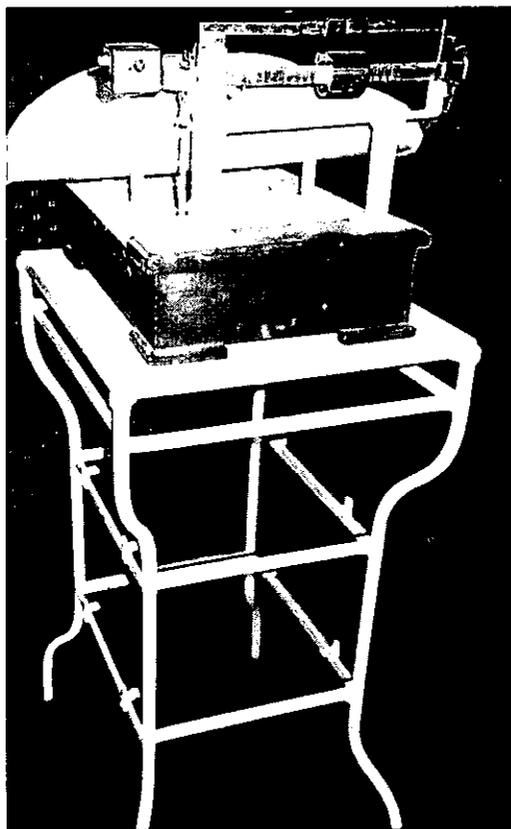
**Vaticano denuncia abusos nas ditas
curas milagrosas**

O Vaticano advertiu ontem bispos, sacerdotes e fiéis sobre os abusos que se cometem no campo das curas religiosas. Em um documento da Congregação Vaticana para a Doutrina da Fé, autorizado pelo papa, denuncia-se a difusão de um "fenômeno novo": a multiplicação de reuniões para rezar, em ocasiões ligadas a comemorações litúrgicas, com o objetivo de obter a cura.

Gazeta do Povo, 24/11/2000

HISTÓRIA DA MEDICINA

Ehrenfried Wittig *



Balança para neonatos - Um raro modelo de balança para pesagem de crianças de baixa idade em consultório e maternidade.

Doadora: Dr^ª. Elisa Checchia Noronha

Palavras-Chave: história da medicina

Key Words: medical history

* Diretor do "Museu de Medicina" da Associação Médica do Paraná.
Para doações, ligue para a secretaria da AMP - 0xx41. 342-1415

1 - COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL (COFEP)

Presidente: Cons. Carlos Ehlke Braga Filho
Secretária: Andressa Schrederhoff
Cons.^a. Lúcia Helena Coutinho dos Santos
Cons. Cícero Lotário Tironi
Cons.^a. Mariângela Batista Galvão Simão
Cons. Renato Seely Rocco
Cons. Rubens Kliemann
Cons. Sérgio Luiz Lopes (destituído em 24/05/2000)

2 - COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO (CD)

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

3 - COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL (CQP)

Presidente: Cons.^a. Marília Cristina Milano Campos
Secretária: Cleunice Reway
Cons. Jorge Rufino Ribas Timi
Cons. Nazy Ramos Filho
Cons. Manoel de Oliveira Saraiva Neto
Cons. Iwan Augusto Collaço (licenciado em 15/03/99)
Cons. Nilson Jorge de Mattos Pellegrini

4 - COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS (CODAME)

Presidente: Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Secretária: Cleunice Reway
Cons. Sérgio Luiz Lopes (destituído em 24/05/2000)
Cons. Jorge Rufino Ribas Timi
Cons. Rubens Kliemann

5 - COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Presidente: Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Cons.^a. Monica de Biasi Wright Kastrup
Cons. Marco Flávio Gomes Montenegro

6 - COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS REGIONAIS/SECCIONAIS

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

7 - COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO

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

8 - CORREGEDORIA DO CRMPR

Cons.^a. Raquela Rotta Burkiewicz

9 - COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO, RECURSOS HUMANOS E PATRIMÔNIO

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

10 - COMISSÃO DE LICITAÇÃO, LEILÃO E SEDE

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

11 - COMISSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS E REMUNERAÇÃO

Presidente: Cons.^a. Monica de Biasi Wright Kastrup
Cons. Mário Stival
Cons.^a. Raquela Rotta Burkiewicz

DELEGACIA SECCIONAL DE APUCARANA

Dr. José Marcos Lavrador (Presidente)
Dr. Carlos Alberto Gebrim Preto (Secretário)
Dr. Guilherme Augusto Storer (Colaborador)
Dr. Evaldo Américo Galhardo Sanches (Suplente)
(Licenciado em 30/12/2000)
Dr. Altimar José Carletto (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE CAMPO MOURÃO

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

DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

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

DELEGACIA SECCIONAL DE FOZ DO IGUAÇU

Dr. Nilson Jorge de Mattos Pellegrini (Presidente)
Dr. Luiz Henrique Zalons (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

Dr.^a. Vera Lúcia Dias (Presidente)
Dr. Osório Edson de Andrade Góes (Secretário)
(Licenciado em 04/04/2000)
Dr.^a. Alíçar Darwich (Colaboradora)
Dr. Humberto Pellegrini Maia (Suplente)
Dr. Frederico Eduardo W. Virmond (Suplente)
Dr.^a. Iara Rodrigues Vieira (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL 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 Pioni Neto (2º Secretário)
Dr. Marcelo Agudo Carvalho de Mendonça (Suplente)
Dr. Wanderley Zanotto Lopes dos Santos (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE MARINGÁ

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

DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

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

DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

Dr. Achilles Buss Junior (licenciado em 05/07/99)
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Presidente)
Dr. Délcio Caran Bertucci Filho (Secretário)
(licenciado em 08/05/2000)
Dr. Gilberto Luiz Ortoian (Suplente)
Dr.^a. Margareth Zych (Suplente) (licenciada em 26/08/99)
Dr.^a. Marly Cybulski (Secretária)

DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

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