

**ARQUIVOS**  
do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

CORREIOS  
IMPRESSO ESPECIAL  
3600137001 - DR/PR  
CRM PR

IMPRESSO

v. 18 - n. 71 jul./set. - 2001

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

**DIRETORIA  
(2001-2003)**

Presidente:	Cons. Luiz Sallim Emed
Vice-Presidente:	Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
1ª. Secretária:	Consª. Marília Cristina Milano Campos
2ª. Secretária:	Consª. Mariângela Batista Galvão Simão
Tesoureiro:	Cons. Roberto Bastos da Serra Freire
Tesoureiro Adjunto:	Cons. Gerson Zafalon Martins
Corregedora:	Consª. Raquele Rotta Burkiewicz

**MEMBROS EFETIVOS**

Carlos Ehke 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 SUPLENTES**

Antonio Carlos de Andrade Soares  
Célia Inês Burgardt  
Cícero Lotário Tironi  
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  
Sylvio José Borela

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

**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. 71	p. 117-176	Jul/Set.	2001
---------------------------	----------	-------	-------	------------	----------	------

**EDITOR**

Ehrenfried O. Wittig

**CONSELHO EDITORIAL**

Carlos Ehlike Braga Filho  
Luiz Carlos Sobania

Duilton de Paola  
Luiz Sallin Emed

Zacarias Souza Filho  
Iseu Affonso da Costa

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

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

**ENDEREÇOS**

Secretaria Rua Marechal Deodoro, 497. 3º andar  
80020-320 Curitiba - Paraná - Brasil

e-mail Geral : [crmpr@crmpr.org.br](mailto:crmpr@crmpr.org.br)  
Secretaria/Diretoria: [secdir@crmpr.org.br](mailto:secdir@crmpr.org.br)  
Assessoria Jurídica: [aj@crmpr.org.br](mailto:aj@crmpr.org.br)  
Cofep: [cofep@crmpr.org.br](mailto:cofep@crmpr.org.br)  
Biblioteca: [biblioteca@crmpr.org.br](mailto:biblioteca@crmpr.org.br)  
Home-Page [www.crmpr.org.br](http://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@serzegraf.com.br](mailto:comercial@serzegraf.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 (!) 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](http://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 ingles, 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](http://www.crmpr.org.br) Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em [biblioteca@crmpr.org.br](mailto: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.71, 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

<b>Ética no Diagnóstico Pré-Natal</b> José Luís de Oliveira Camargo .....	117
<b>Prescrição de Medicamento e a Interferência de Profissional Farmacêutico</b> Parecer CFM .....	123
<b>Alta Médica Hospitalar - Condições e Riscos</b> Parecer CFM .....	126
<b>Atuação do Enfermeiro, Enfermeiro Obstétrico e Obstetrizas na Assistência à Mulher</b> Parecer CFM .....	130
<b>Uma Segunda Opinião Médica</b> Parecer CFM .....	134
<b>Médico Estrangeiro e Habilitação em Português</b> Resolução CFM nº 1.620/2001 .....	136
<b>Oftalmologia: Procedimento Terapêutico Experimental e Terapêutico Aprovado</b> Resolução CFM nº 1.622/2001 .....	137
<b>Médico Militar Exclusivo e o Registro no CRM</b> Resolução CFM nº 1.619/2001 .....	139
<b>Conduta Ética do Cirurgião Plástico Perante a Imprensa Leiga</b> Parecer CFM .....	140
<b>Honorários Anestésicos</b> Parecer CFM .....	149
<b>Laqueadura Tubária Peri-umbilical Puerperal</b> Parecer CFM .....	151
<b>Grupo de Consórcio Para Cirurgia Plástica</b> Parecer CFM .....	153
<b>Homologação de Atestado Médico</b> Parecer CFM .....	155
<b>Consentimento Pós-Informado</b> Parecer CFM .....	158
<b>Assistência à Saúde dos Aeronautas e a Revelação dos Resultados de Exames de Capacitação Intermediados Por Médicos da Empresa</b> Parecer CFM .....	164
<b>Doadora Temporária de Útero e a Reprodução Assistida</b> Parecer CFM .....	166
<b>Atribuição do Enfermeiro no Programa de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI</b> Parecer CFM .....	167
<b>Negada Requisição de Prontuário Médico-Hospitalar à Promotoria da Justiça</b> Parecer Poder Judiciário .....	171
<b>Auditoria Médica</b> Resolução CFM nº 1.614/2001 .....	173
<b>História da Medicina</b> Ehrenfried Wittig .....	176

## ÉTICA NO DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

José Luís de Oliveira Camargo\*

O Diagnóstico Pré-Natal insere-se dentro do contexto da avaliação cuidadosa e sistemática a que toda paciente grávida deve ser submetida dentro de acompanhamento que tem por finalidade assegurar melhores condições de saúde, possíveis, à mãe e ao concepto.

Trata-se, portanto, de um serviço preventivo inserido dentro do processo contínuo de assistência à saúde do binômio mãe-feto, que inicia imediatamente após o efetivo diagnóstico de gravidez e se estende até o parto. Indiscutivelmente seus benefícios superam os custos: basta citar que a mortalidade peri-natal é cinco vezes superior entre as pacientes que não recebem assistência pré-natal.

Os padrões internacionais sugerem que as mulheres grávidas sejam vistas em uma primeira consulta o mais precocemente possível e, a seguir, a cada quatro semanas até a 32ª semana, a cada duas semanas até a 36ª semana e, então, a cada sete dias até o parto. Nos casos de intercorrências e de pacientes de alto risco este esquema deverá ser individualizado.

O início está numa anamnese e num exame físico extenso e detalhado. Solicita-se exames complementares de rotina e inicia-se a orientação da paciente procurando-se esclarecer suas dúvidas. Os fatores de risco devem ser avaliados por ocasião da consulta inicial e em cada consulta subsequente; nas consultas de acompanhamento tanto a anamnese como o exame físico serão objetivos e específicos; deverão ser avaliados os resultados dos exames e solicitados outros à medida em que a gravidez progride e isso se mostre necessário. A paciente e seu responsável devem ser permanentemente notificados a respeito das atitudes que estão sendo tomadas.

Essa é, de uma forma sumária, a forma pela qual o obstetra lança mão de seus conhecimentos para atender a gestante e ter condições de fazer diagnóstico durante a Assistência Pré-Natal.

Esses procedimentos, contudo, devem pautar-se dentro de preceitos éticos e legais situados entre os limites à segurança da prática do ato médico e às repercussões dele emanadas, para a gestante e para o produto de sua gestação.

No sentido prático, vem se imputando ao médico uma ampla variedade de atos infracionais, tais como exame superficial do paciente e conseqüente diagnóstico incorreto, intervenções prematuras, omissão de tratamento ou retardamento na transferência para outro especialista, descuidos nas transfusões de sangue e em atos anestésicos, emprego de métodos e condutas antiquados e incorretos, abandono de paciente, negligência pós-operatória, omissão de instrução necessária aos pacientes, etc.

---

\* Ginecologista /Obstetra. Professor Adjunto de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Estadual de Londrina - PR. Conselheiro do CRM-PR. Acadêmico de Direito da UNOPAR - Londrina - Pr

Há um princípio jurídico segundo o qual todas as pessoas são obrigadas a responder por danos causados a terceiros, afim de que sejam resguardados os interesses dos indivíduos no seio da coletividade.

A atenção e a responsabilidade com que o obstetra deve atuar durante a Assistência Pré-Natal trazem riscos perfeitamente capitulados no Código Civil, em seus artigos 159, 1525 e 1545; no Código Penal, em seus artigos 18, 61, 121, 133 e 135 e em todo o Código de Ética Médica<sup>1</sup>, principalmente em sua Introdução e nos capítulos dos “direitos dos médicos”<sup>2</sup> e das “vedações aos médicos.”

Há que se entender, portanto, que a falta à responsabilidade sobre o atendimento prestado no transcórre do Pré-Natal pode levar a conseqüências de ordem legal (civil ou penal) e de ordem ética. São circunstâncias que existem e atuam de modo paralelo e as condicionantes legais trazidas pela Constituição Federal de 1988 conferiram-lhes proximidade tal que o comum, hoje, é o desdobramento judicial das infrações éticas.

Marcos Almeida Magalhães Andrade Junior, médico mineiro e estudioso da relação médico-paciente afirma que “desconhece processo que tenha nascido dentro de uma relação médico-paciente correta”<sup>3</sup> e identifica marcadores dessa relação que entendemos perfeitamente aplicáveis à situação do Diagnóstico Pré-Natal:

- Marcador nº 1 - A nova realidade do mercado: Estariam médicos e pacientes preparados para vivenciarem mudanças tão radicais que desnudam sua relação?

O autor entende que nem os médicos estão preparados para se portarem como simples prestadores de serviço, nem os pacientes sentem-se plenamente tratados quando na simples qualificação de usuários. “Há poucos anos o ato médico se resumia entre uma confiança (a do cliente) e uma consciência (a do médico). As circunstâncias hoje estão mudadas. As relações sociais se massificaram, distanciando o médico de seu paciente. A própria denominação dos sujeitos da relação foi alterada, passando para usuário e prestador de serviço” (afirmação do Ministro Ruy Rosado de Aguiar Júnior).

- Marcador nº 2 - A nova realidade afetiva.

A pretensa salutar socialização da Medicina estabeleceu uma relação do paciente com seu médico marcada por parâmetros não por ele acertados, mas por seguradoras de saúde. Empobrecidos, pacientes não mais conseguem, em sua grande maioria, arcar com os custos globais de tratamento. Compram, então o seguro-saúde. Inicia-se, aí, uma relação que se define por uma simples equação: “médico credenciado atende paciente segurado”. É uma relação ténue. Caso o médico ou o paciente resolva trocar de seguradora, a relação findará.

- Marcador nº 3 - O trabalho sob comportamento idealizado e a sobrecarga psíquica decorrente. Como o novo paciente enxerga o novo médico?

Médico e paciente procuram um novo patamar para sua relação. Nessa fase é de suma importância que sejam deixados livres para determinarem sozinhos a nova forma de relacionamento. Torna-se claro o quão difícil é para o médico trabalhar para atender a tal idealização de comportamento. Para que não se

cometa erro essencial de julgamento, há que se diferenciar o idealizado pelo paciente do atingível pelo médico.

- Marcador nº 4 - O enigma do limite terapêutico.

O mundo monetarista em que estamos inseridos vem direcionando as questões sempre no sentido do lucro. A Medicina não aceita discussões a respeito da limitação terapêutica a pacientes com tratamento prolongado ou os discutidos tratamentos de alto custo, no qual, no mais das vezes, estão inseridos a investigação e os atos terapêuticos da medicina fetal ou da gravidez de alto risco.

Trabalhar com ética significa respeitar direitos. E a lei, hoje, reconhece, com muita clareza, os chamados "Direitos do Feto", através a Constituição Federal, o Código Civil, o Código de Processo Civil, o Código Penal, a Lei das Contravenções Penais e também o Código de Ética Médica. Dos primórdios, os médicos conhecem sobejamente o Juramento de Hipócrates.

Por nascituro entende-se aquele que foi concebido e não nasceu. O artigo 4º do Código Civil Brasileiro expressa que "a personalidade civil do homem começa com o nascimento com vida, mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro." Assim, o feto merece proteção incondicional do Estado, por exemplo quando considera o aborto como crime contra a vida, sob o ponto de vista penal. O Código civil prevê, ao feto, entre outros, o reconhecimento do filho anterior ao nascimento, a curatela do nascituro e a capacidade da pessoa já concebida, embora não nascida, de adquirir por testamento.

Nelson Hungria considera que "o feto é uma pessoa virtual, um cidadão em germe. É um homem *in spem*."

O obstetra, no uso dos instrumentos que sua especialidade lhe oferece, confronta-se com situações envolvendo os denominados direitos do nascituro. Ninguém discute a validade da manipulação fetal ou uterina quando legitimada por ação diagnóstica ou terapêutica prudente, em favor do feto ou do embrião.

A indicação, execução e interpretação dos métodos não invasivos de propedêutica fetal têm intimidade com o comportamento ético do obstetra. Ultrasonografia, Doppler, Ecocardiografia Fetal, Cardiotocografia, aplicação do Perfil Biofísico Fetal, solicitação de rastreadores bioquímicos e, por que não do perfil sorológico materno, são identidades com indicação precisa dentro da Assistência Pré-Natal.

A atuação moderna do obstetra bem formado inclui o potencial de elementos que constitui a denominada Propedêutica Fetal Invasiva. Esta prevê procedimentos como biópsia de vilosidades coriônicas, amniocentese, cordocentese, embrioscopia, biópsia de tecidos fetais, punção de coleções líquidas, amniotomia. A Terapêutica Fetal Cirúrgica prevê punções e drenagens fetais, derivações, transfusão intra-uterina e cirurgias fetais, seja por via endoscópica ou a céu aberto.

Na assistência obstétrica hodierna reconhece-se a existência de atos considerados perigosos e polêmicos<sup>4</sup>. No sentido básico de sua compreensão, esses atos poderiam ser resumidos em:

**1 - AMNIOSCOPIA** - método válido como auxiliar diagnóstico das condições fetais na gestação de alto risco, na confirmação da ruptura da bolsa, na morte fetal, na suspeita de mola hidatiforme, entre outros. Por outro lado, ao executá-la, ninguém deve omitir o risco de algumas complicações, como sangramento, infecção do ovo, amniorrexe acidental e desencadeamento do trabalho de Parto.

**2 - AMNIOCENTESE** - prática de indiscutível valia no esvaziamento do polihidrânio, na gestação de alto risco, na alimentação intra-uterina, na indução do parto, na coleta investigatória, na isoimunização, entre outras. No entanto, não se pode esquecer das possíveis complicações, tais como perfuração de vísceras, embolias, amnionites e morte fetal, acidentes pelos quais o médico pode responder em infração ética e, na Justiça Comum, por ato culposos.

**3 - FETOSCOPIA** - a observação do feto por visão direta é de grande valia no Diagnóstico Pré-Natal de doenças hereditárias, hemoglobinopatias, hemofilias clássicas, doença granulomatosa crônica, algumas desordens metabólicas e em cirurgias intra-útero. Porém, essa técnica, além de exigir uma distinguida habilidade e um aprendizado eficaz, há de ter uma indicação muito precisa, pelos riscos nela inerentes. O acidente pode levar, também a suspeita de infrações éticas e legais.

Ainda dentro da Obstetrícia<sup>4</sup>, há que se considerar que os Direitos do Feto e da Mãe podem ser agredidos pela ação medicamentosa, pelos efeitos de partos atípicos tipo Leboyer, na cesárea pós-mortem e na manipulação genética.

Na atuação diária do médico a obediência aos "deveres de conduta" constituem predicados essenciais na construção das virtudes inerentes à qualidade do ato médico. Nos Conselhos de Medicina há a observação de que a Obstetrícia encontra-se entre as especialidades mais suscetíveis à ocorrência de deslize ético, que decorre de insucesso.

Durante a Assistência Pré-Natal a responsabilidade do trabalho<sup>5</sup> deve estar intimamente vinculada a respeitar-se os "deveres de conduta", que são basicamente quatro:

### **1- DEVER DE INFORMAÇÃO**

São assim considerados todos os esclarecimentos, na relação médico-paciente-família, que se considerem como obrigatórios, tais como:

1.1 - informação ao paciente, como imperativo ao requisito prévio do consentimento. Nos tempos do respeito aos direitos humanos, que inclusive é preceito constitucional, esta exigência se enquadra no chamado princípio da autonomia ou da liberdade e no princípio da informação adequada.

1.2 - informação sobre as condições precárias de trabalho - Estão incluídos no dever do médico o dever de informar as condições precárias de trabalho, registrando-se em local próprio e comunicando seu órgão de classe,

ou até omitindo-se de exercer alguns atos eletivos da prática profissional, tendo no entanto o cuidado de conduzir-se com prudência nas situações de urgência e emergência.

1.3 - informações registradas em prontuário - Em qualquer instância de análise de litígio, seja judicial ou ético-profissional, uma das primeiras fontes de consulta e informação sobre um procedimento médico contestado é o prontuário do paciente. Por isso, é muito importante que ali estejam registradas as informações pertinentes e oriundas da prática profissional.

1.4 - informação a outros profissionais - A inexistência de sonegação de informações consideradas pertinentes é prática recomendada em favor dos interesses do paciente. O único limite está na desautorização por parte do paciente ou de seus responsáveis. O acesso a informações é garantido e obrigatório, por exemplo, na transferência de pacientes, na substituição e passagem de plantões.

## **2 - DEVER DE ATUALIZAÇÃO**

O regular exercício profissional do médico não requer apenas uma habilitação legal, mas também um aprimoramento continuado, adquirido através dos conhecimentos mais recentes de sua profissão, no que se refere às técnicas de exame e aos meios de tratamento. A capacidade profissional é sempre ajuizada, toda vez que se discute uma responsabilidade médica. Há formas acessíveis de continuidade do aprendizado, que não deve se ater apenas à propagação de medicamentos distribuídas em consultório.

## **3 - DEVER DE VIGILÂNCIA**

O ato médico, quando avaliado na sua integridade e licitude, deve estar isento de qualquer tipo de omissão que venha ser caracterizada por inércia, passividade ou descaso. Em gestantes, isso se projeta no abandono de paciente, na restrição do tratamento, no retardo do encaminhamento necessário, nas prescrições sem examinar a paciente, na medicação por telefone, na falta de solicitação de exames necessários, na ausência da passagem de plantão (seja quem entra ou quem sai), no exame complementar inidôneo. Qualquer situação dessa, passível de comprometer o diagnóstico ou a terapêutica, leva a quebra de relação contratual, onde está prevista arguição de responsabilidade.

## **4 - DEVER DE ABSTENÇÃO DE ABUSO**

Todos os atos médicos devem ter como princípio básico de ação a cautela e, portanto, devem ser descaracterizados de precipitação, inoportunismo e insensatez. Exceder-se na terapêutica ou nos meios propedêuticos mais arriscados é uma forma de desvio de poder e, se o dano deveu-se a isso, não há porque negar a responsabilidade profissional. A desnecessidade patenteia o abuso. Qualquer ato profissional mais ousado ou inovador, fora do consentimento

esclarecido do paciente ou de seu representante legal tem de ser justificado e legitimado pela imperiosa necessidade de intervir. Falta com o dever de abstenção de abuso o médico que opera pelo relógio, o que dispensa a devida participação do anestesista ou do auxiliar e o que delega certas práticas médicas a pessoal técnico ou a estudantes de medicina, sem sua supervisão e instrução.

O dever de evitar abuso é muitas vezes comprometido pela vaidade do profissional que decide ousar em técnicas audaciosas ou recém criadas, sem a eficiência comprovada, abandonando uma prática convencional e segura, apenas para demonstrar uma capacidade inusitada. A imperícia e a imprudência não coexistem: elas se excluem, mas estão na prática médica diária, inclusive de obstetras na prática da Assistência Pré-Natal.

Os preceitos discutidos estão todos no Código de Ética Médica e nas publicações recebidas dos Conselhos de Medicina. Talvez a escola não nos tenha preparado para seguir com tanto rigor, mas uma gestante mal atendida pode significar desconforto judicial ou ético-profissional por toda uma vida.

### **Referências**

1. Franca, GU - Comentários ao Código de Ética Médica, 3ª Ed., Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2000.
2. Franca, GU - Direito Médico, 6ª Ed., Fundo Editorial Byk, São Paulo, 1994.
3. Gomes, JCM - Erro Médico, 3ª Ed., Editora Unimontes, Montes Claros, MG, 2001.
4. Isfer, El - Fundamentos em Medicina Fetal, Livraria e Editora Revinter, Rio de Janeiro, 1998.
5. Teixeira, SF - Direito & Medicina, Editora Del Rey, Belo Horizonte, 2000.

**Palavras-Chave** - ética, bioética, pré-natal, obstetrícia, diagnóstico pré-natal  
**Key-Words** - ethics, bioethics, prenatal, obstetrics, prenatal diagnosis

# **PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTO E A INTERFERÊNCIA DE PROFISSIONAL FARMACÊUTICO**

Parecer CFM

## **EMENTA**

A legislação do país não autoriza o farmacêutico a mudar medicamentos de receitas médicas. Em caso de dúvida, pode o mesmo solicitar ao médico esclarecimentos ou confirmação do que consta da prescrição, solicitar-lhe declaração expressa e escrita de que assume a responsabilidade por ela. A troca, por parte do farmacêutico, de *produto de marca* constante de receita por *genérico*, quando da falta do primeiro, é orientação de portaria da vigilância sanitária e vale para as áreas de trabalho controladas pelo Ministério da Saúde.

## **APRESENTAÇÃO**

Em 17 de agosto de 1998, a Dr<sup>a</sup> Dilma M. Cavalcanti consultou o Conselho Federal de Medicina para que lhe fossem prestados esclarecimentos legais sobre a competência relativa a médico e farmacêutico no que diz respeito à prescrição de medicamentos.

Ao expor seus motivos, a consulente afirma que em ambiente de trabalho travou-se acalorada discussão entre médicos e farmacêuticos acerca da prescrição médica, afirmando os últimos que: têm autoridade e legalidade para recusar-se ao aviamento de receitas, se a julgarem ineficiente, paradoxal e mesmo inócua."

Ademais, asseguram os farmacêuticos que, enquanto laborarem em farmácia hospitalar, deveriam ser consultados quanto à seleção de qualquer medicamento pela equipe médica, bem como dosagem e duração.

A Assessoria Jurídica do Conselho, provocada, manifestou-se declarando que a competência para prescrever medicamentos é privativa do profissional médico, e que ao farmacêutico só cabe buscar confirmação, consultando o próprio médico, quando em dúvida sobre a prescrição por este formulada.

## **PARECER**

Verifica-se que a discussão estabelecida entre tais categorias de profissionais da área de saúde aborda conflito de competência, o qual deve ser solucionado fixando-se limites às atribuições dos médicos e farmacêuticos.

Ao estabelecer-se os limites de atuação dos farmacêuticos e médicos no ambiente de trabalho ambos conseguiram laborar com a terapêutica medicamentosa, cada qual no seu espaço, sem causar prejuízo aos pacientes.

Fundamenta-se o acima exposto no próprio Código de Ética Médica, que dispõe:

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

*"Art. 18º - As relações do médico com os demais profissionais em exercício na área de saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente."*

No mesmo diapasão, dita o código da profissão farmacêutica:

*"Art. 6º - O profissional tratará seus colegas com lealdade, solidariedade e apreço, auxiliando-os no cumprimento dos respectivos deveres, contribuindo igualmente para a harmonia e prestígio da profissão."*

Quanto à questão das atribuições dos profissionais diante das receitas médicas, a legislação vigente, com clareza meridiana, preconiza que é de competência privativa dos médicos receitar seus pacientes, incluindo tal atividade a escolha dos medicamentos, sua dosagem e duração. E fica claro, ademais, que os farmacêuticos não podem modificar o teor das prescrições médicas.

Nesse sentido, o Decreto nº 20.931/32 especifica que:

*"Art. 15 - São deveres dos médicos:*

*a) ...*

*b) escrever as receitas por extenso, legivelmente, em vernáculo, nelas indicando o uso interno ou externo dos medicamentos, o nome e a residência do doente, bem como a própria residência ou consultório.*

*c) Ratificar em suas receitas a posologia dos medicamentos sempre que esta for anormal, eximindo assim o farmacêutico da responsabilidade no seu aviamento."*

Complementando tal posição, a Lei nº 50.991/73, que dispõe sobre o controle sanitário de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, estabelece que:

*"Art. 41 - Quando a dosagem do medicamento prescrito ultrapassar os limites farmacológicos ou a prescrição apresentar incompatibilidades, o responsável técnico pelo estabelecimento solicitará confirmação expressa ao profissional que a prescreveu."*

O código de ética da profissão farmacêutica também expõe que:

*"Art. 9º - O profissional somente poderá alterar indicação de medicamento mediante autorização prévia de quem o tiver receitado."*

Sendo assim, diante da análise da legislação específica, observa-se que é de competência do médico prescrever a medicação que julgar necessária e compatível com a situação que lhe seja apresentada. Somente cabendo ao farmacêutico, quando discordar da prescrição do médico, solicitá-lo para confirmação desta, e não alterá-la.

Vale a pena citar o que consta em recente resolução normativa da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Res. Nº 391), regulamentando dispositivos da Lei nº 9.787/99, que trata dos medicamentos genéricos:

6.2 - Dispensação

*a) Será permitida ao profissional farmacêutico a substituição do medicamento prescrito, exclusivamente, pelo medicamento genérico correspondente, salvo restrições expressas pelo profissional prescritor.*

*b) Nestes casos, o profissional farmacêutico deve indicar a substituição realizada na prescrição, opor seu carimbo onde conste seu nome e número de inscrição do Conselho Regional de Farmácia, datar e assinar.*

c) Nos casos de prescrição utilizando nome genérico, somente será permitida a dispensação do medicamento de referência ou de um genérico correspondente.

d) É dever do profissional farmacêutico explicar detalhadamente a dispensação realizada ao paciente ou usuário, bem como fornecer toda a orientação necessária ao consumo racional do medicamento genérico.

Portanto, nesta hipótese, pode o farmacêutico substituir a medicação por outro, de caráter genérico, mas, mesmo assim, desde que tal não seja expressamente restringida pelo médico.

Cumpra ainda citar o nosso Código Penal, que em seu art. 280 estabelece como conduta criminosa a seguinte:

*“Art. 280 - Fornecer substância medicinal em desacordo com receita médica:*

*Pena-detenção de 1 a 3 anos ou multa.”*

O penalista Damásio Evangelista de Jesus, em sua obra *Direito Penal*, 3º volume, leciona:

*“Se o farmacêutico receber, para aviar, receita manifestamente errada, deve obedecer o preceituado no art. 254 do Regulamento do Departamento Nacional de Saúde, que dispõe que para aviar uma receita que lhe pareça perigosa deverá o farmacêutico consultar o médico que retificará ou fará declaração expressa e escrita de que assume a responsabilidade da mesma, declaração que o farmacêutico copiará no livro de registro do receituário e na própria receita, que ficará em seu poder. Se o caso for urgente, ou se o médico não for localizado pelo farmacêutico, é lícito a este corrigir a receita, agindo, nos termos do art. 24 do CP, em estado de necessidade excludente da antijuridicidade da conduta.”*

Então, conclui-se que os farmacêuticos não possuem amparo legal para interferir na atividade do profissional médico determinando a medicação, sua dosagem e duração, cabendo-lhes tão somente solicitar ao mesmo, em certas hipóteses, a devida confirmação da receita.

Este é o parecer, SMJ

Brasília, 13 de setembro de 2000.

Oliveiros Guanais de Aguiar  
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 645/98  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 13/12/2000

**Palavras-Chave** - interferência na prescrição, limites do farmacêutico, responsabilidade médica e farmacêutica, troca de medicação, relação médico-farmacêutico, ética do farmacêutico

**Key-Words** - prescription interference, pharmaceutis limits, medical pharmaceutis responsibility, medication exchange, doctor-pharmaceutis relationship, pharmaceutis ethics

# ALTA MÉDICA HOSPITALAR - CONDIÇÕES E RISCOS

Parecer CFM

## EMENTA

O médico não deve conceder alta a paciente de que cuida quando considerar que isso pode acarretar-lhe risco de vida. Se os responsáveis ou familiares do doente, no desejo de transferi-lo, não se convencerem do acerto da conduta do médico, deve este transferir a assistência que vinha prestando para outro profissional indicado ou aceito pela família, documentando as razões da medida.

## I - INTRODUÇÃO

Em 24 de agosto de 1999, uma médica atuante em UTI de hospital de Brasília encaminhou consulta ao CFM que pode ser apresentada da seguinte forma.

Aos seus cuidados, numa UTI, encontrava-se paciente em estado de coma vegetativo decorrente de traumatismo cranioencefálico. O paciente fora traqueostomizado, mas não há referência às suas condições ventilatórias, hemodinâmicas, renais ou eletrolíticas. Informa a consulente que os filhos do paciente desejavam levá-lo para sua cidade natal (Rio de Janeiro), onde encontrava-se a maioria dos seus familiares. Teriam comentado, também, que o paciente declarara, no passado, jamais desejar permanecer em coma numa UTI.

Para possibilitar a remoção do paciente a médica programou o fechamento do traqueostoma, o que não provocou efeito em vista do desenvolvimento de um quadro de infecção pulmonar.

Diante dessa situação - e sem deixar claro que as suas relações com os familiares tivessem se agravado -, a médica faz ao CFM as seguintes indagações:

1 - As informações passadas pela família e uma alta a pedido dos filhos seria suficiente para a mesma ser autorizada?

2 - Para esta alta ser autorizada, sendo que haveria risco de vida para o paciente, como proceder legalmente para evitar problemas futuros caso algum familiar (seja filho ou não) viesse a contestar esta alta?

Nesta Casa, o assunto foi ao jurídico, onde recebe extenso parecer, concluindo que a alta não deveria ser dada porque, na eventualidade de uma ocorrência desfavorável, a responsabilidade ética e penal seria da médica assistente.

## II - PARECER

A impressão que nos ficou é que o caso, como narrado, não foi a base fática para o questionamento feito pela consulente.

Por sua narrativa, a idéia que se tem é que o paciente, encontrando-se em estado vegetativo, permanece com as funções tronco-cerebrais preservadas, ventilando espontaneamente, sem depender de recursos artificiais. Pacientes em coma vegetativo sem dependência de medidas terapêuticas intensivas agregadas a UTIs podem - caso a caso - ser tratados em quartos ou enfermarias de hospital, quando não nos seus próprios lares. E muitas vezes a assistência dada pelos familiares pode ser mais protetora que a obtida em estruturas hospitalares onde o tratamento de doentes pode ser feito com técnica, mas nem sempre com paciência e amor.

Parece-nos, no entanto, que a doutora consulente quis respostas para situações mais complexas e genéricas, tanto no plano técnico como nos âmbitos ético e legal. A impressão dada é que ela não restringiu seu interesse a esclarecimentos ligados ao caso concreto que descreveu.

Sumarizemos a situação.

1. Um paciente está em coma. Não tem consciência; logo, não tem autonomia. E não podendo dizer por si, quem haverá de fazê-lo?

2. Esse paciente precisa de cuidados intensivos que só podem ser dados em hospital, sob a responsabilidade de um médico.

3. Familiares do paciente - filhos - desejam transferi-lo para outra cidade, mas para isto precisam que o médico assistente conceda a alta devida.

4. Insistindo em que a saída do hospital pode representar risco de vida para o paciente, a médica tem receio de envolver-se com as conseqüências que poderiam advir, duvidosa que se encontra no que foi construído como um dilema: a segurança de um paciente que não goza do princípio da autonomia versus a vontade expressa por aqueles que lhe são mais chegados, os seus filhos.

Partindo dessas hipóteses, desejamos considerar:

1. O ser humano deve ser o árbitro de sua própria vida ou, pelo menos, deve dela dispor, nos limites impostos pelas leis e pelas teias das relações sociais. Daí surge o princípio da autonomia - que nada tem de novo - estabelecendo o direito que assiste a cada um de afirmar o que lhe convém. Mas esse princípio, ou direito, é relativo. No entanto, o personagem mais qualificado para expressá-lo é o próprio indivíduo a quem o assunto diz respeito.

2. O princípio da autonomia não concede a uma pessoa determinar o que outra deve fazer com ela. Ninguém podem autorizar a outrém que o mate. Também não pode o médico atender a um enfermo que lhe pede a suspensão do tratamento, se houver a possibilidade, de acordo com o imaginário da medicina da época, de que esse tratamento tenha probabilidade de alcançar resultado satisfatório. Atitudes omissivas do médico podem até ser objeto de justificativa. Mas os atos comissivos capazes de produzir resultados deletérios previsíveis serão inevitavelmente qualificados como dolo, não havendo como defender-se o agente do procedimento. Por isto não está apoiado nas leis, nem nas religiões, nem nas culturas do nosso mundo. Isto não encontra apoio no sentimento humano que regula a relação dos homens. No entanto, no campo da medicina, poucas atitudes podem ser tipificadas nessa categoria, e certamente não se inclui entre elas a alta a pedido quando não se vislumbra mais a possibilidade de cura.

3. Dessa forma, estar ou não estar consciente, gozando ou não da chamada autonomia, pouca diferença faz no caso de um doente que se encontra em UTI dependendo dos recursos ali disponíveis para continuidade à luta por sua vida possível. E isso a que nos referimos como luta por vida possível significa o tratamento que tem, pela avaliação médica, pelas respostas estatísticas em situações idênticas, oportunidade de resultado satisfatório. (Não confundir com o intensivismo a que se tanto recorre nos dias presentes e que resulta apenas no prolongamento da vida sem esperança e do sofrimento sem sentido).

Assim, entendemos que o médico não pode atender ao desejo de alta de um paciente quando este, ao abandonar o tratamento, correr risco de vida. Essa conduta deve ser observada até mesmo no caso de paciente consciente, encontrando apoio na norma penal que instituiu o tratamento arbitrário (Código Penal, art. 146, § 3º, I).

4. Acreditamos que essa conduta deve ser observada em qualquer circunstância, porque o médico, no exercício de sua autonomia, não pode fazer o que for de encontro à sua consciência. E mais: "ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei". (Constituição Federal, art. 5º, II).

5. Se em lugar do paciente surgirem de terceiros (representantes legais, tutores, curadores, familiares) a mesma regra persiste, mesmo enfraquecida, por se tratar de vontades alheias. O que não se pode é ignorar, nessas pessoas que se intrometem, os vínculos e as razões que os levam a preocupar-se com o paciente e com o que vier a suceder-lhe.

Nos casos de doença, hospitalizações e tratamentos os familiares são, na maioria das vezes, personalidades mais presentes que as figuras judicialmente constituídas (representantes legais, tutores, curadores).

6. Assim, toda a atenção deve ser dada pelo médico aos que acompanham o doente, preocupam-se com ele e tomam providências relativas à necessidade dos seus cuidados, independente da relação legal existente ou passível de vir a ser estabelecida.

7. Por outro lado, doente algum é refém do médico. E se este compete fazer o que julgar melhor para assistir ao paciente, esse poder é limitado e subordina-se à aceitação do mesmo - se este estiver na capacidade de autodeterminar-se - ou de alguém que possa falar por ele - por consanguinidade ou por delegações legítimas de outra natureza, inclusive as constituídas por decisão judicial.

Assim sendo, o médico permanece com sua liberdade profissional, mas pode vir a ser substituído por outro. (Obviamente, o médico que substituir o anterior gozará também dos seus direitos de autonomia profissional, desobrigando-se a agir em desacordo com sua consciência, se houver conflito entre suas normas de conduta e a vontade dos que o introduziram na assistência ao doente).

8. Estas considerações só têm validade quando se configura a situação extrema posta pela médica consulente:

*Um doente grave, que, se deixar de ser atendido, corre risco de vida, podendo vir a morrer, na perspectiva do juízo médico, se houver interrupção do tratamento. O fato de tal doente não poder expressar a sua vontade é irrelevante, porque, mesmo havendo a prévia declaração do seu desejo de não ser tratado, o tratamento deve ser feito à revelia do paciente, no caso de haver iminente perigo de vida ou risco de morte pela omissão do tratamento. (A dogmática penal brasileira não reconhece o princípio da autonomia, quando se trata de preservar o patrimônio da vida).*

9. Considerando o surgimento de um desafio dessa ordem, cabe ao médico valer-se do conteúdo de arte que se atribui à medicina e procurar a compreensão e apoio dos familiares para a conduta que julgar acertada.

10. Em não havendo concordância, cabe ao médico apenas duas atitudes:

1ª) Insistir na manutenção de sua conduta, justificando-a perante aqueles que a contestam em nome de laços familiares ou de responsabilidades que vem assumindo no curso da doença e do tratamento. Esclarecer sempre, informar tudo, aceitar questionamentos desagradáveis, desde que isto não colida com sua dignidade profissional e humana.

2ª) No caso de não obter êxito nas tentativas de persuasão, deve o médico comunicar aos familiares que abandona o caso, orientando-os a procurar outro profissional para continuar a assistência ao doente.

Neste caso, é prudente que se elabore detalhado relatório médico e documento, com a participação e assinatura dos familiares, as circunstâncias e razões desta a transferência.

Este é o parecer, SMJ

Brasília, 13 de setembro de 2000.

Oliveiros Guanais de Aguiar  
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 7299/99  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 13/12/2000

**Palavras-Chave** - alta hospitalar, altas com riscos, condições para alta, transferência médica

**Key-Words** - hospital discharge, discharge risk, hospital discharge conditions, patient transference

# ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO, ENFERMEIRO OBSTÉTRICO E OBSTETRIZES NA ASSISTÊNCIA À MULHER

Parecer CFM

## EMENTA

A assistência à mulher, como colocada na Res. COFEN nº 223/99, pode ser prestada por enfermeiros, enfermeiras obstétricas e obstetrias como integrantes da equipe de saúde, desde que sob supervisão médica.

Em 14/2/2000, o presidente do CREMEPA envia ofício ao CFM com o seguinte teor:

*Senhor Presidente;*

*Por decisão da Sessão Plenária de 7/2/2000, queremos manifestar nossa preocupação no que se refere à Resolução COFEN nº 223/99, que trata da atuação de enfermeiros na Assistência à Mulher.*

*Entendemos que a redação dada ao citado documento permite várias interpretações, deixando dúvidas quanto à atuação do enfermeiro em atividades restritas ao médico, como, por exemplo, a "identificação de distócias obstétricas" e "acompanhamento da clientela sob seus cuidados, da internação até a alta", o que pode pressupor que a paciente seria integralmente acompanhada pelo enfermeiro e não pelo médico.*

*Gostaríamos de sugerir que o CFM envidasse esforços no sentido de contactar com o COFEN a fim de diminuir as dúvidas, bem como, se pertinente, apresentasse uma resolução definindo as atribuições médicas neste tipo de atendimento, como foi feito em relação a atuação dos cirurgiões buco-maxilo-faciais.*

*Também como sugestão, contactar o Ministério da Saúde para reavaliação da portaria que originou a Resolução COFEN.*

A Resolução COFEN nº 223/99 dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Grávido Puerperal:

O Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, no uso de suas atribuições legais e regimentais; CONSIDERANDO o que dispõe o artigo 5º, XIII, da Constituição da República Federativa do Brasil; CONSIDERANDO o que dispõe a Lei nº 7.498/86, inciso I, alíneas "l" e "m", c/c as alíneas "g", "h", "i" e "j", inciso II, e ainda o disposto no parágrafo único, todos do art. 11; CONSIDERANDO o Decreto nº 94.406/87, que regulamenta a Lei nº 7.498/86, que preceitua em seu artigo 8º, inciso I, nas alíneas "g" e "h", bem como no inciso II, nas alíneas "h", "i", "j", "l", "m" e "p"; CONSIDERANDO que a Portaria nº 2.815, de 29/05/1998, do Senhor Ministro da Saúde, publicada no DOU nº 103, inclui na

Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), e na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI/SUS), o grupo de Procedimentos Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstetra e a Assistência ao Parto sem Distócia por Enfermeiro Obstetra, ambas visando a redução da morbimortalidade materna e perinatal; CONSIDERANDO que a Portaria nº 163, de 22/09/98, do Senhor Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, publicada no DOU nº 183, regulamenta a realização do Procedimento Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstetra, e aprova o laudo de Enfermagem para emissão de Autorização de Internação Hospitalar; CONSIDERANDO a resultante das discussões ocorridas nos trabalhos integrados entre o COFEN e a Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras - ABENFO Nacional; CONSIDERANDO deliberação do Plenário na 279ª Reunião Ordinária, e tudo o que mais consta do PAD COFEN nº 56/94.

## **RESOLVE:**

Art. 1º - A realização do Parto Normal sem Distócia é da competência de Enfermeiros, e dos portadores de Diploma, Certificado de Obstetriz ou Enfermeiro Obstetra, bem como Especialistas em Enfermagem Obstétrica e na Saúde da Mulher;

Art. 2º - Compete ainda aos profissionais referidos no artigo anterior:

- a) assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- b) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- c) execução e assistência obstétrica em situações de emergência.

Art. 3º - Ao Enfermeiro Obstetra, Obstetriz, Especialistas em Enfermagem Obstétrica e Assistência à Saúde da Mulher, além das atividades constantes do artigo 2º, compete ainda:

- \* a) assistência à parturiente e ao parto normal;
- b) identificação das distócias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança do binômio mãe/filho;
- c) realização da episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando couber;
- d) emissão do Laudo de Enfermagem para Autorização de Internação Hospitalar; constante do anexo da Portaria SAS/MS - 163/98;
- e) acompanhamento da cliente sob seus cuidados, da internação até a alta.

Art. 4º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando disposições em contrário.

Datada de 3 de dezembro de 1999, no Rio de Janeiro, a citada resolução foi assinada pelo presidente e primeiro Secretário do COFEN.

O artigo 6º da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, define:

São enfermeiros:

I - O titular de diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II - O titular do diploma ou certificado de Obstetrix ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei;

III - O titular de diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix;

IV - Aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiveram título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea d do artigo 3º do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

A mesma lei, estabelece em seu artigo 11, inciso II, que o Enfermeiro, COMO INTEGRANTE DA EQUIPE DE SAÚDE (o grifo é meu) tem a função de:

g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;

h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

i) execução do parto sem distócia;

Parágrafo único - às profissionais referidas no inciso II do artigo 6º desta lei incumbe, ainda:

a) assistência à parturiente e ao parto normal;

b) identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

O Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências, mantém *in totum* a redação contida naquele decreto, no que diz respeito às atribuições do Enfermeiro, Enfermeira Obstétrica e Obstetrix.

Entendo que:

Fica claro que o Enfermeiro, Enfermeira Obstétrica e Obstetrix estão autorizados a acompanharem a evolução do trabalho de parto, a executarem o parto normal e a praticarem a episiotomia e episiorrafia, como integrantes da equipe de saúde; mas não estão legalmente autorizados a acompanhar o paciente integralmente, de maneira autônoma.

O Enfermeiro, a Enfermeira Obstétrica e a Obstetrix estão autorizados a identificar a distócia, isto é, o desvio da normalidade e a obstrução do trabalho de parto, através dos sinais de alarme do partograma; cabendo ao médico os diagnósticos etiológicos e as decisões terapêuticas. Assim, compete à Enfermeira, à Enfermeira Obstétrica, por exemplo, simplesmente identificar anormalidades na observação da frequência cardíaca fetal.

Não é possível permitir que o Enfermeiro, a Enfermeira Obstétrica e a Obstetrix atuem sós e de maneira autônoma em situações que podem exigir a presença de outro profissional - o médico - para solucionar situações para as quais os mesmos não estão capacitados.

A Resolução COFEN nº 223/99 estabelece, além da competência de Enfermeiros, Enfermeiras Obstétrica e Obstetizas na atenção ao parto normal, a competência de Especialistas em Enfermagem Obstétrica e na Saúde da Mulher. Entretanto, entendo que estas últimas especializações não existem e não estão previstas na Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87.

Quanto às Portarias nº 2.815, de 29/5/98, do Sr. Ministro da Saúde e 163, de 22/9/98, do Sr. Secretário de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, não dão e não poderiam dar, porque não podem descumprir preceitos legais originários do Congresso Nacional sancionados pelo presidente da República, a autonomia indevidamente entendida pelo CREMEPA na análise da Resolução COFEN nº 223/99.

Também não pode descumprir a lei, a resultante de discussões ocorridas nos trabalhos integrados do COFEN e a Associação Brasileira de Obstetizas e Enfermeiras Obstétricas - ABENFO.

Também não pode desobedecer a Lei a Deliberação do Plenário na 279ª Reunião Ordinária, bem como tudo o que mais consta do PAD COFEN nº 56/94.

Este é o parecer, SMJ

Brasília, 12 de julho de 2000.

Pedro Pablo Magalhães Chacel  
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 1505/00  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 13/12/2000

**Palavras-Chave** - atuação das enfermeiras, atuação da enfermeira obstétrica, atuação da obstetriz, enfermeiro no parto

**Key-Words** - nurses function, obstetric nurses function, obstetrics function, delivery and nurse

# UMA SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA

Parecer CFM

## EMENTA

Considera inconveniente o credenciamento pelo sistema conselhal de empresas organizadas para realizar "Segunda opinião".

Desde tempos imemoriais, quando o médico não encontrava solução para um problema técnico (diagnóstico, tratamento ou outro) ou quando um paciente não se contentava com a opinião ou a conduta de seu médico assistente, buscava-se algum outro médico para ajudar a superar suas dúvidas ou ultrapassar as dificuldades. Na tradição européia, instituíram-se as Juntas Médicas para essa finalidade. Por iniciativa do médico assistente, ou a pedido do paciente ou de seu responsável, convoca-se uma Junta de pelo menos três colegas para examinar o caso, avaliar a conduta em causa e dar uma opinião. Se não houvesse consenso na resposta, outra Junta Médica poderia ser convocada.

Já na tradição norte-americana, instituiu-se a chamada "segunda opinião". Mais simples, mais barata e mais direta. O médico assistente ou o paciente consultam outro profissional em busca de ajuda.

O Código de Ética Médica em vigor regulamenta a prática relacionada com a atividade das Juntas Médicas, instituição de revisão técnica bem arraigada em nossa cultura médica. A prática da segunda opinião, entretanto, respaldada na ideologia liberalista norte-americana e com farto apoio no cinema, na televisão e nos jornais, ocorre sem qualquer regulação ou regulamentação, senão o senso moral das pessoas envolvidas.

O presente pedido de parecer, bem sintonizado com a ideologia liberalista e privatizante, foi provocado por alguém que pretende se organizar em empresa para explorar o ramo da segunda opinião. Não obstante, a idéia me parece infeliz, no mínimo. Julgo que, no melhor espírito da ideologia que preside esta proposta, deve-se deixar que o médico e o paciente escolham, com liberdade, a quem desejam pedir a segunda, terceira, quarta ou outra opinião sobre matéria de seu interesse.

Este é o parecer, SMJ

Brasília, 29 de agosto de 2000.

Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior  
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 5740/00  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 11/01/2001

**Palavras-Chave** - segunda opinião médica, junta médica, empresa de segunda opinião, auxílio diagnóstico

**Key-Words** - second medical opinion, medical conference, reenforcement diagnostic

*Colega*

*Não presenteie com  
Álcool ou Tabaco.*

*Seja criativo.*

*Você também é  
Responsável.*

# MÉDICO ESTRANGEIRO E HABILITAÇÃO EM PORTUGUÊS

## RESOLUÇÃO CFM Nº 1.620/2001

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 parágrafo 3º, do artigo 2º do regulamento a que se refere a Lei nº 3;268,d e 30.09.57, aprovado pelo Decreto nº 44.045, de 19.07.58;

CONSIDERANDO que a relação médico-paciente deve ser cultivada de forma ampla, tendo o paciente o direito de receber todos os esclarecimentos a respeito de seu diagnóstico, da maneira mais pormenorizada possível;

CONSIDERANDO que sem uma comunicação clara e precisa, a melhor prática do serviço médico é posta em risco;

CONSIDERANDO a normatização, efetuada pelo Ministério da Educação e Cultura para a obtenção do Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros (CELPE-BRAS.), de acordo com as Portarias nºs. 1787 de 26.12.94, 643 de 01.07.98 e 693 de 09.07.98.

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 16 de maio de 2001.

### RESOLVE:

Art. 1º - O requerimento de inscrição do médico estrangeiro deverá conter, além de toda a documentação prevista no artigo 2º do regulamento aprovado pelo Decreto nº nº 44.045/58, o Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros (CELPE-BRAS), expedido por instituição oficial de ensino.

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação;

Art. 3º - Revoga-se a Resolução CFM nº 1.586/99.

Brasília - DF, 16 de maio de 2001

Edson de Oliveira Andrade  
Presidente

Rubens dos Santos Silva  
Secretário-Geral

Resolução Aprovada  
Sessão Plenária de 11/05/2001

**Palavras-Chave** - médico estrangeiro, proficiência em português, estrangeiro apto em português

**Key-Words** - foreign physician, Portuguese for foreign, proficient in Portuguese

# **OFTALMOLOGIA: PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO EXPERIMENTAL E TERAPÊUTICO APROVADO**

## **RESOLUÇÃO CFM Nº 1.622/2001**

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 art. 2º da Lei nº 3.268 - "O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhe zelar e trabalhar para todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente."

CONSIDERANDO os artigos 123, 124, 126 e 127, dispostos no Capítulo XII do Código de Ética Médica, referente à pesquisa médica, nos quais "" vedado ao médico:

○ Art. 123 - Realizar pesquisa em ser humano, sem que este tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido, sobre a natureza e conseqüências da pesquisa;

Parágrafo único - Caso o paciente não tenha condições de dar seu livre consentimento, a pesquisa somente poderá ser realizada, em seu próprio benefício, após expressa autorização de seu representante legal.

○ Art. 124 - Usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem consentimento do paciente ou de seu representante legal, devidamente informados da situação e das possíveis conseqüências.

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

○ Art. 127 - Realizar pesquisa médica em ser humano sem submeter o protocolo a aprovação e acompanhamento de comissão isenta de qualquer dependência em relação ao pesquisador.

CONSIDERANDO os estudos realizados em conjunto pelo Conselho Federal de Medicina e o Conselho Brasileiro de Oftalmologia, por meio de sua Comissão Científica;

CONSIDERANDO o Parecer CFM nº 15/2001;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão de 16 de maio de 2001.

### **RESOLVE:**

Art. 1º - Considerar como procedimento terapêutico, ou seja, procedimento corretivo funcional, da prática médico-oftalmológico usual:

I - O tratamento com fotoablação corneana por "Excimer Laser" para miopia, astigmatismo e opacidades corneanas;

II - O tratamento com fotoablação corneada por "Excimer Laser" para hipermetropia de até 6 dioptrias de equivalente esférico, em pacientes com mais de 18 anos de idade;

Art. 2º - Manter como experimentais:

I - Halo implantes com finalidade refrativa;

II - Implantes intracorneanos e esclerais;

III - Epiceratofacia;

IV - Implante de lente intra-ocular em olhos fácicos, com finalidade refrativa;

V - Extração de cristalino transparente com finalidade refrativa;

VI - Cirurgia para correção de presbiopia;

Art. 3º - Tornar sem efeito a Resolução CFM nº 1.459/95 de 06 de dezembro de 1995.

Brasília - DF, 16 de maio de 2001.

Edson de Oliveira Andrade  
Presidente

Rubens dos Santos Silva  
Secretário-Geral

Resolução Aprovado  
Sessão Plenária de 16/05/2001

**Palavras-Chave** - cirurgia oftalmológica experimental, tratamentos oftalmológicos autorizados, limites de atuação

**Key-Words** - experimental ophthalmic surgery, authorized ophthalmic treatment, performance limits

# MÉDICO MILITAR EXCLUSIVO E O REGISTRO NO CRM

## RESOLUÇÃO CFM Nº 1.619/2001

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 artigo 15 letra "b", e o artigo 17 da Lei nº 3;268, e os artigos 1º e 2º do Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958;

CONSIDERANDO o contido nos artigos 1º e 2º, parágrafo único do artigo 5º e parágrafo 1º do artigo 6º da Lei nº 6.681/79;

CONSIDERANDO a necessidade de os Conselhos terem permanente conhecimento da situação dos médicos em sua jurisdição;

CONSIDERANDO que o médico militar ao exercer cumulativamente a medicina como médico civil deve inscrever-se nos Conselhos como médico civil;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 16 de maio de 2001.

### RESOLVE:

Art. 1º - Determinar aos médicos que exercem suas atividades como militar que até o dia 28 de fevereiro de cada ano apresentem, aos Conselhos aos quais estão jurisdicionados, prova de sua condição de médico militar exclusivo.

Art. 2º - O documento hábil para esta comprovação será a certidão emitida pelo comandante ou chefe imediato da unidade onde o médico exerça suas funções.

Art. 3º - A não apresentação dessa certidão em tempo hábil, ensejará a transformação imediata da inscrição de médico militar exclusivo para médico civil.

Brasília - DF, 16 de maio de 2001

Edson de Oliveira Andrade  
Presidente

Rubens dos Santos Silva  
Secretário-Geral

Resolução Aprovada  
Sessão Plenária de 16/05/2001

**Palavras-Chave** - médico militar, registro no CRM, fiscalização ética

**Key-Words** - military physician, council registration, ethics supervision

# CONDUTA ÉTICA DO CIRURGIÃO PLÁSTICO PERANTE A IMPRENSA LEIGA

Parecer CFM

## EMENTA

A publicidade de qualquer especialidade médica, assim como a divulgação de assuntos relacionados à atividade médica em imprensa leiga, estão regulamentadas pelo Código de Ética Médica, resoluções do Conselho Federal de Medicina, resoluções dos Conselhos Regionais de Medicina e leis do país.

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica encaminha a este CFM uma lista de 48 questões, solicitando resposta em virtude de sua preocupação com transgressões ao CEM quando do relacionamento de cirurgiões plásticos com a imprensa leiga. A resposta deste CFM deve servir de parâmetro aos associados da SBCP, frente à mídia e à propaganda.

Em demorada leitura das 48 questões enumeradas, consegui reuni-las em 5 (cinco) grupos, por abordarem assuntos semelhantes:

- 1 - Publicação e exposição de fotos pré e pós-operatórias na imprensa leiga
- 2 - Publicações de anúncios
- 3 - Entrevistas na imprensa leiga
- 4 - Consultoria na imprensa leiga
- 5 - Atuação da SBCP frente às transgressões éticas.

A exposição da atividade médica na imprensa leiga e o uso imoderado e impróprio da imagem do paciente são fatos que pressupõem a intervenção disciplinadora dos órgãos competentes. Em vista das absurdas publicações e aparições repetidas na mídia, e exposição em qualquer banca de revistas ou no canal de TV lado a lado com assuntos circenses, nos parece que a SBCP, no momento em que procura disciplinar seus associados, também estimula a necessária revisão das normas sobre estes assuntos. Há muito, o uso da mídia no que se denomina "publicidade camuflada" tem trazido preocupações a quantos labutam nos Conselhos de Medicina. Reportagens exaltando valores avaliados por conceitos rasos e de conteúdo apelativo, citações repetidas por artistas e colonistas sociais, aparições em TV desnudando pacientes para expor áreas corporais operadas e dando ao leigo explicações simplistas e sempre otimistas, são acontecimentos que infelizmente não podem ser ignorados, sob pena de que ao não se explicar normas de conduta sobre estes fatos nos tornemos cúmplices desta banalização e comercialização do ato médico.

No momento, os transgressores acobertam-se em interpretações casuísticas das normas existentes, sempre procurando declarar-se apenas como esclarecedores da opinião pública, sem visar sua promoção pessoal.

## Passamos a avaliar cada grupo de perguntas:

### 1. *Publicação e exposição de fotos pré e pós-operatórias na imprensa leiga*

Este é um dos fatos de maior polêmica nos encontros da SBCP, onde considerável número de membros daquela entidade defende esse tipo de exposição, baseando-se na presunção da finalidade educativa de suas entrevistas. Tal assertiva não resiste à menor análise. Aqui não se discute a autorização do paciente, mas tão só a eticidade do ato. Não vislumbro a valia aos possíveis futuros pacientes da visão de fotos escolhidas entre as de melhor resultado, generalizando o sucesso, omitindo totalmente maus resultados, fracassos ou simples cicatrizes de má qualidade. Os fatores cicatriciais comprovadamente têm componente orgânico individual muitas vezes de difícil previsão.

Qual será a reação do paciente arrebanhado por estas publicações leigas frente a grandes ou pequenos percalços na sua cirurgia?

Outro aspecto importante é reconhecer que estas revistas e jornais são na verdade, mercados onde exibem-se médicos, pacientes, e clínicas, com endereços e, às vezes, até planos de pagamentos.

Cabe aqui, rigorosamente, a observação ao artigo 104 do Código de Ética Médica, que veda ao médico: "*Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em programas de rádio, televisão ou cinema e em artigos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações leigas.*"

### 2. *Publicações de anúncios*

Neste item há questões interessantes sobre meios de propaganda que não estavam citados em nossas regulamentações, tais como *out door* e *internet*. No entanto, também há questões absolutamente inusitadas, tais como: é ético contratar um *promoteur* para divulgação pessoal? É ético o médico pagar espaço em revista leiga para sua promoção?

Implicitamente, o CEM e as resoluções norteiam o bom-senso, a ponderação e a credibilidade para a divulgação do exercício da medicina em todos os ramos.

### 3. *Entrevistas na imprensa leiga*

Há entrevistas de suma importância para a coletividade, realizadas com critérios, sem vislumbre de autopromoção ou sensacionalismo. Hoje, entretanto, a grande maioria de entrevistas sobre cirurgia plástica na imprensa leiga tem objetivo comercial, com revistas inteiramente dedicadas a esta finalidade, com custos preestabelecidos por números de páginas, fotos, etc... Verdadeira compra de espaço, tal qual fazem os comerciantes para vender seus produtos.

#### **4. Consultoria na imprensa leiga**

Há muito tempo esta atividade tem sido exercida por médicos de diversas especialidades. Alguns, procurando respeitar os postulados éticos; outros, nem sempre assim agindo, às vezes sequer demonstram conhecimento técnico-científico para emissão de opiniões.

#### **5. Atuação da SBCP frente às transgressões éticas**

Este é aspecto disciplinar interno do SBCP, e pelo contido nas questões encaminhadas entendemos que a entidade científica não pretende exercer função punitiva, a não ser aquelas previstas em regimento interno.

A seguir, faremos a transcrição e resposta às perguntas dentro dos critérios acima citados e observando, principalmente, o Código de Ética Médica e a Resolução CFM nº 1.036/80.

#### **1. O médico pode exibir, na imprensa leiga, fotos pré e pós-operatórias dos pacientes, com autorização dos próprios?**

R. Não. Isto é vedado pelo artigo 104 do CEM.

#### **2. São considerados éticos os anúncios realizados em out door ou similares?**

R. Não encontrei qualquer menção a este tipo de publicidade nas resoluções vigentes; não é comum o seu uso por médicos, mas sim por hospitais e clínicas. Em nossa opinião, em qualquer caso o contido no out door deve ser analisado frente ao CEM, resoluções e legislação existentes.

#### **3. É ético divulgar, durante entrevistas, endereços e/ou telefones do consultório?**

R. Não. Pelo contido na Resolução CFM nº 1.036/80, em seu art. 8º, temos: "Por ocasião das entrevistas, comunicações, publicações de artigos e informações ao público, deve o médico evitar sua autopromoção e sensacionalismo, preservando, sempre, o decoro da profissão."

§ 1º - Entende-se por autopromoção, quando o médico, por meio de entrevistas, comunicações, publicações de artigos e informações ao público, procura beneficiar-se, no sentido de angariar clientela, fazer concorrência desleal, pleitear exclusividade de métodos diagnósticos e terapêuticos e auferir lucros."

Assim sendo, não se pode creditar senão como publicidade a entrevista que deveria tão somente ser educativa e esclarecedora ao público, quando divulga endereço e/ou telefone de consultório.

#### **4. Mesmo com conteúdo que não infrinja a ética, é ético a publicidade de entrevistas?**

R. Desde que obedeça aos critérios contidos na Resolução CFM nº 1.036/80, a entrevista pode ser considerada ética e portanto pode ser publicada.

**5. A publicidade de fotos de pré e pós-operatório em que se identifique o cirurgião que operou o paciente, em revistas não-médicas, é prática legal ou não?**

R. Não. É ilegal tanto frente ao CEM como a resoluções do CFM.

**6. A publicação de fotos pré e pós-operatórias em que não se identifique o cirurgião que operou o paciente, em revistas não-médicas, é prática legal ou não?**

R. Não. Isto é vedado pelo artigo 104 do CEM.

**7. Fere a ética médica ou não?**

R. Fere a ética médica.

**8. Mesmo se houver permissão do paciente, estas fotos podem ser publicadas?**

R. Não.

**9. Se podem ser publicadas, que tipo de permissão o paciente deve dar por escrito?**

R. Prejudicado.

**10. Se for necessária uma permissão, em que termos ela deverá ser?**

R. Prejudicado.

**11. É permitida a divulgação do endereço e telefone do entrevistado?**

R. Não. Observar a resposta da pergunta nº 3.

**12. O registro no CRM do entrevistado deve ser divulgado nas entrevistas na imprensa?**

R. É de boa norma, para melhor identificação do médico.

**13. O que é considerado autopromoção?**

R. Segundo o parágrafo 1º do artigo 8º da Resolução CFM nº 1.036/80:

*“Entende-se por autopromoção, quando o médico, por meio de entrevistas, comunicações, publicações de artigos e informações, procura beneficiar-se no sentido de angariar clientela, fazer concorrência desleal, pleitear exclusividade de métodos diagnósticos e terapêuticos e auferir lucros.”*

**14. Como definir mala-direta (folder) quando tem de colocar “Distribuição interna”?**

R. Qualquer que seja a modalidade de propaganda, deve obedecer aos critérios do CEM e resoluções (nº 1.036/80).

**15. Fotos pré e pós pode?**

R. Não. Isto é vedado pelo artigo 105 do CEM.

**16. Pode dar informação pela Internet?**

R. Desde que obedeça criteriosamente, principalmente o contido no artigo 8º da resolução CFM nº 1.036/80.

**17. Pode o cirurgião mostrar fotos pré e pós-operatórias a pacientes que questionam querer ver seu trabalho em seu consultório?**

R. Não, em vista do artigo 104 do CEM pode haver questionamento de pacientes cujas fotos forem expostas.

**18. A paciente tem o direito de levar as fotos tiradas no pré e pós-operatório?**

R. Se solicitado, o médico deve entregar cópias, devendo sempre guardar os originais como documentação pessoal, informando este fato ao paciente.

**19. Qual o tipo de publicidade que permite aparecer fotos do corpo inteiro de pacientes?**

R. Nenhum tipo de publicidade médica prevê a exposição do corpo do paciente.

**20. Existe um amparo jurídico para tal exposição?**

R. A Lei nº 3.268/57 confere legitimidade jurídica ao CRM e CFM; se o CEM e resoluções não permitem a exposição, esta decisão é inteiramente legal.

**21. Como fazer valer as normatizações e punições para todos os membros, sem exceção?**

R. Todos os médicos registrados no CRM estão obrigados a obedecer o CEM e as resoluções do CRM e CFM; caso contrário, devem ser denunciados aos seus Conselhos, que são os responsáveis pela apuração e punição, se for o caso.

**22. Pode o cirurgião divulgar fotos pré e pós-operatórias na televisão, jornais ou revistas leigas?**

R. Não.

**23. Pode o cirurgião, com autorização do paciente, publicar fotos pré e pós-operatórias na televisão, jornais ou revistas leigas?**

R. Não.

**24. Pode o cirurgião plástico divulgar na televisão, jornais ou revistas leigas fotografias suas examinando pacientes?**

R. Não.

**25. Pode o cirurgião plástico divulgar na televisão, jornais ou revistas leigas fotografias suas examinando pacientes, com autorização dos mesmos?**

R. Não.

**26. Pode o cirurgião plástico citar nomes de pacientes que tenha operado, na televisão, jornais ou revistas leigas?**

R. Não.

**27. Pode o cirurgião divulgar preços de cirurgias ou média de preços de cirurgias na imprensa leiga?**

R. Não.

**28. Pode o cirurgião plástico divulgar, na imprensa leiga, técnica de outros cirurgiões, com ilustrações ou desenhos, sem citação do autor da técnica ou sem sua autorização?**

R. O cirurgião deve sempre citar o autor, ou poderá estar cometendo infração ao artigo 139 do CEM: "Apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o seja."

**29. Pode o cirurgião plástico, acompanhado de seu paciente, apresentar na imprensa leiga resultado de cirurgia por ele realizada?**

R. Não.

**30. Pode o cirurgião plástico, apresentado como consultor (disfarçado de consultor) de jornais ou revistas leigas, discorrer sobre as técnicas que realiza e comentar resultados de suas cirurgias?**

R. Não. A participação do consultor deve ser sóbria e impessoal, sempre no sentido de educar e esclarecer a coletividade.

**31. Podem as clínicas de cirurgia plástica divulgar procedimentos, técnicas, preços de cirurgias, fotografias de pacientes, de suas instalações, aparelhagens, funcionários e médicos, na imprensa leiga?**

R. Frente ao CRM, os diretores técnicos respondem pelas infrações éticas cometidas na divulgação das clínicas; e itens como preços e ou fotos de pacientes não devem ser usados na publicidade (Resolução CFM nº 788/77).

**32. Pode a SBCP aplicar sanções de suspensão ou eliminação dos quadros de associados que transgredirem as normas éticas emanadas pela mesma?**

R. As transgressões éticas devem ser apuradas e julgadas pelo CRM (Lei nº 3.268/57). A sociedade especializada deve comunicar ao CRM a denúncia sobre possíveis transgressões. Há que se observar que delitos de natureza administrativa previstos no regimento interno das Sociedades Especializadas podem ser apurados e, se observada culpa, aplicadas as penas previstas naquele regulamento.

**33. É ético um médico pagar espaço em revista leiga para sua promoção?**

R. É antiético. Só é permitido o anúncio médico que contenha o nome do médico, número de inscrição do CRM, especialidades (duas no máximo), quando registrada no CRM, títulos científicos e dados referentes a sua localização (endereço e telefones).

**34. Pode um médico contratar um promotor para sua divulgação pessoal continuada?**

R. Qualquer divulgação deverá obedecer ao CEM e às resoluções pertinentes. Tal fato será de responsabilidade pessoal do médico.

**35. Sendo a SBCP uma sociedade científica, filiada à AMB, com estatutos e regras próprias, pode punir o associado com censura, suspensão e cassação quando estas regras forem infringidas?**

R. Observar resposta à pergunta nº 32.

**36. Até onde o direito de ir e vir, liberdade de expressão, etc., tão alegados na nossa Constituição, são passíveis de correção dentro dos estatutos da SBCP?**

R. Os estatutos da SBCP, segundo o nosso conhecimento, devem estar adequados às leis do país, uma vez que as sociedades científicas são congregadas sob a égide da AMB, assim como os médicos individualmente estão sob o controle disciplinar dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina.

**37. A SBCP funciona como um clube e como tal segue e respeita os estatutos. Caso o associado não respeite estas regras, pode ele ser punido pela sociedade sem ter implicações legais?**

R. Observar resposta à pergunta nº 32.

**38. Podem ser divulgadas, na imprensa leiga, fotos de pré e pós-operatórios de áreas corporais que não identifiquem o paciente, como por exemplo couro cabeludo (implante de cabelos), mamas, dorso, abdome, nádegas, púbis, etc.?**

R. Não, desde que o objetivo seja promocional. Fere o artigo 104 do CEM.

**39. Se for legítima esta divulgação, é necessária autorização formal, escrita do paciente, mesmo que não apareça sua face ou sinais característicos que possam identificá-lo?**

R. Prejudicado pela resposta anterior.

**40. Reportagens francamente promocionais em jornais e revistas em que o cirurgião é citado, considerando que este cirurgião afirme que não foi sua iniciativa a elaboração de tal reportagem, a quem cabe a responsabilidade? Pode o cirurgião dizer que a responsabilidade é do jornalista ou do editor do veículo da imprensa, ficando eximido de todo e qualquer questionamento ético?**

R. O médico é responsável por suas declarações à imprensa, devendo observar cuidado ao manifestar-se. No caso de ver deturpadas suas declarações, deve dirigir-se ao veículo de imprensa solicitando correção e comunicar tal fato ao seu CRM.

**41. É legítimo considerar como atenuante a alegação do médico de que não conhece o Código de Ética e os estatutos de sua sociedade médica para justificar infrações? O desconhecimento de leis, normas e regulamentos não deveria ser a priori considerado como agravante na análise de ilícitos e de infrações éticas?**

R. O desconhecimento de leis e regulamentos não exime o médico de culpa em caso de comprovada a infração. Cada caso deve ser analisado in totum, para a verificação de agravamentos.

**42. É ético participar do conselho editorial ou científico de publicações leigas sobre especialidades, nas quais procedimentos médicos tais como cirurgias plásticas são oferecidas como prêmios de concursos, rifas ou sorteios?**

R. Não é ética esta cumplicidade.

**43. É ético divulgar suas atividades, mesmo sem inverdades técnicas, em publicações leigas deste teor acima citados?**

R. A princípio, o bom-senso contra-indica o uso de tal veículo; no entanto, é possível que um anúncio dentro das normas previstas pelo CEM e resoluções possa ser publicado sem comprometer o profissional.

**44. É legítimo participar de seções sobre saúde respondendo cartas com perguntas técnicas em jornais e/ou revistas? Há algum cuidado especial a ser observado? É necessária a autorização prévia do CRM?**

R. Pode-se responder questões com o objetivo educativo e esclarecedor, de maneira impessoal (sem visar sua promoção), para isto observando o contido no CEM e resoluções (nº 1.036/80, principalmente). Quando em dúvida, o médico deve dirigir-se à CODAME (Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos) do CRM.

**45. O médico que teve seu nome divulgado em revistas leigas que o colocam em posições de destaque, parecendo aos olhos dos leigos que é melhor que seus pares e que afirma que nada teve a ver com tal reportagem (mas claramente se beneficiará com tal fato) deve se manifestar junto à sociedade e ao veículo de imprensa que o beneficiou ou, sendo apenas "vítima", permanecer calado? Seu silêncio é ético? O fato de ter se beneficiado sem ter agido intencionalmente neste sentido desobriga-o com relação aos colegas?**

R. Observar resposta à pergunta nº 40.

**46. É ético oferecer planos de financiamentos?**

R. Não. A divulgação comercial desta atitude caracteriza mercantilização.

**47. É ético divulgá-los?**

R. Não.

**48. É ético promover "sistema de consórcios" para cirurgias plásticas?**

R. Não. Empresas que tenham diretores médicos devem ser enquadradas através dos mesmos quando participarem destes consórcios.

Este é o parecer, SMJ

Brasília, 07 de fevereiro de 2001.

Antonio Gonçalves Pinheiro  
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 8997/00  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 04/04/2001

**Palavras-Chave** - cirurgião plástico, publicidade, consórcio cirúrgico, ética em cirurgia plástica, promoção cirúrgica, financiamento de cirurgia

**Key-Words** - plastic surgeon, publicity, surgery consortium, ethics in plastic surgery, surgery financing

## **CADASTRO PODERÁ VIOLAR INTIMIDADE**

### **CARTÃO DO SUS INFORMATIZARÁ ATENDIMENTO MÉDICO**

Ao registrar sua participação, na Terça-feira (dia 12/07), em encontro nacional de juizes e procuradores federais realizado em São Luís (MA), o senador Tião Viana (PT-AC) manifestou sua preocupação de que o banco de dados que o governo federal está montando com o cadastro de 165 milhões de brasileiros termine por violar a intimidade dos cidadãos. O cartão eletrônico do SUS, como está sendo chamado, informatizará o atendimento médico e permitirá o controle de relatórios divididos por doença, período de atendimento, tipo de exame solicitado e remédios receitados.

Mesmo reconhecendo a importância do serviço, Tião Viana explicou que o sistema poderá se tornar frágil se, entre outras situações, for permitido que multinacionais, "que não seguem a idéia de cumplicidade entre ética e ciência e a visão do desenvolvimento", possam acessar estas informações consideradas sigilosas.

- Possivelmente estará rompida uma relação milenar do segredo, do direito à intimidade e do sigilo profissional na sua relação com o usuário - comentou.

Tião Viana disse que o governo federal deve tomar os devidos cuidados para preservar o sigilo e o direito à intimidade dos pacientes. Ele lembrou que a formalidade e o tradicionalismo dos códigos profissionais estabelecem uma relação de segredo entre o profissional e o usuário beneficiado por aquela relação.

Transcrito da Gazeta do Povo

# HONORÁRIOS ANESTÉSICOS

Parecer CFM

## EMENTA

A cobrança dos honorários é atribuição individual de cada médico de uma equipe. O bom relacionamento entre médico cirurgião e anestesiológico deve ser incentivado, mas o seu rompimento não pode prejudicar os pacientes.

## APRESENTAÇÃO

O Conselheiro do CRM/MT, solicita ao CFM parecer sobre o art. 7º do CEM, em virtude de não concordar com decisão do Conselho do qual faz parte, quando analisou e votou seu parecer, alterando o posicionamento a respeito da questão ligada ao artigo citado.

## HISTÓRICO

O Conselheiro, da cidade de Jaciara, consultou o CRM/MT, em novembro/97, com referência à cobrança de honorários de anestesiológico, feita por ele mesmo, como cirurgião.

Relata ter havido protesto do anestesiológico, que alegou o direito de cobrar seus honorários, e a partir de então não mais anestesiou pacientes submetidos a cirurgias.

O cirurgião arguiu o CRM/MT sobre que conduta deve norteá-lo diante disso, uma vez que não há, naquela cidade, outro anestesiológico. O conselheiro Benhur Augusto Barbieri emitiu parecer onde, em linhas gerais, e em resumo, assim se posicionou:

- 1) Não é lícito o cirurgião estipular os honorários do anestesiológico.
- 2) Nenhum médico é obrigado a atender paciente quando não deseja fazê-lo, salvo em situações de urgência e emergência, onde não haja profissional habilitado para fazê-lo, e onde sua recusa possa gerar danos ao paciente.
- 3) A realização de cirurgia e anestesia pelo mesmo profissional, no mesmo momento, caracteriza atos simultâneos e, ao realizá-los, o escúpio assumirá os riscos que podem advir de tal prática (Resolução CFM nº 1.363/93).
- 4) Por fim, sugere o consenso e o bom relacionamento entre os colegas envolvidos, visando benefícios para os pacientes.

Em 28/9/99, o CRM/MT aprovou o parecer do Dr. Benhur Barbieri, mas acrescentou o seguinte: "sendo o único especialista da cidade e estando disponível, deverá o anestesiológico prestar atendimento aos pacientes do cirurgião."

## **PARECER**

1) O artigo 7º do CEM dá autonomia ao médico, desde que esta autonomia não fira os direitos dos pacientes, nem os submeta a riscos desnecessários.

O saber médico é de domínio público e, embora seja recomendado o melhor dos relacionamentos entre cirurgião e anesthesiologista que exerçam atividades em um mesmo paciente, se isto não for possível, o único anesthesiologista de uma cidade, se disponível, deverá prestar atendimento também aos pacientes do cirurgião, seu desafeto.

2) Não tem o cirurgião o direito de fazer a cobrança dos honorários do anesthesiologista, privativos deste.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 5 de fevereiro de 2001.

Abdon José Murad Neto  
Cons. Relator de Vista

Processo-Consulta CFM nº 9752/99  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 5/4/01

**Palavras-Chave:** honorários anestésicos, relação anesthesiologista-cirurgião, autonomia médica, cobrança de honorários

**Key-Words** - individual anesthetic fees, surgery-anesthetic relationship, physician autonomy

# LAQUEADURA TUBÁRIA PERI-UMBILICAL PUERPERAL

Parecer CFM

## EMENTA

Esterilizações por laqueadura tubária por indicação médica podem ser feitas em qualquer momento, por qualquer método e por qualquer via de acesso, desde que fique caracterizado o risco reprodutivo. Devem os médicos, reunidos em Junta, analisar cada caso, registrar os motivos da indicação detalhadamente no prontuário da paciente e elaborar ata específica de esterilização, respeitada a autonomia da paciente.

O Conselheiro Regional de Medicina do Estado da Paraíba encaminha, para apreciação do CFM, parecer emitido pelo conselheiro Eurípedes Sebastião Mendonça de Souza, motivado por ofício da Secretaria de Saúde daquele estado, que solicitou manifestação do Conselho Regional local a respeito da laqueadura tubária puerperal peri-umbilical.

A Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, explicita em seu artigo 10:

*Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:*

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

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

A Portaria nº 48, de 11 de fevereiro de 1999, estabelece em seu artigo 4º, parágrafo único, em obediência ao artigo 10 da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que:

*É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante período de parto, aborto, ou até o 42º do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição a segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde. Neste caso a indicação deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos.*

## COMENTÁRIOS

Lei nº 9.263/96 admite o direito dos cidadãos à esterilização por vontade própria, desde que tenham mais de 25 anos de idade ou dois filhos. Não permite, entretanto, que esta esterilização voluntária seja feita em momentos de parto ou aborto, excetuando-se os casos de cesariana de repetição.

Na condição prevista no inciso II do artigo 10, admite a esterilização em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhando em relatório escrito e assinado por dois médicos.

A abertura do útero na cesariana é feita no segmento inferior do útero, zona entre o colo e o corpo uterino. Fora da gestação, esta zona é uma linha virtual, chamada istmo. Desenvolve-se durante a gestação constituindo o chamado segmento inferior do útero, que chega a medir 12 cm ao fim do trabalho de parto. A cicatriz sobre o músculo é sempre fibrosa, o que traz como risco a perda da elasticidade. Ora, uma linha virtual que na gestação se distende chegando a medir 12 cm, se tiver uma cicatriz com perda da elasticidade pode aumentar o risco de rotura do útero. Por esse motivo aceita-se que após algumas cesarianas deva-se proceder à esterilização pelo risco da rotura uterina. Esta indicação é portanto uma indicação médica, por risco reprodutivo.

A esterilização por indicação médica, baseada em risco reprodutivo, sempre foi permitida, desde que devidamente justificada por Junta médica no prontuário da paciente, elaborando-se ata específica de esterilização, sempre com a devida autorização da paciente, em obediência ao princípio da autonomia. Nestes casos, não impedimento para ser realizada em qualquer momento, incluindo-se aí os períodos de pós-parto, pós-aborto e puerperal.

A Lei nº 9.263/96, que autoriza a esterilização voluntária ao incluir a autorização para a esterilização em casos de risco reprodutivo, autorizando-a durante o parto em casos de cesarianas de repetição – também uma indicação médica por risco reprodutivo -, veio trazer dúvidas quanto à sua interpretação, felizmente dirimidas pelo parágrafo único do artigo 4º da Portaria GS/SAS/MS nº 48, de 11 de fevereiro de 1999, explicitando a esterilização por indicação médica.

Os prazos estabelecidos em lei para a esterilização voluntária se justificam em face da alta taxa de arrependimento que ocorre em mulheres esterilizadas sem uma necessidade real.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 20 de março de 2001.

Pedro Pablo Magalhães Chacel  
Cons. Relator

Processo-Consulta nº 3789/99

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 5/4/01

**Palavras-Chave** - laqueadura tubária peri-umbilical, esterilização cirúrgica, normas para laqueadura, risco reprodutivo

**Key-Words** - tubal sterilization, surgery steriliation, sterilization pattern, reproduction risk

# GRUPO DE CONSÓRCIO PARA CIRURGIA PLÁSTICA

Parecer CFM

## EMENTA

O ato médico de qualquer natureza não pode ser operacionalizado através de sistema de consórcio por esta atividade caracterizar comercialização da medicina.

O Presidente do CRM/CE, cons. Lino Antônio Cavalcanti Holanda encaminha impresso de página eletrônica, *Agenda Saúde Home*, onde se aborda o assunto motivo desta consulta:

*“Consórcio da Beleza*

*Cirurgia plástica através de sorteio ou lance...”*

O título acima inicia o artigo que após evidenciar o grande número de cirurgias estéticas realizadas no Brasil, inclusive ordenando as mais realizadas, apresenta o que seria uma proposta do Banco Central para a regulamentação de consórcios destinados a pagar pelas citadas cirurgias. Mensalmente, através de sorteio ou lance, seriam contempladas os participantes com cartas de crédito no valor de cada procedimento.

*“As expectativas dos intermediários e prestadores de serviço (grifo meu) são que aumentem de forma considerável o número de candidatas a Carla Perez ou Vera Fischer.”*

O impresso finaliza perguntando: *“Você é contra ou a favor do Consórcio da Beleza? Envie seus comentários para [servico@agendasaude.com.br](mailto:servico@agendasaude.com.br)”*

Como anexos, comentários de médicos e outras pessoas, todas contra, por diversos motivos; bem como manifestações do CRM/PR, nos quais o cons. Luiz Sallim Emed encaminha cópia de manifestação daquele Conselho à Associação Brasileira das Administradoras de Consórcios – ABAC, referente aos citados consórcios.

A seguir, o CFM manifesta-se através de seu secretário-geral, Dr. Rubens dos Santos Silva, informando a preocupação desta Casa com o assunto, que provavelmente deve suscitar resolução a respeito.

Este é um dos assuntos freqüentemente abordados pelos órgãos mais expressivos da grande imprensa nacional. Preocupa-me o rumo antiético que se pretende imprimir ao exercício da cirurgia plástica. Há, claramente, o objetivo de tornar o procedimento médico desta especialidade um comércio lucrativo explorado por intermediários com a conivência, às vezes inteiramente explícita, de grande número de médicos, que são diretores ou executores de cirurgias dos consórcios.

O CRM/PR muito oportunamente manifestou-se em nome do exercício ético da medicina, citando o artigo 9º do CEM, que diz: “A Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio.” E promete ir a qualquer instância para defender o seu ponto de vista, com o objetivo de que não se consiga arregimentar médicos que se prestem a participar deste comércio.

Lastimo dizer, neste Plenário, que a preocupação do vigilante CRM/PR sobre a adesão de médicos a esta excrescência ética não é suposição. É realidade exposta em qualquer banca de revistas deste país, em publicações que, também de maneira infratora, expõem pacientes, clínicas, preços e médicos, num mercado fútil e construído sobre meias-verdades.

A prática médica, por suas características humanísticas, não deve ser colocada através de sistema de consórcio no mesmo patamar do comércio de mercadorias como carros, geladeiras ou fogões.

Levando em consideração a clareza do contido no CEM e, principalmente, tomando a defesa dos muitos cirurgiões plásticos que exercem suas atividades de maneira equilibrada, consciente e ética, tenho a convicção que só a ação firme, coercitiva e exemplar sobre médicos que dirijam ou participem como executores dos serviços pode coibir o avanço desta prática nociva aos cânones da ética médica. Se nesta oportunidade não nos manifestarmos contrariamente a esta investida, o que virá a seguir?

Loteria de lipoaspiração?

Bingo de rinoplastia?

A par da incisiva e decidida resposta à consulta, afirmando a infração à ética pelos ditos consórcios, sugiro a este Plenário manifestar urgentemente ao Banco Central do Brasil a decisão aqui e agora tomada, no sentido de que aquela instituição pública reveja este seu projeto e rediscuta os critérios de avaliação de setores que devem ser credenciados ou liberados para consórcios, sempre em busca do maior alcance social de sua atividade.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 14 de março de 2001.

Antônio Gonçalves Pinheiro  
Cons. Relator

Processo-Consulta nº 721/01  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 4/4/01

**Palavras-Chave** – consórcio cirúrgico, mercantilização de cirurgia plástica, consórcio de beleza, pagamento em prestações, sorteio cirúrgico

**Key-Words** - surgery consortium, plastic surgery merchantilism, beauty consortium, installment payment, surgery raffle

# HOMOLOGAÇÃO DE ATESTADO MÉDICO

Parecer CFM

## EMENTA

Os órgãos ou entidades públicas que não possuem médicos em seus quadros para realizarem atividades médico periciais, deverão celebrar convênios com unidades de atendimento do sistema público de saúde, entidades sem fins lucrativos, com o Instituto Nacional do Seguro Social ou, na sua impossibilidade promoverão a contratação da prestação de serviços por pessoas jurídicas, que constituirão junta médica específica para este fim.

É vedado ao médico no exercício da atividade médico pericial, a homologação de atestados, prorrogação de licença médica e demais atividades periciais, sem a presença do servidor a fim de submetê-lo ao exame médico clínico pericial.

## DA CONSULTA

Através do ofício nº 085/2000 – SIMED/CP, datado de 7 de novembro de 2000, o chefe do SIMED/DPF/CP, solicita a seguinte consulta a este egrégio Conselho:

1 – O Departamento de Polícia Federal procede perícias médicas através dos seus servidores médicos, em obediência às prescrições da Lei nº 8.112/90 e legislações afins.

2 – O art. 202 e seguintes da citada lei estabelece que nos locais onde não existir setor médico será aceito ATESTADO MÉDICO emitido por médico particular, desde que o referido documento seja HOMOLOGADO pelo médico da repartição, quando, então, transformar-se-á em LICENÇA MÉDICA, produzindo efeitos para abonar faltas ao serviço.

3 – Nestes instrumentos legais contida está a obrigatoriedade, para a concessão de licenças médicas, da INSPEÇÃO MÉDICA do servidor, em consonância com os dispositivos do Código de Ética Médica e normas do Conselho Federal de Medicina em que o médico somente poderá atestar atos que praticou, cãnone fundamental na perícia médica.

4 – No entanto, algumas Superintendências e as Delegacias da Polícia Federal não possuem médicos e os ATESTADOS MÉDICOS são encaminhados a outras Superintendências que os possuem havendo impossibilidade dessa inspeção pessoal do servidor para a devida HOMOLOGAÇÃO e pagamento dos dias faltosos, haja vista, que Instruções de Serviço desse Departamento estabelecem que somente seja lançado na folha de pagamento como justificativa de falta quando o atestado médico for homologado.

5 – Consultamos como proceder nesses casos?  
Poderá haver HOMOLOGAÇÃO SEM a presença do servidor?

## DO PARECER

Segundo Souza Lima, atestados são documentos médico-legais e resumem-se na “declaração pura e simples, por escrito, de um fato médico e suas conseqüências.”

Homologar, segundo o dicionário AURÉLIO – Editora Nova Fronteira, significa “confirmar ou aprovar por autoridade judicial ou administrativa.”

O ato de homologar ou não o atestado médico é prerrogativa exclusiva da profissão médica. Somente o médico possui habilitação legal e um sólido alicerce de conhecimentos técnicos suficientes para, após examinar o paciente, concordar ou não com o atestado médico. No caso específico dos servidores públicos, esta função cabe ao médico pertencente ao setor médico do respectivo órgão ou entidade, conforme exemplifica o art. 203 da Lei nº 8.112/90, ou a outros médicos, conforme explicitado no art. 230 e respectivos parágrafos.

Licença médica é a autorização dada durante um determinado período de tempo, para tratamento de saúde, após a inspeção médica por médico do setor de assistência do órgão de pessoal ou por junta médica oficial, resultando abono das faltas ao trabalho.

A Lei 8.112/90 determina nos seus artigos 202, 203 e 204, 206, 207 e 230 que para concessão de licença médica, prorrogação da mesma, seu término ou aposentadoria, faz-se obrigatória a inspeção pericial médica.

O termo inspeção pericial médica é sinônimo de exame médico pericial, e traduz-se pela realização do exame clínico no paciente, pelo médico.

O ato de atestar é da competência exclusiva do médico.

É nossa opinião, baseada no Código de Ética Médica, que nenhum médico, seja ou não do setor médico pericial do órgão ou entidade, poderá homologar atestado médico, prorrogar a licença médica, decretar seu término ou opinar pela aposentadoria do servidor sem antes proceder ao exame clínico do paciente.

No presente caso, em que algumas Superintendências e as Delegacias de Polícia Federal não possuem médicos, e os atestados médicos são encaminhados a outras Superintendências que os possuem para a devida homologação, sem a presença do servidor para o exame médico pericial, **CONCLUÍMOS** que não pode continuar havendo a HOMOLOGAÇÃO DOS ATESTADOS, e que atualmente estão ocorrendo indícios de infração aos artigos 110 e 119 do Código de Ética Médica, estando o(s) médico(s) sujeito(s) à Processo Ético-Profissional pelo Conselho Regional de Medicina do seu estado.

A própria Lei nº 8.112/90 aponta a solução do problema das Superintendências e Delegacias de Polícia Federal que não possuem médicos quando, no art. 230, parágrafos 1º e 2º, refere que “na ausência de médico ou junta médica oficial, o órgão ou entidade celebrará, preferencialmente, convênio com unidades de atendimento do sistema público de saúde, entidades sem fins

lucrativos declaradas de utilidade pública, ou com o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS. Na impossibilidade de aplicação do disposto anteriormente, o órgão ou entidade promoverá a contratação da prestação de serviços por pessoas jurídicas, que constituirá junta médica especificamente para este fim, indicando os nomes e especialidades dos seus integrantes, com a comprovação de suas habilitações e de que não estejam respondendo a processo disciplinar junto à entidade fiscalizadora da profissão.”

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 10 de dezembro de 2000.

Dardeg de Sousa Aleixo  
Cons. Relator

Processo-Consulta nº 9609/00  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 5/4/01

**Palavras-Chave** – perícia médica, atestado médico, inspeção médica, homologação de atestado, junta médica, licença médica, tratamento médico, exame pessoal do paciente, exame médico pericial

**Key-Words** - medical inspection, medical certificate, inspection examination, medical permission, medical personal patient examination

## **MÉDICO OBTÉM REINTEGRAÇÃO**

### **HOSPITAL PUNE FUNCIONÁRIO QUE BUSCOU DIREITOS NA JUSTIÇA**

A 2ª Câmara Cível do Tribunal de Alçada, no julgamento da apelação cível nº 333.0009-0, determinou que o Hospital e Maternidade Maria Eloy, da cidade de Palma, reintegre em seu corpo clínico o médico Evaldo Rui Nogueira Melido, que fora demitido por ter ajuizado uma ação trabalhista contra o referido hospital.

Consta nos autos que o médico trabalhou para o hospital durante 18 (dezoito) anos consecutivos, com internações de pacientes do SUS, Impseg; Unimed, particulares, além de realizar cirurgias e atendimento ambulatorial. Ao propor ação trabalhista em face do mosocômio, considerada como uma "atitude temerária", Dr. Evaldo foi excluído definitivamente do quadro clínico, por decisão da Diretoria do Hospital em reunião extraordinária. Esta penalidade, entretanto, não era prevista no Estatuto nem no Regimento Interno do hospital.

O Relator, Juiz Edgard Penna Amorim, considerou, em seu voto que "o hospital, ao pretender excluir o apelado de seu quadro clínico, deveria ter observado não só o Estatuto como também o Regimento Interno. Não poderia excluir o médico, pois, como bem asseverou o douto Juiz de Palma: "existindo regras previamente estabelecidas regulamentando a exclusão de pessoal de seu quadro clínico é óbvio que o réu a elas deve se submeter".

Os demais componentes da Turma Julgadora, Juízes Edivaldo George e Delmival Almeida Campos, acompanharam na íntegra o voto do Relator.

Transcrito da Gazeta do Povo

# CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Parecer CFM

## EMENTA

O CFM mantém uma postura respeitosa e compreensiva com os médicos e sociedades de especialidades que adotem o consentimento pós-informado, mas não recomenda o seu uso como norma.

## I – PARTE EXPOSITIVA

O presidente do FEBRASGO – Dr. Edmundo Chada Baracat solicita do Conselho Federal de Medicina análise e parecer sobre consentimentos pós-informados em Ginecologia e Obstetrícia, “consoante decisão prévia tomada em reunião realizada no CFM”. Chama a atenção para a importância da chancela do CFM ao projeto elaborado pela sociedade.

Com a solicitação, é também encaminhado projeto com os modelos propostos para as cirurgias da especialidade, os quais contêm, em linhas gerais:

- 1 – Identificação do paciente ou de seu responsável;
- 2 – Nome do procedimento;
- 3 – Descrição da técnica (em termos leigos e claros);
- 4 – Possíveis insucessos;
- 5 – Complicações pré e pós-operatórias;
- 6 – Descrição da anestesia;
- 7 – Destino da peça operatória;
- 8 – Explicação quanto à possibilidade de modificações de conduta durante o procedimento;
- 9 – Declaração de que as explicações foram efetivamente entendidas;
- 10 – Confirmação de autorização, com local e data da intervenção cirúrgica;
- 11 – Modelo para a revogação da cirurgia;
- 12 – Assinatura de duas testemunhas; para alguns procedimentos, quatro testemunhas.

Os termos dos esclarecimentos são bastante claros e minuciosos, com importantes informações para o paciente ou seu responsável. Na maioria, não há menção do percentual de possíveis complicações. Em alguns casos, registra-se que as complicações ocorrem excepcionalmente.

Para melhor avaliação, transcreveremos integralmente o texto das fls. 87 e 88, de autoria do Dr. Hugo Miyahira, presidente da Comissão de Defesa Profissional da FEBRASGO e presidente da SGORJ, que contém os principais argumentos que embasam o projeto encaminhado ao CFM:

## **CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO**

Hugo Miyahira

Presidente da Comissão de Defesa Profissional da FEBRASGO  
Presidente da SGORJ

*Imaginem:*

*Paciente que, por conta de uma pelve "congelada", sai do centro cirúrgico tendo realizado além da histerectomia com anexectomia bilateral proposta também uma colostomia. Seu pós-operatório se complica exigindo cuidados intensivos.*

*Uma ocorrência factível, uma evolução possível apesar de todo desagrado que isto possa nos trazer.*

*Para alguns familiares, explicações nesta hora poderão soar como desculpas por um mau atendimento, por um erro médico!*

*'Consentimento Pós-Informado' é o documento assinado pela(o) paciente, ou responsável, consentindo ao médico a realização de determinado procedimento após haver recebido informações. Histórica e até culturalmente temos sempre sido profissionais onipotentes, e tal atitude justificada 'em benefício de paciente, estressado e ameaçado pela enfermidade que o afeta'. Com um tapinha no ombro, um sorriso afável e a certeza ditada por anos de vivência lhe dizemos: 'Tudo vai correr bem', e geralmente é o que acontece. Só que de vez em quando não é o que ocorre.*

*Nossa atitude patriarcal ante o paciente regredido, infantilizado pelo significado afetivo de sua doença, emocionalmente inseguro, tem ensejado a relação vertical de poder que se estabelece nesta circunstância, sentamo-nos no alto de nossa torre e ditamos as normas ao paciente em sua base. Como não assumir alguma onipotência se, profissionalmente, freqüentemente, de bisturi ou drogas à mão, a vida deste paciente passa a depender de nossas decisões?*

*Assim, alguma onipotência, nos dias de hoje, é preciso. Uma integral onipotência, provavelmente só em casos muito especiais.*

*O paciente atual cada vez mais exige-nos informações, questiona-nos valores, exige-nos tempo, competência, consolo e, às vezes, cura é o que vendemos a quem nos procura.*

*O paciente passivo e desinformado, o atendimento personalizado, e o temor referencial de antanho foi substituído nesta sociedade de consumo pelo paciente ativo, informado (freqüentemente mal!), que, às vezes com destemor e irreverência, 'compra' nossos serviços da mesma forma que a uma geladeira, exigindo-nos o seu 'direito de consumidor', e isto baseado na lei que inverteu o ônus da prova: nas discussões legais, o acusador apenas acusa; o acusado deve provar que a acusação não é procedente.*

*No bojo desta situação surgiu o 'consentimento informado', que prefiro nomear 'consentimento pós-informado'.*

*Um documento que, nas cidades do Primeiro Mundo se imiscuiu na relação médico-paciente e que agora nos chega para, vez por outra, em pendengas judiciais nos auxiliar ruim e bom.*

Ruim quando soa como ameaça, coação, manipulação e distorção das informações. Ruim também quando omite (Lembro-me de um dos sermões do Padre Vieira: 'A omissão é o pecado que se faz não fazendo').

Bom quando é complemento da relação médico-paciente, introduzido gradual e continuamente como orientação antecipada à reflexão de sentimentos do paciente. Bom quando fornece informações claras, objetivas, concisas, que irão permitir ao paciente, por seu livre-arbitrio, sem coação e apenas de posse da informação, com convicção, optar.

Bom na medida em que revela a face não-onipotente da medicina, resgatando nossa humanidade de visão deificada e mágica antes presente, e da profissão tecnicamente científica muito presente hoje na sociedade americana.

Afinal, continuamos fazendo o mesmo que W. Osler fazia no século passado: uma ciência de incertezas e uma arte de probabilidades.

Exercemos nossa profissão compromissados com os 'meios', isto é, tudo fazendo para remover a cura de nossos pacientes, o que nem sempre conseguimos. Isto deve ser informado ao paciente ou a quem de direito.

A informação deve ser fundamentalmente oral em ambiente adequado, sem pressa, preferencialmente permitindo-se a quem a recebe (paciente ou familiar responsável) tempo para decidir (24 h), salvo as emergências.

Riscos devem ser explicitados, nomeadamente aqueles próprios àquela paciente com determinada patologia.

Idealmente, informar os menores, mais freqüentes e aqueles excepcionais, mais graves porém menos freqüentes.

Informações sobre o diagnóstico, alternativas terapêuticas e prognósticos são direitos do(a) paciente.

Obviamente, não se deve pensar neste documento nas emergências; nos graves perigos para a saúde pública; quando se considera que a informação seja claramente prejudicial à saúde do paciente e na recusa explícita a toda informação.

O texto deve ser, o mais possível, desprovido de tecnicismo, de detalhes excessivos, permitindo, inclusive, que o paciente ou seu representante legal, antes da realização do procedimento médico, possa mudar de opinião.

Atentar que consentimentos globais ou em branco são juridicamente questionáveis.

Quando um clínico de família indica um cirurgião, acredito que ambos, de comum acordo, devem informar.

A assinatura do documento deverá ser a etapa final da informação oral que se prestou a(o) paciente, familiar ou responsável.

Assim procedendo, além do respeito devido ao paciente, estaremos de posse de um documento fundamental em um processo ético-judicial.

## **COMO FAZER UM 'CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO'**

1 – Identifique o paciente e seu responsável ou representante legal (nome, idade, endereço, identidade), caso o paciente tenha optado pelo mesmo.

2 – Em termos claros, concisos, de preferência em linguagem não técnica, descreva, com relação ao paciente:

- seu diagnóstico;
- suas alternativas terapêuticas;
- a alternativa terapêutica que você escolheu, e porque a escolheu (prognóstico);
- esclareça os riscos desta conduta, as complicações possíveis, por ordem de frequência.

3 – Finalize o documento com a afirmação de que o paciente solicitou e obteve outros esclarecimentos (que você deverá ter dado), que compreendeu as explicações fornecidas e que desta forma CONSENTE em que se pratique o procedimento informado e acrescenta que a qualquer momento, antes da realização do procedimento proposto, o paciente poderá optar, sem qualquer explicação, pela suspensão do mesmo, revogando este consentimento.

4 – Deverão assinar o paciente (ou seu responsável) ou representante legal e o médico.

5 – Para maiores detalhes, leia no 'Jornal da FEBRASGO', nº ..... mês ....., o artigo 'Consentimento Pós-Informado'.

Esta é a parte expositiva.

## II – DISCUSSÃO E PARECER

A proposta da FEBRASGO apresenta méritos incontestáveis. É uma garantia de que o profissional dará explicações claras e respeitadas sobre o diagnóstico, terapêutica, complicações e prognóstico, indispensáveis para a realização de qualquer procedimento cirúrgico, no que concordamos inteiramente com o Dr. Miyahira. Também concordamos que o documento proposto pode se constituir em peça defensiva para o médico, nos casos de processos éticos e ou judiciais.

Entretanto, em sua execução, como está proposto, visualizamos aspectos muito preocupantes:

- o risco de transformar a relação médico-paciente, que deve ser embasada na solidariedade e confiança, numa relação predominantemente burocrática e jurídica;
- na medida em que apresenta um modelo-padrão determina uma mesma abordagem para todos os pacientes, que são muito diferentes em suas reações;
- possibilita, assim, aumento do estresse, da ansiedade e do sofrimento em alguns pacientes, com prejuízos para o resultado almejado;
- o destaque, no documento, das complicações, sem mencionar seus percentuais de ocorrência, com intenção possivelmente defensiva, leva a uma falsa idéia quando sabemos que, na maioria dos procedimentos realizados com boa técnica e competência, o surgimento de complicações é mínimo;
- a possibilidade de induzir o médico a pensar que, uma vez assinado o termo, está absolvido de qualquer complicação que possa ocorrer. Embora

possa ser uma peça importante em sua defesa, sabemos que a existência do documento não o isenta de sofrer processo por possível erro, diante de um mau resultado;

- dificuldade para usar o modelo proposto, em alguns casos, como na aplicação de fórceps, por exemplo;

- a dúvida de que o esclarecimento pós-informado possa ser aplicado a toda clientela brasileira, ou destina-se apenas a uma clientela selecionada.

São evidentes, atualmente, as dificuldades desejável confiança que deve existir na relação médico-paciente. O ato médico lida com reações orgânicas variáveis, com resultados muitas vezes inesperados. Até recentemente, a autoridade do médico jamais era contestada. Ultimamente, houve maior consciência da cidadania, que exercida de maneira equilibrada é, sem dúvida, positiva em uma sociedade. Alguns fatores, porém, têm contribuído para um questionamento exagerado do trabalho do médico, o que, muitas vezes, nos leva a uma postura defensiva. Condições de trabalho inadequadas, baixa remuneração, mau preparo técnico e ético de alguns profissionais; aplicação dos parâmetros do código de direito do consumidor na relação médico-paciente; atuação sensacionalista de setores da imprensa e expectativa fantasiosa de alguns pacientes em cirurgias estéticas têm dificultado a relação correta. Qualquer mau resultado é interpretado com desconfiança pelo paciente, familiares e sociedade. Cresceram as denúncias de erros médicos, em vários casos com objetivos claramente econômicos.

Não temos dúvida de que o exercício da medicina, nos dias de hoje, oferece maior risco de contestação e de processos. É compreensível, neste contexto, a preocupação do médico em defender-se. A melhor defesa, no nosso entendimento, é o exercício profissional realizado com conhecimento competente e uma atitude respeitosa com aqueles que precisam de tratamento, o que resultará numa boa relação médico-paciente, fundamental na prática médica.

Defendemos uma medicina tecnicamente competente e praticada com respeito ao paciente, sujeito e não objeto da ação do médico, qualquer que seja sua condição. Assim, ele deve receber, de maneira transparente, todos os esclarecimentos necessários para compreender a sua situação, possibilitando-o posicionar-se quanto aos procedimentos propostos. Achamos, entretanto, que a formalização padronizada da relação venha a trazer mais prejuízos do que benefícios. Pensamos que o consentimento pós-informado – obrigatório nas pesquisas em seres humanos – se justifica em casos de altíssimos riscos ou quando o médico percebe que a confiança do paciente está de alguma forma abalada mas, mesmo assim, avalia que a sua atuação é indispensável.

A proposta da FEBRASGO, elaborada a nosso ver com a nobre intenção de contribuir para uma melhor relação médico-paciente e servir como instrumento de proteção ao médico, traz, inserida, possíveis distorções. Pode contribuir para que uma relação humana, alicerçada na solidariedade e na confiança, se transforme numa relação burocrática e jurídica. Que médico e paciente, ao invés de pessoas que se querem bem, se vejam como futuros contendores, tendo que mutuamente se precaver.

Opinamos no sentido de que o CFM mantenha uma postura respeitosa com os médicos e sociedades de especialidades que adotem o consentimento esclarecido. Entendemos, entretanto, ser um equívoco apoiar o seu uso como norma.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 13 de dezembro de 2000.

Evilásio Teubner Ferreira  
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 4678/2000  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 13/12/00

**Palavras-Chave** - consentimento pós-informado, normas para consentimento, código do consumidor, termos de esclarecimentos, contestação

**Key-Words** - informed consent, consent standarts, consumer codes, enlightenment term, constestation

# **ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS AERONAUTAS E A REVELAÇÃO DOS RESULTADOS DE EXAMES DE CAPACITAÇÃO INTERMEDIADOS POR MÉDICOS DA EMPRESA**

## **EMENTA**

O segredo médico encontra a exceção quando a não-revelação de patologia expõe a comunidade a um risco de vida.

## **A CONSULTA**

Trata-se de consulta formulada pela então Fundação Rubem Berta, nos seguintes termos:

*Que no resumo de suas abordagens, forma e mérito da questão, os integrantes da Diretoria da Fundação concordaram integralmente com os aspectos apontados pelo parecer do egrégio Conselho Federal de Medicina, mas que os fatos relatados pela Associação de Pilotos da Varig não ocorreram como o relatado.*

O mérito que motivou a consulta versa sobre "resultados de exames de capacitação intermediados por médicos da empresa."

A Fundação Rubem Berta não dispõe de informações acerca da saúde dos aeronautas, a menos que os mesmos os relatem. Um dos motivos primordiais de preocupação é a saúde dos pilotos e seu perfeito estado, com vistas a garantir a segurança daqueles que deles dependem, pois o risco de uma súbita incapacidade pode ser fator adicional às condições particulares de voo.

Sendo assim, os pilotos dispõem obrigatoriamente de exames periódicos, para a manutenção de sua saúde, de acordo com a idade e categoria técnica, realizados por organismos específicos e fiscalizados por órgãos competentes.

Nestas inspeções, não é infrequente que os mesmos omitam tanto suas condições patológicas como o uso de medicamentos que possam alterar suas funções cognitivas essenciais ao bom desempenho na cabine de comando.

Os órgãos de controle são entendidos como instâncias periciais; por outro lado, a missão dos serviços médicos das empresas aéreas, como verificado no caso exposto, é de treinamento, orientação e continuidade da atividade profissional. Assim, seria ideal que esses serviços interagissem com os órgãos periciais no intuito de cumprir o dever de informação e encaminhamento de casos em que se detectem incompatibilidades de permanência segura nas aeronaves. A chave para essa interação é a conduta ética, a preservação da confidencialidade das informações apenas na esfera médica.

Contemplada no Código de Ética Médica, essa informação, que tem por base o fundamento da notificação compulsória, é uma responsabilidade comunitária que visa evitar consequências mais graves para terceiros.

Deixando bem claro, cabe à Associação de Pilotos o papel de entregar os relatórios fechados, de acordo com orientação do CEMAL, bem como o de oferecer orientação aos associados, se assim desejado.

A desconfiança em relação à ética é infundada, pois este procedimento sempre foi de praxe e, no caso de alguma recomendação de origem, a mesma será entregue por um profissional médico, e não um funcionário leigo.

Portanto, o inconformismo desta Fundação refere-se ao questionamento das atitudes dos médicos e à ausência de prestação para os devidos esclarecimentos ao CFM, pois o registro definitivo deste parecer nos meios internos de comunicação causará sempre uma impressão errônea em relação às práticas deste Serviço Médico.

## **DO PARECER**

A questão em análise cinge-se, portanto, à obrigatoriedade do sigilo médico elencado nos artigos do Código de Ética Médica (11, 83, 102 a 109), também amparado pelos Códigos Penal (art. 154), Civil (art. 144), Processo Penal (art. 207) e Processo Civil (art. 406, inc. XI).

Na síntese desta legislação, foi editada pelo Conselho Federal de Medicina a Resolução nº 999/80, que disciplina a matéria para todos os médicos brasileiros – a qual, posteriormente, foi revogada pela Resolução CFM nº 1.605/00, que manteve o espírito da matéria no tocante à presente questão.

A não-observância, ou seja, a transgressão a esse princípio fundamental ocorre quando da revelação de segredos individuais apenas concernentes ao médico e a seu paciente.

Diante do exposto, a atitude de fornecer os exames e informações pertinentes ao quadro clínico do paciente é antiética, porém, há que se considerar a segurança e proteção dos passageiros que deste serviço se beneficiam, ao passo que uma omissão de fatos inerentes à saúde do aeronauta pode ser de ordem fatal.

Cabe ressaltar neste parecer, tendo em vista o preceito do artigo 105 do Código de Ética Médica, que veta a revelação de informação dos exames médicos, que a mesma neste caso se ratifica pois o silêncio configura riscos a terceiros (a comunidade).

*Ex positis*, fundamento na própria legislação, vê-se que se faz necessária a observância, já que a falha neste mecanismo pode acarretar uma tragédia.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 07 de novembro de 2000.

Marco Antônio Becker  
Cons. Relator *ad hoc*

Processo-Consulta CFM nº 1937/99  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 10/01/2001

**Palavras-Chave:** capacitação de aeronautas, sigilo médico, aeronautas, riscos em aeronautas, omissão de manifestações

**Key-Words -** aeronauts capacitation, medical secret, aeronauts risk, manifestation omission

## **DOADORA TEMPORÁRIA DE ÚTERO E A REPRODUÇÃO ASSISTIDA**

### **EMENTA**

As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética, num parentesco até o 2º grau, sendo os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Federal de Medicina. Esta doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.

O Sr. Presidente do CRM/ES encaminha consulta recebida do Dr. Jules White Soares Sousa, diretor clínico – Huntington Centro de Medicina Reprodutiva, que transcrevo:

*“Venho mui respeitosamente solicitar, por favor, avaliação do caso Sr. EBM e Sra. RNMM.*

*A Sra. Raphaela foi submetida à histerectomia total, com salpingooforectomia bilateral, seguida de quimioterapia devida a patologia maligna de ovário. O casal solicitou-nos a utilização temporária de útero para possível gravidez, sendo que a mesma não tem parentes até o 2º grau de parentesco. A alternativa neste caso seria uma doadora não da família. A legislação vigente do Conselho Federal de Medicina relata que utilização de útero temporário em pessoas não parentes da paciente necessita de prévia autorização do Conselho Regional de Medicina. Para maior facilidade estamos enviando as normas éticas do Conselho Federal de Medicina nº 1358/92. Este caso está incluso no artigo VII item 1. Caso seja necessário maiores esclarecimentos, colocamo-nos à disposição.*

A gestação de substituição está indicada desde que exista um problema médico que impeça ou contra-indique a gestação na doadora genética.

O presente caso não se enquadra na doação temporária do útero, já que a paciente, tendo sido ooforectomizada, além de histerectomizada, não possui condições para ser doadora genética. Assim sendo, ainda que fosse utilizado o sêmen do marido, esta criança não seria filha genética do casal, mas apenas do marido. Por parte da Sra. RNMM, seria uma adoção e não uma maternidade genética.

Entendo que no caso a nós apresentado não pode ser dada autorização para a fertilização pretendida.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 3 de janeiro de 2001.

Pedro Pablo Magalhães Chacel  
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 6503/2000  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 11/01/01

**Palavras-Chave:** reprodução assistida, útero de aluguel, doadora de útero  
**Key-Words** - assisted reproduction, rent uterus, uterus donation

# **ATRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA - AIDPI**

Parecer CFM

## **EMENTA**

Programas de saúde não podem delegar a profissionais de saúde em geral atos de diagnóstico e tratamento, por serem estes de competência exclusiva do médico.

O CRM/TO, após reunião na Secretaria de Saúde daquele estado, onde foi discutida a implantação do Programa de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), solicita parecer do Conselho Federal de Medicina quanto às atribuições da enfermagem no referido programa. A consulta foi decorrente de relatório do conselheiro José Maurício Batista, manifestando algumas preocupações que aqui transcrevo: *“O documento, além de aconselhamentos sanitários, prevê o tratamento, pela enfermeira, de patologias como: pneumonia, sibilância, convulsões, diarreias com e sem desidratação, malária, doença febril grave, otites e mastoidites, desnutrição e anemia. Para tanto, ensina como prescrever antibióticos e quimioterápicos, tais como: amoxicilina, sulfametoxazol com trimetropim, eritromicina, ácido nalidíxico, furazolidona, cloranfenicol, penicilina e também ensina como prescrever salbutamol, adrenalina e diazepam.”*

Após análise, expressamos nosso ponto de vista, que se resume no seguinte:

1. Ausência de referência do protocolo de tratamento realizado pela enfermagem a algum tipo de instrumento jurídico-legal (resolução, portaria, lei, decreto-lei, etc.).

2. Desobrigação da presença do diretor técnico médico, já que as ações de saúde são de competência da enfermagem, com o que não concordamos.

3. Não-definição da imputabilidade de quem pratica as ações de saúde.

4. Não-estabelecimento de limites, restrições ou supervisões nas prescrições de enfermagem - inclusive, utilização da antibioticoterapia com “escolha do antibiótico adequado.”

5. Não diz quem estabelece o diagnóstico nosocomial, sugerindo, até, a não-necessidade do laudo radiológico no diagnóstico de pneumonia, mantendo apenas a diferenciação de pneumonia complicada e não-complicada.”

O documento sugere, também, avaliação da Sociedade Tocantinense de Pediatria:

A Sociedade Brasileira de Pediatria, na definição normativa de 4/12/00, assim se manifesta em relação ao assunto:

*“A Sociedade Brasileira de Pediatria, no exercício de suas atribuições institucionais, no fiel cumprimento de sua função representativa da classe pediatria, atenta ao interesse da população infantil e de adolescentes do país e:*

*Considerando que a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) é estratégia de redução da morbimortalidade, concebida pela Organização Pan-Americana da Saúde para populações com mortalidade infantil superior a 40/1000;*

*Considerando que o AIDPI simplifica procedimentos para reduzir custos e facilitar sua execução por profissionais não-médicos e por médicos não-pediatras;*

*Considerando que somente se pode simplificar aquilo que se conhece bem;*

*Considerando que o treinamento em AIDPI transformou-se no núcleo doutrinário para a capacitação dos profissionais do PSF no atendimento à criança;*

*Considerando que a concepção dessa estratégia não leva em conta a imutabilidade de quem pratica as ações nela previstas;*

*Considerando que a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, garante ao enfermeiro, mas não ao auxiliar de enfermagem ou qualquer outro profissional, o direito de prescrever unicamente os medicamentos definidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;*

**Define:**

*1 - A estratégia AIDPI, respeitadas suas limitações, pode ter real alcance para os objetivos emergenciais a que se propõe, máxime o intuito de reduzir os óbitos desta faixa etária que ainda ocorrem no domicílio;*

*2 - Nem o AIDPI, nem qualquer outra estratégia reducionista e simplificadora de conhecimentos, podem substituir a assistência pediátrica tradicional, sob pena de se ferirem direitos elementares de crianças e adolescentes;*

*3 - O diagnóstico e a prescrição, componentes essenciais do ato médico e prerrogativas intransferíveis deste profissional, não podem ser delegados a enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo ou qualquer outro profissional que venha a interpretar equipes multidisciplinares do PSF;*

*4 - Cada profissional participante da equipe multidisciplinar do PSF deve assumir papel específico, no limite de sua competência e no âmbito de suas responsabilidades ética, civil e penal;*

*5 - Nas atividades do Programa de Saúde da Família tanto a elaboração diagnóstica quanto a escolha do tratamento adequado a cada caso, ainda que fundamentadas em protocolos oficialmente aprovados, são atribuições exclusivas do médico;*

*6 - A implantação do PSF não pode ser feita isoladamente. Deve ser acompanhada de todas as providências necessárias a que os municípios estruturarem adequadamente sua rede de serviços de saúde, dotando-se de equipes profissionais completas, organizadas em instâncias de referência e contra-referência, para assegurar à população o acesso ao ato médico qualificado, capaz de prover diagnóstico e tratamento em grau de resolução desejável.”*

Vivemos um momento de maior discussão dos limites de cada profissão na área de saúde. Diversos são os exemplos, oftalmologistas e ortopedistas, fisiatras e fisioterapêutas, médicos nutrólogos e nutricionistas, psiquiatras e psicólogos. O crescimento do número de profissionais em relação à população, a busca de melhor remuneração, a ausência de incentivo para a interiorização do médico são algumas das causas destes acontecimentos.

Some-se a isto a justificada necessidade de existirem programas públicos que melhorem nossos indicadores de saúde.

Consideramos louvável qualquer estratégia ou programa que proporcione melhores condições de saúde à população, princípio fundamental da medicina. Como preconizam os artigos 1º e 2º do Código de Ética Médica:

*“Art. 1º - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.*

*Art. 2º - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.”*

O programa AIDPI, quando preconiza aos enfermeiros e demais integrantes da equipe de saúde ações que envolvem diagnóstico, avaliação de gravidade de quadro clínico, escolha de tratamento e reavaliação clínica do paciente, delega a profissional não preparado atos de responsabilidade exclusivamente médica por sua complexidade, trazendo risco ao paciente.

A enfermagem é uma profissão da área de saúde, devendo trabalhar sob a coordenação do médico, profissional legalmente responsável pelo diagnóstico e tratamento do paciente.

É inadmissível vermos profissionais não-médicos, sem possuírem uma base de conhecimentos técnico-científicos, diagnosticar em doenças, às vezes graves, e não encaminharem o paciente ao médico, optando pela prescrição da medicação, colocando em risco a vida da criança.

O que está sendo proposto são duas formas de atenção ao paciente: uma para pobres; outra, para ricos. Não podemos concordar que alguns tenham acesso a médicos e muitos tenham outros profissionais para tratá-los de forma inadequada, pela falta de preparo específico. Muitas patologias ou sintomas previstos no programa, como malária, broncopneumonia, crise convulsiva, requerem a abordagem adequada por profissional médico, em vista do risco de piora de um quadro clínico de moderado para grave, ou de um quadro clínico grave para óbito, por anamnese, exame físico, diagnóstico e tratamento inapropriados.

Não concordamos, também, com a expressão “rotinas previamente aprovadas pela instituição de saúde”. Neste Programa, até na rotina faz-se necessário um exame clínico prévio, solicitação de exames complementares, diagnóstico e prescrição, atos exclusivos do médico.

O Decreto nº 94.406/87 é claro em seu art. 8º: “Ao enfermeiro incumbe, como integrante da equipe de saúde: prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.”

As atribuições do enfermeiro neste Programa extrapolam em muito o conteúdo da lei:

O Código de Ética Médica, em seu artigo 22; preconiza:

*“É direito do médico:*

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

Por sua vez, o artigo 30 afirma ser vedado ao médico:

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

Portanto, entendemos como justas as preocupações do conselheiro José Maurício Batista e da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Todos os esforços para a redução de custos têm limite quando a questão é a definição do profissional capacitado para a atenção à vida humana.

Entendo que classificação de gravidade clínica, diagnóstico, escolha de tratamento e avaliação clínica devem ser realizados por médicos, os quais assumirão a responsabilidade ética civil e criminal por seus atos.

Equipes de saúde que têm por objetivo este tipo de atividade devem ter a presença e supervisão técnica de médico, sob pena de estarem seus membros sujeitos à caracterização de exercício ilegal da medicina.

O médico é o único profissional que possui um sólido alicerce de conhecimentos técnicos, científicos e éticos para realizar o diagnóstico, prognóstico, solicitação, interpretação de exames e tratamento, sendo também o único com habilitação legal para tal mister.

Este é o parecer, SMJ

Brasília - DF, 7 de fevereiro de 2001

Remaclo Fischer Júnior  
Presidente

Dardeg de Sousa Aleixo  
Cons. Relator de Vista

Processo Consulta CFM nº 8157/00  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 4/04/2001

**Palavras-Chave:** atribuições do enfermeiro, enfermeiro em saúde pública, equipe de saúde

**Key-Words** - nurses prerrogatives, public health nurses, health staff

# NEGADA REQUISIÇÃO DE PRONTUÁRIO MÉDICO- HOSPITALAR À PROMOTORIA DE JUSTIÇA

Parecer do Poder Judiciário

REEXAME NECESSÁRIO Nº 100.703-8, DE LONDRINA - 4ª VARA CÍVEL

Remetente: JUIZ DE DIREITO  
Autor: JORGE PEREIRA CARDOSO JÚNIOR  
Réu: P ROMOTOR DE JUSTIÇA DA PROMOTORIA DE JUSTIÇA  
DE DEFESA DOS DIREITOS DA CIDADANIA DA  
COMARCA DE LONDRINA.  
Relator: DES. JOSÉ WANDERLEI RESENDE

Reexame necessário. Mandado de segurança. Impetrado agente do Ministério Público. Competência do Juízo de primeiro grau local onde a autoridade coautora tem a sua sede funcional, exceto nas infrações penais comuns e nos crimes de responsabilidade, requisição de prontuário médico hospitalar. Ausência de autorização da paciente, do seu responsável ou de seu representante, improcedência. Sigilo médico. Código de Ética Médica. "WRIT" concedido na instância "a quo". Viabilidade. Decisão mantida. Recurso não promovido.

Vistos relatados e discutidos estes autos de reexame necessário nº 100.703-8, de Londrina (4ª Vara Cível), em que é remetente o Dr. Juiz de Direito, sendo autor Jorge Pereira Cardoso Júnior e réu Promotor de Justiça da Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos da Cidadania da Comarca de Londrina.

Faz parte integrante desta decisão o relatório de fls. 91/92 dos autos. Improcede o recurso.

Da Incompetência do Juízo.

As Constituições Federal e Estadual e as Leis Orgânicas dos Ministérios Públicos Federal e Estadual, não prevêm a prerrogativa de foro para processo e julgamento de mandado de segurança decorrentes de atos afetados por legalidade ou abuso de poder praticados por membros do Ministério Público.

Improcede a preliminar de incompetência do Juízo singular de Londrina para o processo e julgamento do mencionado mandado de segurança, considerando ser o local onde a autoridade coautora tem sua sede, não se sujeitando à jurisdição originária do Tribunal de Justiça, mas sim ao juiz de primeiro grau.

O fato de ser o Tribunal de Justiça competente para julgar os Membros do Ministério Público nas infrações penais comuns e nos crimes de responsabilidade não define igual competência para as ações de mandado de segurança contra seus atos.

Assim, impõe-se o conhecimento do recurso.

No mérito não merece reparos o decisum recorrido.

Como bem ressaltou a ilustrada Procuradoria Geral da Justiça, verbis:  
"Faz-se ilegal a requisição, por membro do Ministério Público para

que médico lhe encaminhe ou apresente prontuário médico arquivado em nosocômio, de paciente que lá esteve ou está internada para tratamento médico-hospitalar, quer quanto à espécie de enfermidade, quanto ao diagnóstico ou à terapia aplicada sem que para tanto, tenha instruído a sua requisição com a autorização da paciente, de alguém por ela autorizado ou por se representante legal, se fosse o caso, considerando que o dever de guardar sigilo foi estabelecido em favor do paciente, por não gozar o Órgão do Ministério Público de predicamentos judiciais e ainda mais que, em se tratando de médico, que pode valer-se do amparo de resguardo do sigilo das informações que recebe em razão de sua atividade profissional.”

Por conseguinte, a Promotoria de Justiça deve atentar apenas para os interesses privados e com enorme repercussão social e indisponíveis, sob pena de atuar em função de particulares em suas relações jurídicas, o que lhe é vedado, em que pese o espírito público que certamente norteou o agente Ministerial de primeiro grau.

Destarte, a exceção dar-se-ia em se tratando de crimes relacionados com a prestação de socorro médico ou moléstia de comunicação compulsória, onde não é absoluto o dever do silêncio ou do sigilo profissional, em atenção ao Código de Ética Médica e ao direito tutelado pelo art. 144, do Código Civil.

Por último, convém ressaltar que a referida requisição poderia ter-se efetivado através petição em ação judicial pertinente.

Ante o exposto:

ACORDAM os Desembargadores integrantes da 4ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, por unanimidade de votos, em consônancia com o parecer da douta Procuradoria Geral da Justiça, em conhecer do recurso e negar-lhe provimento.

Estiveram presentes à sessão e votaram com o Relator os Excelentíssimos Senhores Desembargadores Octávio Valeixo e Dilmar Kessler.

Curitiba, 11 de abril de 2001.

Des. José Wanderlei Resente  
Relator  
Poder Judiciário  
Tribunal de Justiça

Publicado em D.J. nº 5868 em 30/04/01  
Acórdão nº 18623 - 4ª Câmara Cível

**Palavras-Chave** - prontuário médico, requisição de prontuário, prontuário e a promotoria, entrega de prontuário.

**Key-Words** - medical record, record requisitation, record and law, record delivery

# AUDITORIA MÉDICA

## RESOLUÇÃO CFM Nº 1.614/2001

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

CONSIDERANDO a necessidade de disciplinar a fiscalização praticada nos atos médicos pelos serviços contratantes de saúde;

CONSIDERANDO que a auditoria do ato médico constitui-se em importante mecanismo de controle e avaliação dos recursos e procedimentos adotados, visando sua resolubilidade e melhoria na qualidade da prestação dos serviços;

CONSIDERANDO que a auditoria médica caracteriza-se como ato médico, por exigir conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão;

CONSIDERANDO que o médico investido da função de auditor encontra-se sob a égide do preceituado no Código de Ética Médica, em especial o constante nos artigos 8º, 16, 19, 91, 108, 118 e 121;

CONSIDERANDO o disposto no Decreto nº 20.931/32;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 8 de fevereiro de 2001;

### **RESOLVE:**

Art. 1º - O médico, no exercício de auditoria, deverá estar regularizada no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde ocorreu a prestação do serviço auditado.

Art. 2º - As empresas de auditoria médica e seus responsáveis técnicos deverão estar devidamente registrados nos Conselhos Regionais de Medicina das jurisdições onde seus contratantes estiverem atuando.

Art. 3º - Na função de auditor, o médico deverá identificar-se, de forma clara, em todos os seus atos, fazendo constar, sempre, o número de seu registro no Conselho Regional de Medicina.

Art. 4º - O médico, na função de auditor, deverá apresentar-se ao diretor técnico ou substituto da unidade, antes de iniciar suas atividades.

Art. 5º - O diretor técnico ou diretor clínico deve garantir ao médico/equipe auditoria todas as condições para o bom desempenho de suas atividades, bem como o acesso aos documentos que se fizerem necessários.

Art. 6º - O médico, na função de auditor, se obriga a manter o sigilo profissional, devendo, sempre que necessário, comunicar a quem de direito e por escrito suas observações, conclusões e recomendações, sendo-lhe vedado realizar anotações no prontuário do paciente.

Parágrafo 1º - É vedado ao médico, na função de auditor, divulgar suas observações, conclusões ou recomendações, exceto por justa causa ou dever legal.

Parágrafo 2º - O médico, na função de auditor, não pode, em seu relatório, exagerar ou omitir fatos decorrentes do exercício de suas funções.

Parágrafo 3º - Poderá o médico na função de auditor solicitar por escrito, ao médico assistente, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades.

Parágrafo 4º - Concluindo haver indícios de ilícito ético, o médico, na função de auditor, obriga-se a comunicá-los ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 7º - O médico, na função de auditor, tem o direito de acessar, *in loco*, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal.

Parágrafo 1º - Havendo identificação de indícios de irregularidades no atendimento do paciente, cuja comprovação necessite de análise do prontuário médico, é permitida a retirada de cópias exclusivamente para fins de instrução da auditoria.

Parágrafo 2º - O médico assistente deve ser antecipadamente cientificado quando da necessidade do exame do paciente, sendo-lhe facultado estar presente durante o exame.

Parágrafo 3º - O médico, na função de auditor, só poderá acompanhar procedimentos no paciente, com autorização do mesmo, ou representante legal e/ou do seu médico assistente.

Art. 8º - É vedado ao médico na função de auditor, autorizar, vetar, bem como modificar, procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos solicitados, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente.

Art. 9º - O médico, na função de auditor, encontrando impropriedades ou irregularidades na prestação do serviço ao paciente, deve comunicar o fato por escrito ao médico assistente, solicitando os esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações.

Art. 10 - O médico, na função de auditor, quando integrante de equipe multiprofissional de auditoria, deve respeitar a liberdade e independência dos outros profissionais se, todavia, permitir a quebra do sigilo médico.

Parágrafo único - É vedado ao médico, na função de auditor, transferir sua competência a outros profissionais, mesmo quando integrantes de sua equipe.

Art. 11 - Não compete ao médico, na função de auditor, a aplicação de quaisquer medidas punitivas ao médico assistente ou instituição de saúde, cabendo-lhe somente recomendar as medidas corretivas em seu relatório, para o fiel cumprimento da prestação da assistência médica.

Art. 12 – É vedado ao médico, na função de auditor, propor ou intermediar acordos entre as partes contratante e prestadora que visem restrições ou limitações ao exercício da Medicina, bem como aspectos pecuniários.

Art. 13 – O médico, na função de auditor, não pode ser remunerado ou gratificado por valores vinculados á glosa.

Art. 14 – Esta resolução aplica-se a todas as auditorias assistenciais, e não apenas àquelas no âmbito do SUS.

Art. 15 – Fica revogada a Resolução CFM nº 1.466/96.

Art. 16 – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília - DF, 8 de fevereiro de 2001

Edson de Oliveira Andrade  
Presidente

Rubens dos Santos Silva  
Secretário-Geral

Resolução Aprovada  
Sessão Plenária de 09/03/01

**Palavras-Chave** – correção de resoluções (1440/90), auditoria médica, normas de auditoria, revogação da resolução 1466/96.

**Key-Words** – medical audit, audit standarts

## **EUA**

### **JUIZ PERMITE QUE MARIDO MATE MULHER**

**Theresa Schiavo, de 37 anos, está em coma há mais de uma década**

*ST. PETESBURG, EUA (AF) - Um juiz da Flórida decidiu que o marido de Theresa Schiavo, 37, mulher que está em coma por mais de uma década, pode retirar o tubo que a alimenta em três semanas para que ela possa morrer. Os pais dela são contra. Theresa, que vive na cidade de St. Petesburg, foi mantida viva pelo aparelho de alimentação desde que teve um ataque cardíaco em 1990.*

*Seu marido, Michael, diz que ela não gostaria de viver num estado vegetativo e luta pelo direito de ela morrer. Os pais de Theresa, Robert e Mary Schindler, dizem acreditar que sua filho responde a estímulos deles e pode se recuperar. O juiz George Greer garantiu a Michael Schiavo a permissão para retirar o tubo da mulher em fevereiro do ano passado.*

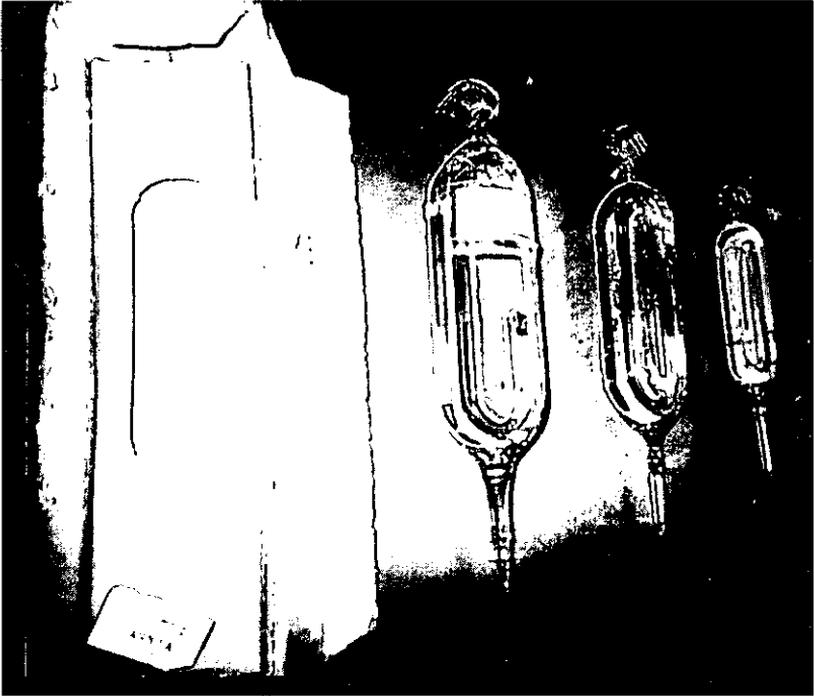
*A decisão foi mantida em apelação em abril passado. A alimentação chegou a ser suspensa por dias, mas outro juiz interveio e ordenou a volta da alimentação. Theresa está sendo tratada em uma casa de repouso local. A corte de apelação da Flórida mandou o caso de volta ao juiz Greer em 11 de julho.*

*Em sua decisão de terça-feira, ele disse que os Schindlers não trouxeram fatos novos ao processo e deu permissão a Michael Schiavo para interromper a alimentação de sua mulher em 28 de agosto. Sem se alimentar, a expectativa é de que Theresa morra em duas semanas. Os Schindlers disseram que vão apelar da decisão. Contudo, a corte de apelação, afirmou, em sua decisão de julho, que uma nova apelação precisaria de novas provas para reverter a decisão do juiz Greer.*

*Transcrito da Gazeta do Povo 10/08/2001*

# HISTÓRIA DA MEDICINA

Ehrenfried Wittig \*



## FRASCOS DE SORO

Eram de vidro e com variados tamanhos, os antigos frascos de soro, que apresentavam em sua parte superior uma continuidade do frasco de forma recurvado, que servia para pendurar o frasco. Na parte inferior a continuidade é reta, a qual cortada permitia conectar um tubo de borracha, ao final do qual, se colocava a agulha. A forma era quase de ampolas de injeção. Na foto o frasco maior era para 250 ml de soro.

Doador: : Hospital Espírita Bom Retiro

**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 - DEPTO. DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL (DEFEP)

Presidente: Cons. Carlos Ehлке Braga Filho  
Cons. Antonio Carlos de Andrade Soares  
Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Cons<sup>a</sup>. Célia Inês Burgardt  
Cons. Daebes Galati Vieira  
Cons. José Luís de Oliveira Camargo  
Cons. Kernel Jorge Chammas  
Cons. Marco Flávio Gomes Montenegro  
Cons. Sylvio José Borela

## 2 - COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL (CQP)

Cons. Hélcio Bertolozzi Soares  
Cons. Niazzy Ramos Filho  
Cons. Nilson Jorge de Mattos Pellegrini

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

Cons<sup>a</sup>. Mônica de Biasi Wright Kastrup  
Cons. José Eduardo de Siqueira  
Cons<sup>a</sup>. Lúcia Helena Coutinho dos Santos  
Cons. Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa  
Cons. Minao Okawa  
Cons. Sérgio Maciel Molteni

## 4 - COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Cons. Daebes Galati Vieira  
Cons<sup>a</sup>. Célia Inês Burgardt  
Cons. Luiz Antonio de Melo Costa

## 5 - COMISSÃO DE LICITAÇÃO (Obs.: Mandato de 29/05/2001 a 29/05/2002)

Presidente: Cons. Roberto Bastos da Serra Freire  
Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Cons<sup>a</sup>. Mariângela Batista Galvão Simão  
Func<sup>a</sup>. Maria Arminda de Souza  
Func. Martin Afonso de Palma

## 6 - COMISSÃO DE SEDE

Presidente: Cons. Wadir Rúpollo  
Cons. Cícero Lotário Tironi  
Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
Cons. Gerson Zafalon Martins  
Cons. Kernel Jorge Chammas  
Membro nato do CRMPR: Luiz Carlos Sobania

## 7 - CORREGEDORIA DO CRMPR

Cons<sup>a</sup>. Raquele Rotta Burkiewicz

## DELEGACIA SECCIONAL DE APUCARANA

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

## DELEGACIA SECCIONAL DE CAMPO MOURÃO

Dr. Antônio Sérgio de Azevedo Rebels (Presidente)  
Dr. Moacir Cluila Porciúncula (Secretário)  
Dr. Antônio Carlos Cardoso (Colaborador)  
Dr. Dairton Luiz Legnani (Suplente)  
Dr. Manual da Conceição Carneiro (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) Licenciado em 06/07/01  
Dr. José Fernando Carvalho Martins (Suplente)  
Dr. Milton Elias de Oliveira (Suplente)  
Dr. Moacir João Borguetti (Colaborador)

## DELEGACIA SECCIONAL DE FOZ DO IGUAÇU

Dr. Nilson Jorge de Mattos Pellegrini (Presidente)  
Dr. Luiz Henrique Zaions (Secretário)  
Dr. Isidoro Antonio Villamayor Alvarez (Colaborador)  
Dr. Rovilson Ravagnani (Suplente)  
Dr. Nelson Antônio Baruffati Filho (Suplente)  
Dr. Hildegardis Zacar (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

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

## DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA

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

## DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

Dr. Kernel Jorge Chammas (Presidente)  
Dr. Natal Dorningos Gianotto (Vice-Presidente)  
Dr<sup>a</sup>. Maria Teresa de M. C. Coimbra (1<sup>o</sup> Secretário)  
Dr. Mário Massaru Miyazoto (2<sup>o</sup> 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 Junior (1<sup>o</sup> Secretário)  
Dr. Eduardo Ernesto Obrzut Filho (2<sup>o</sup> 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 Ortolan (Suplente)  
Dr<sup>a</sup>. Margaret Zych (Suplente) (licenciada em 26/08/99)  
Dr<sup>a</sup>. Marli Cybulski (Secretária)

## DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

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