

# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

CORREIOS  
IMPRESSO ESPECIAL  
3600137001 - DR/PR  
CRM PR

IMPRESSO

v. 19 - n. 75 jul./set. - 2002

**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 Ehlke Braga Filho  
Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Daebes Galati Vieira  
Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
Gerson Zafalon Martins  
Hélcio Bertolozzi Soares  
José Luis de Oliveira Camargo  
Kemel Jorge Chammas  
Luiz Sallim Emed  
Marcos Flávio Gomes Montenegro  
Mariângela Batista Galvão Simão  
Marília Cristina Milano Campos  
Mauri José Piazza  
Monica de Biese Wright Kastrop  
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. 19 | n. 75 | p. 113-168 | Jul/Set. | 2002 |
|---------------------------|----------|-------|-------|------------|----------|------|

## **EDITOR**

Ehrenfried O. Wittig

## **CONSELHO EDITORIAL**

Donizetti D. Giamberardino Filho  
Hernani Vieira

Ehrenfried O. Wittig  
João M. C. Martins

Eloi Zanetti  
Luiz Sallin Emed

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

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

## **ENDEREÇOS**

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

e-mail Geral : [crmpr@crmpr.org.br](mailto:crmpr@crmpr.org.br)  
Secretaria/Diretoria: [secdir@crmpr.org.br](mailto:secdir@crmpr.org.br)  
Assessoria Jurídica: [aj@crmpr.org.br](mailto:aj@crmpr.org.br)  
Cofep: [cofep@crmpr.org.br](mailto:cofep@crmpr.org.br)  
Biblioteca: [biblioteca@crmpr.org.br](mailto:biblioteca@crmpr.org.br)  
Home-Page [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**

14.400 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@serzegrat.com.br](mailto:comercial@serzegrat.com.br)

## **EDIÇÃO**

Revista publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro. Índice geral anual editado no mês de dezembro. Um único suplemento (I) foi editado em dezembro de 1997 e contém um índice remissivo por assuntos e autores de todos os 56 números anteriores, e está disponível na Home-Page [www.crmpr.org.br](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 inglês, encima do texto.

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

**Tabelas** - podem ser intercaladas no texto com até 5 unidades, se de pequenas dimensões. Em cada uma deve constar um número de ordem, título e legenda, e deverão ser elaboradas em software Microsoft Excel 97 for Windows.

Ilustrações (Fotos e Gráficos) - serão em preto e branco, em número máximo de até 6 e devem conter legendas em páginas separadas. Fotografias identificáveis de pessoas ou reproduções já publicadas, devem ser encaminhadas com a autorização para publicação. Ilustrações coloridas serão custeadas pelos autores.

Referências - devem ser limitadas ao essencial para o texto. Numerar em ordem seqüencial de citação no texto. A forma de referência é a do Index Medicus. Em cada referência deve constar:

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

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

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

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

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

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

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

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

## **ÍNDICE REMISSIVO**

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page [www.crmpr.org.br](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. 19, n.75, 2002

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>Greve de Médico Residente</b>   |     |
| Parecer CFM .....  | 113 |
| <b>Curso Particular Sobre Neurociência Via Internet</b>  |     |
| Parecer CFM .....  | 120 |
| <b>Laudos Médicos Emitidos em Exames de Imaginologia e o Título de Especialista</b>                            |     |
| Parecer CFM .....  | 122 |
| <b>Relação do Médico Residente Com o Seu Preceptor</b>   |     |
| Parecer CFM .....  | 124 |
| <b>Presença de Radiologista Durante Ato Anestésico Para Tomografia Computadorizada</b>                         |     |
| Resolução CFM .....  | 126 |
| <b>Veiculação de Anúncio de Entidade Filiada à Associação de Classe</b>  |     |
| Resolução CFM .....  | 127 |
| <b>Uso de Desfibriladores Automáticos</b>  |     |
| Parecer CFM .....  | 131 |
| <b>Reconhecida Garantia de Sigilo Profissional</b>   |     |
| Médico Fica Desobrigado de Apresentar Prontuário a Promotor .....  | 132 |
| <b>Médico Fica Desobrigado de Apresentar Prontuário a Promotor</b>   |     |
| Tribunal de Justiça do Paraná .....  | 132 |
| <b>Responsabilidade Técnica em Entidade ou Empresa</b>   |     |
| Parecer CFM .....  | 133 |
| <b>Legalidade e Legitimidade do Atendimento Prestado no Núcleo de Atendimento Médico do Detran-ES</b>          |     |
| Parecer CFM .....  | 135 |
| <b>Prescrição de Receita Alimentar Fora do Destino Legal da Verba</b>  |     |
| Parecer CFM .....  | 137 |
| <b>Avaliação Farmacêutica das Prescrições Médicas</b>  |     |
| Parecer CFM .....  | 140 |
| <b>Conflito Entre o Atestado do Médico Assistente e a Avaliação da Junta Médica</b>                            |     |
| Parecer CFM .....  | 145 |
| <b>Inscrição de Médico Legista no CRM do Estado Onde Exerce Sua Função</b>                                     |     |
| Parecer CFM .....  | 148 |
| <b>Seguranças dos Equipamentos e a Responsabilidade do Diretor Técnico ou Clínico</b>                          |     |
| Parecer CFM .....  | 151 |
| <b>Concessão de Carteira de Motorista aos Portadores de Enfermidades com Necessidade de Avaliação Pericial</b> |     |
| Parecer CFM .....  | 153 |
| <b>Inseminação Artificial e o Tempo de Sobrevivência do Espermatozóide</b>                                     |     |
| Parecer CFM .....  | 155 |
| <b>Prontuário Médico e o Sigilo</b>  |     |
| Resolução CFM nº 1.605/2000 .....  | 159 |
| <b>Preenchimento de Formulário de Empresa de Seguro</b>  |     |
| Parecer CFM .....  | 161 |
| <b>Prescrição de Medicamento Genérico e Compromisso Ético</b>  |     |
| Parecer CFM .....  | 166 |
| <b>História da Medicina</b>  |     |
| Ehrenfried Wittig .....  | 168 |

# GREVE DE MÉDICO RESIDENTE

## EMENTA

Os movimentos médicos reivindicatórios de melhores condições de trabalho e remuneração, mesmo que promovidos por médicos residentes, configuram-se como éticos desde que ressalvadas as situações caracterizadas nos artigos 24 e 35 do CEM.

## DOS FATOS

O presente processo-consulta tem início com o ofício CREMEMG – DIR – 271/01, enviado ao Conselho Federal de Medicina (CFM) pelo conselheiro F.J.C.R., presidente do CREMEMG, com cópia do parecer do cons. J.B.G.S. – o qual responde consulta formulada pela Associação Mineira de Médicos Residentes (AMMER) referente ao Movimento Nacional pela Valorização do Programa de Residência Médica.

Na folha 8, encontra-se o ofício nº 48/2001, da Associação Brasileira de Médicos Residentes (ABRAMER). Datado de 13 de setembro de 2001 e encaminhado por seu presidente, o dr. H.A.O., solicita-se ao CFM que “conforme os pareceres” dos Conselhos Regionais de Medicina do Rio Grande do Sul e do Distrito Federal (anexos), que versam sobre o direito de paralisação dos médicos residentes.

No referido ofício, o dr. H.A.O. questiona as diferenças existentes entre os pareceres e afirma “que o CRM-DF se ateuve, exclusivamente, ao artigo 35 do CEM, esquecendo-se do artigo 24 do mesmo código”, ao tempo em que expressa as suas dúvidas, quais sejam:

*Qual a antecedência na comunicação às autoridades competentes sobre a paralisação?*

*Qual a responsabilidade da instituição em providenciar atendimento durante o movimento?*

*E sobre o atendimento a emergências?*

Art. 24 do CEM – É direito do médico:

*“Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não o remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.”*

Art. 35 do CEM – É vedado ao médico:

*“Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.”*

Na folha 13, encontra-se o ofício nº 2.942/01, do Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco (CREMEPE), datado de 4 de setembro de 2001, enca-

minhado ao CFM por seu secretário-geral, o cons. R.T.C., o qual transcrevo na íntegra.

*"Considerando que a Lei nº 7.783, de 28/6/89, ao dispor sobre o exercício do direito de greve, define a assistência médica e hospitalar como serviços e atividades essenciais, vimos por meio desta, em razão do atual movimento de paralisação dos médicos residentes do estado do Pernambuco, encaminhar, em anexo, cópias de alguns pareceres que apontam conclusões sob alguns aspectos divergentes acerca da matéria, ao mesmo tempo em que solicitamos a este Conselho um posicionamento em relação a questão, em face na necessidades de proporcionar uma uniformidade de orientação às lideranças do movimento, que, aliás, vem se espalhando por todo o território nacional, razão pela qual encarecemos o pronunciamento oficial desse egrégio Conselho Federal de Medicina, na maior brevidade possível."*

Nas folhas 6 e 7, encontra-se o parecer do cons. J.B.G., do CREMEMG, de onde destacamos, *in verbis*:

*"A legislação específica, que determina os direitos e deveres do médico residente, cita que este trabalhador é um remunerado por bolsa, o que teoricamente não o enquadraria como celetista, mas é também a legislação que prevê carga máxima para plantões e demais atividades assistenciais do residente."*

Existe, portanto, obrigação do médico residente com a instituição hospitalar; conseqüentemente, com seus pacientes.

Resguardadas as exigências legais contidas nos citados artigos do CEM (24 e 35), o Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais confere legitimidade a movimentos que reivindiquem os princípios éticos de boas condições de trabalho e remuneração, tal como se supõe seja a proposta configurada na presente consulta.

Nas folhas 10 e 11, encontra-se o parecer do eminente cons. E.P.G., do CRM-DF, que conclui da seguintes forma:

*"Pelas razões acima expostas, considero ser obrigação do médico, incluindo-se o médico residente, o atendimento do Pronto-Socorro e Unidade de Terapia Intensiva, durante um movimento de paralisação."*

Nas folhas 12 e 18, encontra-se o ofício SAT. Nº 4.939/2001 – Prot. CJ nº 6032/2001 LAP/me/eb, do dr. L.A.P., presidente em exercício do Conselho Regional do Estado do Rio Grande do Sul, datado de 4 de julho de 2001 e enviado ao dr. F.C.G., presidente da Associação Gaúcha dos Médicos Residentes, onde transcreve parecer de Consultoria Jurídica aprovado na sessão plenária de 3/7/2001 sobre o direito de paralisação do médico residente, de onde destacamos, *in verbis*:

*"Inicialmente, há que ponderar que o DIREITO DE GREVE prevista no CF/88, art. 9º, é do trabalhador, o médico residente não se enquadra nesse conceito, porque a Lei nº 6.932/81 estabelece que a Residência Médica é modalidade de ensino, recebendo o médico uma bolsa. Não há relação de emprego, portanto. Todavia essa circunstância não retira a possibilidade de paralisação de atividade, tendo em*



vista a busca de melhores condições. Isso porque o Código de Ética Médica, em seu art. 24, assegura o direito do médico – e o residente é médico – de suspender suas atividades quando não tiver remuneração condigna. Mesmo que aqui conceitualmente se trate de “bolsa”, não passa despercebido a ninguém que se trata de uma forma de remuneração, especialmente nas condições em que sabidamente é levada a efeito a Residência Médica do País. Veja-se que a própria lei os faz contribuintes da Previdência Social, como “segurados autônomos.”

Nas folhas 14 a 17, encontra-se o parecer da Assessoria Jurídica do Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco, de lavra da dra. J.M.P.C. e referendada “*in totum*” pela Assessoria Jurídica do Conselho Federal de Medicina, na pessoa do dr. J.A.B.S. (fl. 13), o qual transcrevemos a seguir, na íntegra:

## **ASSESSORIA JURÍDICA – PARECER**

Ref.: exercício do direito de greve por médicos residentes.

Pelo Cons<sup>o</sup> Presidente nos foi dirigida, no último dia 21, solicitação de parecer sobre médicos residentes em greve deixarem de atender nas emergências, UTIS, etc. Antes de qualquer opinião, cabe-nos destacar a legislação aplicável à matéria.

### **1 – CONSTITUIÇÃO FEDERAL**

“Art. 9º - É assegurado o direito de greve, competindo aos trabalhadores decidir sobre a oportunidade de exercê-lo e sobre os interesses que devam por meio dele defender.

Parágrafo 1º - A lei definirá os serviços ou atividades essenciais e disporá sobre o atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade.

Parágrafo 2º - Os abusos cometidos sujeitam os responsáveis às penas da lei.”

### **2 – LEI Nº 7.783, DE 28.6.89**

Dispõe sobre o exercício do direito de greve, define as atividades essenciais, regula o atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, e dá outras providências, estabelecendo, no seu art. 1º:

É assegurado o direito de greve, competindo aos trabalhadores decidir sobre a oportunidade de exercê-lo e sobre os interesses que devam por meio dele defender.”

E no art. 10, que:

“São considerados serviços ou atividades essenciais:

- I - .....
- II - assistência médica e hospitalar.”

Recomendando no art. 11:

Nos serviços essenciais, os sindicatos, os empregados e os trabalhadores ficam obrigados, de comum acordo, a garantir, durante a greve, a prestação de serviços indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis das comunidades, estas consideradas, segundo o seu parágrafo único, aquelas que, não atendidas, coloquem em perigo iminente a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população.”

E no art. 12:

“No caso de inobservância do disposto no artigo anterior, o Poder Público assegurará a prestação dos serviços indispensáveis.”

Definindo no art. 14 que:

“Constitui abuso do direito de greve a inobservância das normas contidas na presente lei, bem como a manutenção da paralisação após a celebração do acordo, convenção ou decisão da Justiça do Trabalho.”

### **3 – CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA**

“Art. 1º - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade(...).

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.

Art. 15 – Deve o médico ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico.”

No capítulo II, o CEM relaciona entre os direitos do médico:

“Art. 24 – Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não o remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.”

Já no capítulo III, o CEM veda ao médico:

“Art. 29 – Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

Art. 35 – Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.”

## CONSIDERAÇÕES

A atividade médica está inserida entre as consideradas como essenciais, mormente se exercida em situações de urgência e emergência, não distinguindo a lei, se por médico em decorrência da relação de emprego, ou se em razão do desempenho de aperfeiçoamento e aprendizagem como residente.

A residência médica, conforme o disposto na Lei nº 6.932, de 7.7.81, é uma modalidade de ensino de pós-graduação que se presta ao aperfeiçoamento e aprendizagem do médico, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e moral, os preceptores.

Como médicos regularmente inscritos nos Conselhos de Medicina, os residentes se submetem às normas legais aplicáveis à sua profissão, devendo ser responsabilizados por eventuais danos que venham a causar por atos ou omissões ilícitas.

Também os preceptores respondem pelos atos ou omissões dos médicos residentes sob sua supervisão, conseguinte ou caráter da tarefa de preceptor, assumindo, neste caso, como bem ressalta o prof. Genival França, em sua obra "Direito Médico", uma "responsabilidade derivada ou compartilhada".

Assim, tanto os residentes como os preceptores estão passíveis de responderem, ética e judicialmente, por atos (ou omissões) médicos, devendo cada instância julgante definir a cota de responsabilidade a ser atribuída a cada membro da equipe médica, pelo ato realizado ou omitido, caso seja questionada a sua licitude.

Logo, de acordo com as normas legais e com as considerações supra mencionadas, restringindo estas considerações à matéria questionada, entendemos que a decisão sobre a deflagração de greve por médicos residentes que exercem o seu aprendizado em emergências, urgências, UTIs, ou atividades afins deve obedecer ao que recomendam as normas e os princípios éticos citados, valendo salientar que as entidades mantenedoras de programas de residências médicas devem manter retaguarda adequada e suficiente para suprir as deficiências impostas por tais situações."

## DISCUSSÃO

A greve ou paralisação das atividades em qualquer setor produtivo ou de serviços é sempre questionável à medida que impede o acesso da coletividade a bens ou serviços que, concretamente, contribuem para o aumento do nível da qualidade de vida dos cidadãos e cidadãs, causando, conseqüentemente, um constrangimento geral na sociedade.

Quando esta suspensão ocorre nos setores ditos essenciais, como saúde, segurança, educação, abastecimento, água e energia, etc., agudiza o processo haja vista que o impedimento diz respeito a bens que não só influenciam na qualidade mas que podem comprometer a continuidade da vida.

Por outro lado, os trabalhadores, membros efetivos desta sociedade, vêm sendo submetidos, nos últimos anos, a uma política de achatamento salarial e a uma perda sistemática dos seus direitos trabalhistas, culminando em um processo ímpar de

precarização das suas relações de trabalho, sem precedentes na história, o qual traz como resultado a organização dos trabalhadores e o direito legítimo de deflagração de movimentos reivindicatórios.

A categoria médica não está imune a estes acontecimentos. Na última década ocorreram os maiores números de movimentos objetivando melhores condições de salário e de trabalho médico.

Portanto, levando-se em conta as previstas considerações acima, pode-se entender que o movimento de paralisação dos médicos residentes é justo e também ético, estando respaldado pelo art. 24 do Código de Ética Médica.

O ponto fulcral desta discussão deve estar centrado na questão dos atendimentos de emergências e urgência, incluindo-se aí a atenção em Unidade de Terapia Intensiva e atividades afins.

A Resolução CRM-MT 006/91, em seu artigo 2º dispôs:

*“O atendimento de emergência e urgência, bem como a continuidade de cuidados cuja interrupção possa propiciar agravamento, descompensação, irreversibilidade, invalidez ou morte de pacientes, deverão ser assegurados como direitos de cidadania.”*

Os atendimentos de emergência e urgência, UTI e atividades afins devem ser garantidos durante o período de greve, como também mantida a seqüência do tratamento dos pacientes internados até o início do movimento reivindicatório, seja por médicos residentes ou do quadro permanente do hospital. A instituição deve estar preparada para manter um nível de atendimento adequado a sua clientela.

Para os Conselhos Regionais e como médicos regularmente inscritos nos mesmos, os residentes se submetem às normas legais aplicáveis à sua profissão, devendo ser responsabilizados por eventuais danos que venham a causar por atos ilícitos ou omissões.

Tal afirmativa demonstra a necessidade da total observação dos preceitos que rezam o Código de Ética Médica no mesmo nível de igualdade com os preceptores da residência ou médicos do quadro permanente da instituição, mas no que se refere às questões trabalhistas os médicos residentes se configuram como uma parcela do corpo médico com características próprias, sendo as mais importantes: vínculo temporário com a instituição, remuneração diferenciada na forma de bolsa e piso salarial próprio, regulamentados pela Lei nº 6.932/81, pelo Decreto nº 80.281/77 e resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Estas especificidades tomam os movimentos reivindicatórios dos médicos residentes uma paralisação com características próprias e motivações que envolvem exclusivamente esta parcela dos médicos, não devendo, portanto, ser computada para cálculo do percentual mínimo de profissionais que deverão continuar prestando assistência nos setores considerados essenciais (30% por analogia com a lei de greve), aqueles do quadro permanente do hospital ou instituição, a não ser por adesão voluntária dos mesmos ao movimento de paralisação, com pauta de reivindicações próprias ou em apoio ao movimento dos médicos residentes.

## CONCLUSÕES

Por todo o exposto, pode-se concluir que:

- O movimento de paralisação dos médicos residentes reivindicando direitos inquestionáveis é justo, não fere a ética e está respaldado pelo artigo 24 do CEM.
- A paralisação, de acordo com o que preceitua o artigo 24 do Código de Ética Médica, deve ser imediatamente comunicada ao Conselho Regional de Medicina.
- As autoridades competentes serão informadas com 72 horas de antecedência, em virtude das adequações necessárias da instituição ou do sistema de saúde no sentido de minorar o impacto negativo deste período junto aos pacientes.
- A deflagração de movimento peredista por médicos residentes que exercem o seu aprendizado em emergência, urgência, UTIs ou atividades afins deve obedecer o recomendado nas normas e princípios éticos citados, e o número de médicos que irá manter essas atividades em funcionamento, em respeito ao art. 35 do CEM, deverá ser calculado levando-se em consideração o universo dos residentes, salvo quando todo o corpo médico, inclusive os do quadro permanente, estiver participando do movimento peredista, situação em que o percentual de 30% deverá ser calculado sobre a totalidade dos médicos em greve.
- O sistema de saúde e as instituições mantenedoras de programas de residências médicas devem manter retaguarda adequada e suficiente para suprir as deficiências impostas por essas situações.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 13 de março de 2002.

Alceu José Peixoto Pimentel  
Cons. Relator

Parecer CFM nº 20/2002.  
Processo-Consulta CFM nº 6155/2001.  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 12/03/2002.

**Palavras-chave:** greve médica, médico residente, remuneração médica, greve em emergência

**Key words:** medical strike, medical resident, medical fees, emergency strike

# CURSO PARTICULAR SOBRE NEUROCIÊNCIA VIA INTERNET

## EMENTA

Cursos de formação médica via Internet, quando viáveis do ponto de vista científico e ético, devem ser preferencialmente promovidos por instituições de ensino ou sociedades médicas de especialidades.

## INTRODUÇÃO

Através da Carta CFM nº 1.719/2001-PC, datada de 21 de junho de 2001, recebi, para emitir parecer, consulta dirigida pelo prof. J.M.O., em 18 de janeiro de 2001, ao presidente do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, cujo teor transcrevo a seguir:

*"Ilmo. sr. presidente do CRM do Distrito Federal,*

Meu nome é J.M.O. e sou prof. titular da UFRJ. Há muitos anos venho realizando, na qualidade de livre docente, título que me foi outorgado, por concurso, pela Universidade Federal Fluminense, aqui no Rio de Janeiro, cursos sobre temas relacionados com Neurociência, Neuropsiquiatria e com outras áreas da medicina.

Estamos, agora, pretendendo iniciar uma nova experiência didática-pedagógica, usando como veículo a Internet, a fim de alcançar profissionais da área de saúde que militam nos recantos mais distantes do nosso país. Para eles, por razões óbvias, torna-se bastante difícil o acesso à informações e a um processo de reciclagem, pelos métodos tradicionais.

Sabendo ser uma das metas do CFM e de seus Conselhos Regionais buscar manter nossos profissionais devidamente atualizados e confiando que a passagem de informação por sistema virtual pode permitir que isso aconteça, estamos solicitando do seu CRM como de outros CRMs, a colaboração para que tal escopo se torne viável. Uma das formas seria obter, através dos senhores, os e-mails de lideranças individuais ou sociedades médicas na cidade de Brasília e adjacências, a fim de que possamos enviar-lhes nossa proposta (estamos anexando, para seu conhecimento e eventual divulgação o texto de nossa proposta, bem como a programação dos três cursos que pretendemos realizar).

Seria bem melhor e, de certo, mais produtivo, se o próprio Conselho houvesse por bem, após examinar e ponderar sobre o assunto, participar, intermediando esse projeto.

A comprovação da minha qualificação poderá ser obtida através da consulta de uma das minhas homepages, a que tem por endereço o site: <http://www.geocities.com/hotspings/sauna/8940>. Nela constam meu currículo, minhas atividades clínicas, publicações, pesquisas e alguns dados pessoais. Através dos links desse site, poder-se--a acessar minhas demais páginas, as quais, certamente, acrescentarão outras informações sobre o que faço e o que penso, não só na área médica, como também em literatura e filosofia e ainda sobre minhas opiniões a respeito de temas políticos, econômicos e sociais.

Esperando contar com alguma forma de colaboração da parte desse Conselho, se assim lhe aprouver, despeço-me, aguardando, para quando possível, uma resposta.

Atenciosamente,  
J.M.O.

A Diretoria do CRM/DF, reunida em 29 de janeiro p. passado, decidiu por enviar a consulta para apreciação do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, que por sua vez a transferiu para este Conselho Federal, ao julgá-lo fora de sua área de atuação.

## **PARECER**

A proposta apresentada pelo consulente, de organizar e promover cursos virtuais em áreas da Medicina, não deve, no meu entender, ter o apoio dos Conselhos de Medicina, mesmo considerando-se o interesse dos Conselhos na formação do profissional médico nos níveis de graduação e pós-graduação. Independente de uma análise mais profunda quanto à qualidade do curso proposto, quer em relação ao seu aspecto científico ou ponto de vista ético, acredito que o mesmo, caso viável, seria recomendado se realizado através de instituições de ensino, e não de pessoas, evitando com isso vantagens pessoais.

Talvez a universidade da qual o prof. J.M.O. participa pudesse discutir a proposta e viabilizá-la dentro das suas atribuições dirigidas para o ensino e treinamento médico, bem como as sociedades médicas científicas, através da Associação Médica Brasileira, responsáveis também pela qualidade da formação do médico no país. Portanto, sou contrário à proposta apresentada. Acho que o Conselho Federal e os Conselhos de Medicina não devem apoiá-la por entender que a mesma irá privilegiar interesses individuais.

Este é o parecer, SMJ

Brasília, 13 de julho de 2001.

Silo de Holanda Cavalcanti  
Cons. Relator

Parecer CFM Nº 12/2002  
Processo-Consulta CFM Nº 3316/2001  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 10/01/2002

**Palavras-chave:** curso via internet, neurociência via internet, atualização médica via internet, reciclagem médica

**Key words:** internet course, internet neuroscience course, internet updating medicine course

# LAUDOS MÉDICOS EMITIDOS EM EXAMES DE IMAGINOLOGIA E O TÍTULO DE ESPECIALISTA

## EMENTA

Todo médico tem habilitação legal para executar qualquer ato médico, sendo responsável pelo mesmo. O título de especialista é outorgado com critérios próprios, inerentes a cada curso ou especialização e registrado nos Conselhos com critérios já normatizados.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, encaminhou, em 13/2/97, consulta feita pelo Dr. Sérgio Henrique Lopes àquele Conselho Regional, o qual chegou a realizar proposta de parecer através do conselheiro Adirson Monteiro de Castro, sendo a seguir despachado para o Conselho Federal de Medicina avaliar a questão.

A consulta, na íntegra, assim é exarada:

“Venho por meio desta solicitar esclarecimento sobre laudos emitidos em imagiologia (ultra-sonografia e/ou radiologia, em especial a mamografia) e exigências necessárias para estar apto a desempenhar tal função. O médico ginecologista, com curso de ultra-sonografia, esta apto a dar laudo em tal exame? O especialista em mama, com carga horária ou cursos em mamografia, está apto a emitir laudos mamográficos? Qual a importância legal dos títulos das sociedades em questão? O que implicaria legalmente e eticamente exercer tais atividades sem os devidos títulos?”

Sérgio Henrique Lopes Marques

Médico residente em mastologia – Maternidade Odete Valadares.”

A matéria já foi amplamente discutida em outros pareceres do CFM (3.136/96, 1.352/96, e 1.361/92) e reaviva conflitos mais mercadológicos entre as atividades médicas do que propriamente interesse científico.

É bom ressaltar-se que em Minas Gerais a Secretaria de Saúde publicou a Resolução n.º 533/93, que dispõe sobre o funcionamento e instalação física e operacional de estabelecimento de radiodiagnóstico, médico e odontológico, estabelecendo:

(...)

“Art. 5 – O pedido de licenciamento deverá ser instituído dos seguintes documentos:

I – requerimento do responsável técnico, que deverá obrigatoriamente ser médico radiologista, para radiodiagnóstico.

(...)

V – Termo de responsabilidade a ser preenchido e assinado pelo responsável técnico, conforme modelo...

Anexo I

4.1.4 – Estas instalações só podem funcionar com a presença e sob a supervisão direta do profissional responsável que também supervisionará a execução das medidas de proteção radiológica.

4.1.5 – Para os casos de impedimento ou ausência do profissional responsável substituído que satisfaça os mesmos requisitos do titular e que comprove a sua titulação.”

No estado de Minas Gerais, certamente em razão dos cuidados com o uso de radiação, a execução dos exames radiológicos, dentre eles a mamografia, já está



devidamente normatizada, obrigando a presença de médico radiologista.

A consulta, por ser múltipla e com nuances por vezes de duplo entendimento, deve melhor ser respondida pontualmente:

a) O médico ginecologista com curso de ultra-sonografia está apto a dar laudo em exame?

Resposta: Qualquer médico está legalmente habilitado a realizar qualquer ato médico, só podendo anunciar especialidades que estão registradas no Conselho Regional de Medicina. Basta ao médico sentir-se apto a exercer o ato, pois será responsável por ele. Ao Conselho, neste caso, fica sempre a preocupação com a multiplicação de cursos rápidos de ultra-sonografia, e o que deles se consegue aprender.

O médico, ao realizar o exame, tem a obrigação de emitir o laudo e assiná-lo, tornando-se assim o seu responsável legal.

b) O especialista em mama com carga horária em mamografia, está apto a emitir laudos mamográficos?

Resposta: O mastologista, sentindo-se apto, poderá emitir laudo de exames mamográficos, pelo qual será responsável, como qualquer outro médico. A execução do exame é que está devidamente normatizada pela Resolução n.º 533/93 da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, e exige a responsabilidade e presença do médico radiologista.

c) Qual a importância legal dos títulos das sociedades em questão?

Resposta: A importância é sempre genuinamente científica e comprova o treinamento específico. A solicitação de registro de especialidade nos Conselhos Regionais deve passar pelo crivo da Comissão de Título de Especialista dos respectivos Conselhos, para que, através das normas vigentes, avalie-se a possibilidade do registro para permitir a posterior divulgação.

d) O que implicaria legalmente e eticamente exercer tais atividades sem os devidos títulos?

Resposta: Não existe nenhuma implicação legal e ética a princípio, já que o diploma concede esta prerrogativa. É importante que se ressalte que a supervisão da execução de exames radiológicos em Minas Gerais deve ser realizada por radiologista.

O que não se pode perder de vista são os princípios basilares da prática médica, a qual deve ser exercida com o máximo de zelo e o melhor da capacidade profissional do médico. No caso de infortúnios durante a lide, já que a responsabilidade é do médico, a situação será avaliada pelos Conselhos, podendo gerar implicações éticas, quicé legais, quando titulações ou treinamentos e a experiência demonstrada poderão fazer a diferença.

Este é o parecer, S.M.J.

Brasília, 14 de outubro de 1998.

Lúcio Mario da Cruz Bulhões  
Cons. Relator

Parecer CFM n.º 31/98  
Processo-Consulta CFM n.º 545/97  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 18/12/98

**Palavras-chave:** laudo médico, título de especialista, radiologista, limitar ato médico.  
**Key words:** medical report, specialist certified, radiologist, restrict medical act

# RELAÇÃO DO MÉDICO RESIDENTE COM O SEU PRECEPTOR

## EMENTA

A relação entre o médico residente e seu preceptor deve ser respeitosa, exigindo qualidade ética e profissional do preceptor no exercício de sua atividade, que tem responsabilidade compartilhada com o residente, na prática do ato médico durante o treinamento do PRM.

## CONSULTA

O Sindicato dos Médicos do Estado de Minas Gerais, através do seu diretor, J.A.C., consulta este Conselho Federal de Medicina quanto a existência de resoluções ou pareceres referentes à relação do médicos residente com seu preceptor. A referida consulta é datada de 22/05/2001 e foi encaminhada a este Relator em 06/06/2001.

## PARECER

Do ponto de vista da legislação da Residência Médica, a relação do médico residente com seu preceptor é regulamentada pela Lei nº 6.932, de 7/7/81, (artigo 1º) e pela Resolução CNRM nº 4/78, (artigo 5º, alínea "d"), cujo teor transcrevo a seguir:

*Lei nº 6.932, Art. 1º - "A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional".*

*Resolução CNRM nº 4/78, Art. 5º, alínea "d": "A supervisão permanente do treinamento do Residente por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa de título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica, observada a proporção mínima de um médico do corpo clínico em regime de tempo integral para 6 (seis) residentes, ou de 02 (dois) médicos do corpo clínico em regime de tempo parcial para 03 (três) médicos residentes."*

O Código de Ética Médica estabelece nos artigos 19, 31, 85 e 107 normas quanto ao comportamento do médico nessa relação, a saber:

Art. 19 - "O médico deve ter, para com os seus colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de Ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina."

Art. 31 - "Deixar de assumir, responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente."

Art. 85 - "Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos."

Art. 107 - "Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei."

Os requisitos exigidos para o exercício da atuação do preceptor, previstos na legislação que normatiza a Residência Médica, que abordam a relação do médico residente com seu preceptor, valorizam dois aspectos relevantes e que considero importantes citar: 1) a capacitação ético-profissional do preceptor, assegurando a qualidade necessária para uma boa formação; 2) estabelece a proporcionalidade numérica entre preceptor e residente, permitindo uma preceptoria mais efetiva e adequada para o desempenho do treinamento.

Devemos chamar atenção, também, para a importância do preceptor estar consciente de sua responsabilidade compartilhada, segundo definição do professor Genival Veloso, com o médico residente na prática do ato médico realizado durante o treinamento desenvolvido pelo mesmo no PRM.

## **CONCLUSÃO**

Cumprida a regulamentação, torna-se ainda necessário que a relação entre o preceptor e o médico residente ocorra de maneira respeitosa, inclusive por tratar-se de relação entre profissionais médicos, e que exista, por parte do preceptor, o empenho e o compromisso de exercer suas funções com o máximo de sua capacitação e desprendimento, visando a melhor qualificação para o residente sob sua orientação.

Não existe resolução do CFM que normatize o assunto. Os pareceres CFM nºs. 3/92 e 32/95 abordam, de certo modo, a questão, motivo pelo qual serão anexados a este parecer.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 7 de junho de 2001.

Silo Tadeu Silveira de Holanda Cavalcanti  
Cons. Relator

Parecer CFM nº 13/2002.  
Processo-Consulta CFM Nº 3426/2001  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 10/01/2002

**Palavras-chave:** médico residente, preceptor de residente, hierarquia funcional, relacionamento preceptor/residente

**Key words:** medical resident, residence preceptor, preceptor and resident relationship

# **PRESENÇA DE RADIOLOGISTA DURANTE ATO ANESTÉSICO PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

## **EMENTA**

A realização de exame tomográfico é ato de natureza médica; assim sendo, é obrigatória a presença do médico radiologista no momento da execução do procedimento quando este for realizado sob anestesia.

## **PARECER**

O Dr. Celso Homero Santos Oliveira, de Belo Horizonte, solicita parecer do CFM sobre a obrigatoriedade ou não da presença do médico radiologista quando da realização de tomografia computadorizada com paciente sob anestesia. Questiona se apenas a presença do técnico é suficiente.

Inicialmente, convém lembrar que o responsável pelo paciente durante o ato anestésico – aliás, antes, durante e após o ato anestésico – é o médico anestesista.

Este fato está muito claro e documentado na Resolução CFM nº 1.363/93, considerada um ato administrativo perfeito pois estabelece as normas de conduta pertinentes aos médicos que praticam a anestesia, produzindo efeito jurídico imediato pois impõe obediência àqueles que a ela estão subordinados.

Sobre a presença do médico radiologista no momento de realização da tomografia computadorizada, entendemos ser tal fato não só aconselhável como obrigatório, pois consideramos procedimentos de natureza médica a realização das tomografias, com razões específicas tais como uso de contrastes, imobilização do paciente, às vezes politraumatizados, indicação de melhoria do exame por repetição, etc.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 9 de julho de 2000

Solimar Pinheiro da Silva  
Cons. Relator

Parecer CFM nº 23/2000  
Processo-Consulta CFM nº 7117/99  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 24/8/2000

**Palavras-chave:** ato médico, radiologista e tomografia, radiologista e anesthesiologista  
**Key words:** medical act, radiologist and tomographer, radiologist and anesthesiologist

# VEICULAÇÃO DE ANÚNCIO DE ENTIDADE FILIADA À ASSOCIAÇÃO DE CLASSE

## EMENTA

Não é aceitável, do ponto de vista ético, a inserção de material publicitário em publicações dos CRMs e do CFM, vinculados à pessoa física e/ou jurídica com atuação na área médico-hospitalar e afins. Tal ação visa resguardar a necessária isenção destes órgãos em suas atividades fiscalizadoras e judicantes.

## DOS FATOS

Trata-se de consulta enviada ao CFM pelo sr. F.A.S. – assessor processual do Conselho Administrativo de Defesa Econômica/CADE, através de encaminhamento de denúncia feita pela sra. S.B.C.T., falecendo competência ao CADE para decisão.

O ofício CADE/Gb n.º 2.438/2001, de 2 de agosto de 2001, e protocolado em 10 de agosto, apresenta o seguinte teor (fls. 2):

“De ordem do sr. presidente J.G.R., encaminho a esse Conselho denúncia formulada a respeito de matéria exclusiva de médicos, associações médicas e sindicatos, bem como cópia do parecer da d. Procuradoria deste órgão, a fim de que sejam tomadas as medidas que entenderem cabíveis”.

O procurador federal Dr. J.C.C.J. (fls. 3), em Nota Técnica n.º 169/2001 sobre o Processo CADE n.º 08700.0011361/2001-87, assim se manifesta, corroborado pelo procurador geral F.M.F. (fls. 4):

“(…) Trata-se de denúncia formulada por S.B.C.T. ao exmo. sr. presidente do CADE, encaminhada a esta Procuradoria, por Despacho Gb n.º 569/01, na qual manifesta surpresa com a publicação de matéria de interesse “exclusivo” dos médicos, associações médicas e sindicatos, bem como de propagandas de entidades privadas, no jornal do Conselho Regional de Medicina e da Associação Médica do Paraná, ao tempo em que questiona a utilização de espaço publicitário em periódico de órgão da administração pública para, ao final, indagar: “Qual a isenção do órgão quando tiver denúncia contra aquele que o financia? Onde está a neutralidade dos julgadores?”

Como se vê, a questão versa sobre a conduta ética da entidade, falecendo competência ao CADE para apreciar a presente matéria por não haver aspectos concorrenciais envolvidos. Contudo, a propaganda de equipamentos médicos e produtos farmacêuticos junto à classe médica já foi disciplinada pelo e. Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução n.º 1.595/2000, devendo, assim, ser remetida a

presente denúncia ao colendo Conselho Federal de Medicina para as providências que julgar pertinentes (...)."

Na folha 7, encontra-se a denúncia da sra. S.B.C.T., de Curitiba/PR, datada de 2 de março de 2001, de onde destacamos, in verbis:

"Além disso, do simples correr de olhos no jornal do Conselho Regional de Medicina do Paraná, observa-se em quase todas as páginas propagandas de várias empresas de medicina e de médicos, que pretensamente estariam sob a fiscalização daquele Conselho. Pergunto a V. Excia. - Qual a isenção do órgão quando tiver denúncia contra aquele que o financia? Onde estará a neutralidade dos julgadores? E olhe sr. procurador, que isso vem acontecendo há anos! Cansei-me de observar calada a "isenção" daqueles que ao julgarem o meu caso me deram as costas. Será possível que os membros desse órgão de fiscalização das leis aceitam fatos desse naipe. Veja senhor conselheiro que não são apenas crimes econômicos os cometidos".

Nas folhas 8 e 9, consta cópia da Resolução CFM n.º 1.595/2000, editada em 18 de maio de 2000, que proíbe a vinculação da prescrição médica com o recebimento de vantagens materiais oferecidas por agentes econômicos interessados na produção ou comercialização de produtos farmacêuticos ou equipamentos de uso na área médica e que, também, determina sejam declarados os agentes financeiros que patrocinam as pesquisas e apresentações feitas pelos médicos, ao proferirem palestras ou ao escreverem artigos.

Manifestação da Assessoria Jurídica do CFM a respeito do assunto encontra-se, através da Nota Técnica n.º 282/99, nas folhas 10 e 11, sobre o Protocolo n.º 7.222/99, em 21 de setembro de 1999, oriundo do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, acerca da "legalidade de implantar no âmbito deste Regional um setor de busca de patrocínio para o jornal e coluna de ética do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, cedendo em troca espaços publicitários nos mesmos, com a intenção de diminuir os custos com a edição deste periódico, dentro dos aspectos legais". Da referida Nota Técnica, extraímos:

"(...) As questões referentes a espaço publicitário nos jornais dos Conselhos Regionais são afetas à própria Diretoria dos Conselhos locais. Trata-se, portanto, de uma decisão administrativa interna de cada Regional, não cabendo ao Conselho Federal de Medicina opinar nos assuntos desta estirpe.

Urge frisar que diversos Conselhos Regionais de Medicina usam os espaços publicitários para baixarem os custos da edição de seus periódicos, não havendo qualquer ilegalidade nesta prática. Trata-se, pois, de uma decisão interna de cada CRM, a ser deliberada pela Diretoria do Regional, visando sempre a melhor e mais ética forma de divulgação e aproveitamento do espaço publicitário cedido.

É mister lembrar, todavia, que o Conselho Federal de Medicina não cede qualquer espaço publicitário de seus periódicos (jornal do CFM e revista Bioética), tendo em vista deliberação de sua Diretoria que não anuiu com as solicitações externas feitas por diversos interessados, posto que, na sua impecável cognição, entende que

poderia vincular o nome desta entidade fiscalizadora federal ao produto veiculado em seus periódicos (...).”

Anexos ao Processo-Consulta constam dois exemplares de jornais médicos: um do CRM-PR e AMP (conjunto), Ano V, N.º 42, Janeiro/2001, que contém publicidades pagas de clínicas e laboratórios (14), hotel (1), cursos de homeopatia e acupuntura (3), empresa de segurança (1), contabilidade (1), imobiliária (1), hospital (1), banco (1), consórcio (1) e seguradora (1); outro com uma edição conjunta do CFM/AMB, Ano XV, N.º 124, Dezembro/2000, sem nenhuma inserção publicitária.

Em 4 de setembro de 2001 fui designado relator.

## **DISCUSSÃO**

Os Conselhos Regionais de Medicina sempre tiveram total liberdade para decidir quanto à utilização ou não de publicidade paga em seus jornais. Alguns decidiram não utilizá-las jamais, e sempre arcaram integralmente com os custos de cada edição. Outros, optaram por ter publicidade paga, mas somente de empresas não relacionadas à medicina, tais como imobiliárias, bancos, concessionárias e consórcios de automóveis, etc. Outros, ainda, decidiram aceitar qualquer tipo de publicidade, de pessoa física e/ou jurídica, algumas vezes, até, completamente irregulares, em total desarmonia com a Resolução CFM n.º 1.036/80, ou seja, sem constar o CRM do médico ou sem a indicação do diretor técnico quando pessoa jurídica.

O Conselho Federal de Medicina sempre respeitou, neste caso, a autonomia administrativa dos CRMs, deixando essa decisão para cada Diretoria de CRM e seu plenário, sem intervir, em qualquer plano, nessa prática editorial.

Atualmente, o CRM-PR edita, em conjunto com a Associação Médica do Paraná, um jornal das duas entidades e utiliza matéria publicitária paga de qualquer tipo, em especial de clínicas, hospitais e laboratórios, dentre outras.

É evidente que enquanto tais fatos estavam restritos às observações entre conselheiros, mesmo gerando mal-estar, respeitava-se a autonomia de cada Regional. Entretanto, quando a crítica ganha o meio comum e leigos dirigem-se ao Conselho ou a outros órgãos, como neste caso o CADE, algo necessita ser feito e uma decisão definitiva deste plenário deve ganhar corpo e servir, em definitivo, para todos os CRMs e o próprio CFM, visando normatizar a publicidade nos jornais dos mesmos.

O CADE, ao repassar a referida denúncia, questiona-nos sobre algo básico, fruto da inquietação, também, de experientes conselheiros: *Qual a isenção do órgão quando tiver denúncia contra aquele que o financia? Onde estará a neutralidade dos julgadores?*

Este mesmo raciocínio motivou a edição da Resolução CFM n.º 1.595/2000. O que se deseja evitar é exatamente a suspeição de um vínculo entre o agente financiador e o agente fiscalizador. Um jornal, por mais caro que possa custar, torna-se barato diante de tal suspeição oriunda do meio leigo. O mesmo ocorre na Internet, em que sítios de CRMs podem abrigar publicidade anômala de empresas fiscalizadas pelos próprios CRMs.

Os jornais das associações médicas e dos sindicatos médicos podem ter a

publicidade paga que quiserem, pois são de livre associação e regidos por seus estatutos. Os Conselhos de Medicina não devem ter esse mesmo comportamento, pois são os órgãos fiscalizadores e julgadores da ética médica, criados por lei para tal desiderato.

Temo se somente uma orientação aos CRMs serviria de convencimento suficiente para a mudança de atitude e a paralisação de tal expediente. Penso que, neste caso específico, a edição de uma resolução normativa poria fim, em definitivo, a essa tal liberdade, que põe em risco a confiança na seriedade do trabalho que os CRMs conquistaram, a duras penas, na sociedade.

Para tal, apresento minuta de resolução normativa que terá como embasamento a exposição de motivos constantes neste parecer, como também a sua fundamentação.

## **CONCLUSÃO**

Por todo o exposto, deve ser editada uma resolução normativa, tendo por base este parecer, proibindo a inserção de material publicitário em publicações dos CRMs e do CFM, vinculados à pessoa física e/ou jurídica com atuação na área médico-hospitalar ou áreas afins.

É o parecer, *sub censura*.

Brasília, DF, 23 de dezembro de 2001.

Roberto Luiz D'Ávila  
Cons. Relator

Parecer CFM N.º 15/2002  
Processo-Consulta CFM N.º 5396/2002  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 11/1/2002

**Palavras-chave:** publicidade paga, publicação dos Conselhos de Medicina, isenção fiscalizadora, CODAME, sustento econômico de publicação

**Key words:** paid advertisement, medical councils advice publications, publication funding



# USO DE DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS

## EMENTA

Em situações de emergência e na ausência de médico no local, o uso de desfibriladores automáticos externos pode ser feito por leigos treinados e supervisionados por médicos, através de cursos promovidos por Sociedades de Especialidades afins e fiscalizados pelos Conselhos de Medicina.

## APRESENTAÇÃO

Através do Ofício CFM n.º 2.442/2000, de 27 de abril de 2000, fomos designados para emitir parecer sobre a consulta, por correspondência eletrônica, feita pelo dr. M.A.L.F., que se apresenta como médico de Ribeirão Preto, com o seguinte teor: *"Eu gostaria de saber se é permitido o uso de desfibriladores automáticos por pessoas treinadas, mas não-médicas?"*

Trata-se de pergunta objetiva e sucinta, sem maiores considerações a respeito, e que deve ser respondida da mesma forma.

## PARECER

Todo ato médico só pode ser executado por médicos legalmente habilitados para o exercício da profissão. Entretanto, em situações especiais de emergência e na ausência de médico no local, variáveis se interpõem entre o interesse profissional e o interesse da coletividade. Penso que estamos diante de um dessas circunstâncias.

É largamente sabido que a doença coronariana acomete seres humanos em fase produtiva, cujo primeiro sintoma, em cerca da metade dos casos, é a morte súbita ? na maioria das vezes por causa elétrica, sobrevivendo por instabilidade elétrica do tecido cardíaco isquemiado, apresentando como resultado final, nas primeiras horas, fibrilação ventricular.

Geralmente o evento ocorre fora do ambiente hospitalar, e se houvesse disponibilidade de equipamento (desfibrilador) e pessoal treinado muitas vidas poderiam ser salvas.

Esse fato é tão verdadeiro que países desenvolvidos realizam campanhas com treinamento de pessoas leigas, escolhidas nas comunidades e em fábricas, iniciativa que vem reduzindo de forma importante a mortalidade da doença coronariana.

É evidente que tal treinamento e acompanhamento devem ser realizados por médicos, em cursos promovidos pelas Sociedades de Especialidades afins, com emissão dos certificados ao final dos cursos de capacitação, juntamente com o treinamento em

suporte básico de vida, devidamente fiscalizados pelos Conselhos de Medicina.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 21 de novembro de 2001

Roberto Luiz D'Ávila

Cons. Relator

Parecer CFM N.º 1040/2000

Processo-Consulta CFM

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 21/11/2001

**Palavras-chave:** desfibriladores automáticos, uso de desfibriladores

**Key words:** automatic use defibrillator

## **RECONHECIDA GARANTIA DE SIGILO PROFISSIONAL**

### **Médico fica desobrigado de apresentar prontuário a promotor**

O TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO PARANÁ em recente acórdão proferido em Reexame Necessário (autos 100703-8), da 4ª Vara Cível da Comarca de Londrina legitimou a conduta de médico diretor-clínico de instituição hospitalar, frente à Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos da Cidadania daquela Comarca, que estava a exigir a entrega de prontuário de uma paciente atendida no hospital.

O promotor de Justiça através de reiterados pedidos, o último inclusive sob a ameaça de abertura de inquérito policial pela prática de crime de desobediência, solicitou ao diretor-clínico do hospital, incontinentemente, a apresentação de um prontuário médico, no que foi contrariado ante o argumento de que o documento só poderia ser fornecido à própria paciente ou familiar seu regularmente autorizado, por força de impedimentos legais.

Não satisfeito com as justificativas de recusa, insistiu o Ministério Público no fornecimento do prontuário médico, pelo que ante o receio de sofrer medida coativa por parte do ilustre promotor de Justiça e de Defesa dos Direitos da Cidadania de Londrina, o Diretor Clínico da instituição impetrou Mandado de Segurança Preventiva assinado pelo advogado Ronaldo Gomes Neves, a fim de salvaguardar os interesses que entendia passíveis de lesão.

Assim, decidindo o Mandado de Segurança, o eminente Juiz de Direito da 4ª Vara Cível de Londrina, dr. Jefferson Alberto Johnsson, acolheu as razões do médico impetrante, desobrigando-o do fornecimento do prontuário à autoridade apontada como coatora, ou seja, a Promotoria de Justiça, justificando a inexistência de autorização da paciente, bem como por se tratar a matéria de "direito individual puro". A tese da segurança se fulcrou no raciocínio de que o Ministério Público, no cível, "não está para atender aos reclamos do cidadão, enquanto na busca de tutelas dos seus interesses personalíssimos e privados, porque daí estaria, em tese, concorrendo deslealmente com toda uma classe de advogados, que geram empregos e pagam tributos".

Em grau de recurso, o des. Wanderlei Resende, relator da csusa, através do acórdão 18623, manteve integralmente a decisão, acentuando que "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".

Salientou ainda o relator do acórdão, que "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 artigo 144 do Código Civil".

Participaram do julgamento, votando com o relator, os desembargadores Octávio Valeiro e Dilmir Kessler.

Transcrito da Gazeta do Povo - setembro/2001

# RESPONSABILIDADE TÉCNICA EM ENTIDADE OU EMPRESA

## EMENTA

É vedado ao profissional médico exercer a função de diretor técnico em mais de duas instalações prestadoras de serviços médicos, públicas ou privadas, independente da localização geográfica distinta dentro do território nacional.

## DAS CONSIDERAÇÕES

Trata-se de consulta encaminhada ao CFM pelo CRM/GO a partir de denúncia contra o médico F.B.N., feita pela Secretaria de Vigilância Sanitária do estado de Goiás, com o seguinte relato:

“Em cumprimentos pelos trabalhos realizados junto à classe, vimos também solicitar providências no sentido de solucionar problema irregular que encontra o médico F.B.N., uma vez que o fato foi comunicado ao CRM de Goiás e até agora nenhuma providência foi tomada. O médico F.B.N. insiste em assinar as responsabilidades técnicas de dois laboratórios em Goiás: o Laboratório IDESC, em Catalão, e o Laboratório IDESG, em Goiatuba. Os laboratórios de Goiás ficam 280Km um do outro, de Goiatuba a Uberlândia 200Km; de Catalão a Uberlândia, 115Km.

Os laboratórios de Goiás usam em seus formulários o nome do médico “F.B.N.”, para fazer marketing junto à classe médica, ainda propaga serviço que é da responsabilidade do médico especialista na área, tais como os serviços de Citopatologia e Patologia Clínica.

O Dr. F. não tem residência em nenhuma cidade de Goiás, não acompanha os serviços e o desenvolvimento dos trabalhos no laboratório e não confere os laudos dos exames que são feitos por técnicos.

O Dr. F.B.N. é inscrito no primeiro CRM de Minas Gerais N.º 16516 e no segundo CRM de Goiás N.º 7478 e residente na cidade de Uberlândia, MG.

O Dr. F. é também responsável por dois laboratórios em Minas Gerais, em Uberlândia, o IDESP, com vários postos de coletas espalhados na cidade em clínicas, ambulatórios e hospitais; e em Ituitaba, o laboratório IDESP, distante de Uberlândia 150 Km.

O Dr. F. trabalha na Prefeitura Municipal de Uberlândia como médico clínico, cumprindo jornada de 4 horas diárias, e é também professor de Microbiologia na Universidade Federal de Uberlândia”.

Segundo registros no CRM/GO, o dr. F.B.N. é diretor técnico de dois laboratórios, a saber: Instituto de Diagnóstico Especializado de Goiatuba (IDESG) e Instituto de Diagnóstico Especializado de Catalão (IDESC).

Segundo registros do CRM/MG o Dr. F.B.N. é inscrito naquele Conselho primariamente sob o n.º xxx, sendo responsável técnico por dois estabelecimentos, um em Uberlândia - Instituto Diagnóstico Especializado Ltda. – IDESP) e outro em Uberaba (Laboratório Santa Lucília Ltda.).

## **DA CONCLUSÃO**

Considerando a Resolução CFM n.º 1.352/92, art.1º: "Ao profissional médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como Diretor Técnico, seja como Diretor Clínico, em, no máximo, 2 (duas) instituições prestadoras de serviços médicos, aí incluídas as instituições públicas e privadas, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição;

Considerando o Parecer CFM n.º 04/97, aprovado em 9/4/97: "O médico somente poderá assumir responsabilidade técnica por, no máximo, duas empresas jurídicas";

Considerando que a Resolução CFM n.º 1.352/92 não é clara quanto ao fato de o médico assumir a responsabilidade como diretor técnico em instituições instaladas em cidades distintas e distantes, em estados diferentes;

Considerando que nesta situação é impossível a este profissional exercer suas atividades com a dedicação necessária a um resultado de qualidade para o paciente, podendo gerar prejuízos ao mesmo;

Entendo, portanto, ser vedado ao profissional médico o acúmulo de mais de duas funções de direção técnica, independente da localização geográfica distinta dentro do território nacional.

Este é o parecer, SMJ.  
Brasília, 14 de maio de 2001

Eliane de Souza  
Cons. Relatora

Parecer CFM N.º 48/2001  
Processo-Consulta CFM n.º 10431/2000  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 12/12/01

**Palavras-chave:** diretor clínico, responsabilidade técnica, acúmulo de responsabilidade  
**Key words:** medical director, technical responsibility, cumulative responsibility

# LEGALIDADE E LEGITIMIDADE DO ATENDIMENTO PRESTADO NO NÚCLEO DE ATENDIMENTO MÉDICO DO DETRAN-ES

## EMENTA

Os locais da realização de avaliação da aptidão física e mental para concessão da Carteira Nacional de Habilitação devem ser de atividade exclusiva para esse tipo de procedimento.

## 1. DA CONSULTA:

Através de e-mail protocolado no CFM sob o n.º 5.442/2000, o dr. M.N., solicita parecer “sobre a legalidade e legitimidade dos atendimentos médicos prestados por médicos de diferentes clínicas médicas no interior de NÚCLEO de atendimento médico criado pelo Detran-ES para a realização de exames em candidatos à obtenção de Carteira Nacional de Habilitação”.

## 2. DO PARECER

Recentemente, no estado do Espírito Santo, os médicos credenciados pelo Detran local a executarem o exame para avaliação de candidatos à Carteira Nacional de Habilitação resolveram, conjuntamente com o órgão executivo do trânsito (Detran), estabelecer apenas um local para a realização desse tipo de avaliação médica, denominando-o como Núcleo de Atendimento Médico do Detran – ES.

O consulente questiona esta Casa a se pronunciar sobre a legalidade e legitimidade do fato.

A união dos médicos em apenas um local para o atendimento é legítima e ética desde que obedeço ao estabelecido no Parecer CFM n.º 16/2000, da lavra deste relator, cuja ementa transcrevo:

“A nomeação e a indicação do perito examinador a candidatos a CNH será realizada pelo Detran e nunca por livre escolha do periciado”.

Quanto ao aspecto legal, a Lei n.º 9.503, de 23/9/97, que institui o Código de Trânsito Brasileiro, estabelece em seu artigo 147 que “o candidato à habilitação deverá submeter-se a exames realizados pelo órgão executivo de trânsito, na seguinte ordem:

- I – de aptidão física e mental
- II – omissis
- III – omissis
- IV – omissis
- V – omissis”

A Resolução Contran n.º 80, de 19 de novembro de 1998, normatiza o inciso I do artigo 147 da Lei n.º 9.503/97 e dispõe que o credenciamento de novos

médicos será feito pelos órgãos executivos de trânsito nas unidades da Federação e do Distrito Federal, de acordo com critérios estabelecidos (item 11 e seus subitens). Com relação ao local de atendimento, o item 16 explicita:

“Os locais da realização da avaliação da aptidão física e mental devem ser de atividade exclusiva para esse tipo de procedimento. Não podendo estar localizados em ambulatórios, hospitais ou conjuntamente em consultórios de outras especialidades, e poderão ser realizados no mesmo local que ocorra os exames de avaliação psicológica”.

Portanto, se naquele local apenas os exames de aptidão física e mental são realizados, não vejo nisto nenhum impedimento legal, tendo em vista que a lei, no entendimento deste relator, é um tanto omissa nesse aspecto.

Se o questionamento do consulente for em relação às especialidades dos médicos que realizam os exames, também não entendo como ilegal, pois os médicos que exercem essa atividade podem pertencer a qualquer especialidade médica desde que qualificados para execução do exame pericial de acordo com a Resolução Contran n.º 80.

Finalmente, se neste local forem exercidas outras atividades que não sejam específicas para a obtenção da Carteira Nacional de Habilitação isto poderá ser considerado infringência ao item 16 da mesma resolução normativa do trânsito.

Este é o parecer, SMJ.  
Brasília, 16 de maio de 2001.

Ricardo Fróes Camarão  
Cons. Relator

Parecer CFM n.º  
Processo-Consulta CFM N.º 5.442/2000  
Parecer Aprovado  
Sessão plenária de 21/11/2001

**Palavras-chave:** carteira nacional de habilitação, médico perito, candidatos a carteira de habilitação, médico do Detran

**Key words:** national driver licence, expert medical, driver licence candidate, traffic department medical staff

# **PRESCRIÇÃO DE RECEITA ALIMENTAR FORA DO DESTINO LEGAL DA VERBA**

## **EMENTA**

O médico procederá sempre em benefício do paciente, não devendo orientar-se por determinação de empregadores, chefes ou superiores hierárquicos na adoção de medidas ou procedimentos se estes forem contrários à sua convicção técnica ou ética.

## **APRESENTAÇÃO**

Em 21 de julho de 2000, a dra. C.C.C.C. solicitou ao Conselho Federal de Medicina esclarecimentos legais a respeito do comportamento do médico que prescreve receita alimentar baseada unicamente em critério social, cumprindo ordens de prefeito, para que determinada verba federal seja expandida a outros destinatários, em período eleitoral.

Ao expor seus motivos, a consulente afirma trabalhar em equipe do Programa Saúde da Família, o qual recebe uma verba federal denominada SISVAM, específica para atender crianças menores de 5 (cinco) anos e gestantes desnutridas.

Acrescenta que o prefeito resolveu expandir o atendimento a outras faixas etárias, ou seja, aos desnutridos em geral e aos desempregados, através da entrega de cestas básicas, desde que prescritas pelo médico em receituário pré-determinado.

Além do acima exposto, atenta para o fato de os pacientes do SISVAM serem atendidos por enfermeiros, não necessitando, para tanto, de prescrição médica.

## **PARECER**

Verifica-se que a verba federal denominada SISVAM é destinada unicamente a crianças menores de 5 (cinco) anos e gestantes desnutridas, mas o prefeito local decidiu alterar os destinatários da mesma, incluindo os desnutridos em geral e os desempregados.

Além disso, cumpre observar que o médico, por determinação do prefeito, deveria prescrever um receituário especificando os alimentos constantes das cestas básicas, analisando o critério social, e não somente o nutricional, pois tais cestas também seriam destinadas aos desempregados.

É necessário salientar que a ordem administrativa exige a regularidade da correta aplicação do dinheiro público. As verbas e rendas devem ser reservadas à aplicação de acordo com o fim de sua destinação. O administrador não pode dispor do dinheiro à revelia de sua destinação prévia, ditada em plano legislativo. O administrador público municipal deve se ater às destinações das verbas previstas na lei orçamentária, devidamente tituladas e codificadas, e não desviar meta especificada em lei, até porque a própria Constituição Federal de 1988, em seu artigo 167, inciso VI, expõe:

“São vedados: a transposição, o remanejamento ou a transferência de recursos de uma categoria de programação para outra ou de um órgão para outro, sem prévia autorização legislativa”.

O emprego de subvenções, auxílios ou recursos de qualquer natureza deve fazer-se com estreita observância de sua destinação específica, caracterizando ilícito penal o desvio para fim diverso.

O Código Penal brasileiro, em seu artigo 315, estabelece ser crime:

“Dar às verbas ou rendas públicas aplicação diversa da estabelecida em lei: Pena – detenção, de 1 (um) a 3 (três) meses, ou multa”.

Mais ainda. Existe legislação específica para tal conduta, quando praticada por prefeito municipal. É o Decreto-Lei n.º 201, de 27 de fevereiro de 1967, que dispõe:

“Artigo 1º- São crimes de responsabilidade dos Prefeitos Municipais, sujeitos ao julgamento do Poder Judiciário, independentemente do pronunciamento da Câmara dos Vereadores:

I - ...

II - ...

III- desviar ou aplicar, indevidamente, rendas ou verbas públicas”.

Ademais, verifica-se ainda que tal conduta está presente ainda na Lei n.º 8.429, de 2 de junho de 1992, como improbidade administrativa assim descrita:

“Artigo 10 – Constitui ato de improbidade administrativa...

.....

.....

XI - liberar verba pública sem a estrita observância das normas pertinentes ou influir de qualquer forma para a sua aplicação irregular”.

Sendo assim, verifica-se que se a verba denominada SISVAM foi estabelecida em lei, e não em decreto do Poder Executivo, pode estar havendo uma aplicação da verba de modo diverso do estabelecido em lei, conduta reprimida por nosso ordenamento jurídico.

Quanto à questão eleitoral, a Lei n.º 9.504, de 1997, estabelece as condutas vedadas aos agentes públicos em campanhas eleitorais.

Vejamos:

“Artigo 73 - São proibidas aos agentes públicos, servidores ou não, as seguintes condutas tendentes a afetar a igualdade de oportunidades entre candidatos nos pleitos eleitorais:

.....

.....

IV - fazer ou permitir uso promocional em favor de candidato, partido político ou coligação, de distribuição gratuita de bens e serviços de caráter social custeados ou subvencionados pelo Poder Público”.



No que diz respeito ao Código de Ética Médica, seu artigo 8º claramente delimita que:

“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”.

Por sua vez o artigo 10 explicita :

“O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa”.

Assim, concluímos que médicos não devem prescrever receituários com os itens constantes das cestas básicas a desnutridos e desempregados, visto que a verba acima referida não é destinada a tais pessoas, mas às crianças menores de 5 (cinco) anos e gestantes desnutridas. Conduta diversa pode levar o médico a ser conivente com a prática do delito de emprego irregular de rendas ou verbas públicas e de estar contribuindo para a prática, por parte do prefeito, de ato de improbidade administrativa.

Por já estarmos fora do período eleitoral, este caso, na sua singularidade, parece extemporâneo. Mas não o é, no aspecto geral e permanente, por referir-se a uma questão que jamais desaparece neste país: o uso de meios ilícitos para fins eleitorais. Disto resulta a permanência da matéria e a validade da chamada dos textos legais que tratam da prevenção do abuso.

À primeira vista, parece ter havido, na conduta do prefeito, um gesto de generosidade. Mas esta generosidade não está provada, pois sabemos que médicos são contratados para servir à população, em vésperas eleitorais, e são despedidos logo após, passadas as eleições. Tais condutas não são dignas de louvor, mas antes de vitupérios, porque ditadas por interesses que não atendem ao sentimento de solidariedade humana, sendo mais freqüentes que haja nelas motivos de ordem eleitoral.

A isto acrescenta-se a violação do preceito acima referido, contido no Código de Ética Médica, para permitir-nos orientar os médicos no sentido de não atender a solicitações como as constantes deste caso.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 20 de dezembro de 2000.

Oliveiros Guanais de Aguiar  
Cons. Relator

Parecer CFM N.º 47/2001  
Processo-Consulta CFM n.º 6818/2000  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 21/11/2001

**Palavras-chave:** conivência médica irregular, atividade profissional incorreta, conivência de ato médico ilegal, aplicação ilegal de verba

**Key words:** irregular medical connivance, illegal professional activity, illegal medical act, funding allocation

# AVALIAÇÃO FARMACÊUTICA DAS PRESCRIÇÕES MÉDICAS

## EMENTA

A ANVISA não tem competência legal para atribuir ao farmacêutico a tarefa de fiscalizar, supervisionar e alterar a prescrição médica.

O dr. O.G., procurador federal aposentado, envia ao CFM duas correspondências, datadas, respectivamente, de 8/3/2001 e 15/3/2001, a respeito da RDC-33 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que transcrevo integralmente:

Rio de Janeiro, 9 de março de 2001.

Senhores,

Uma esdrúxula Resolução expedida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (MS), de n.º RDC-33, intenta ousadamente desprestigiar a classe médica, colocando o médico em franca subordinação ao farmacêutico, a quem cabe, segundo a mencionada resolução, censurar a receita médica.

Alguns itens dessa resolução:

"A avaliação farmacêutica das prescrições quanto à concentração, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dose e via de administração, é de responsabilidade do farmacêutico e deve ser feita antes do início da manipulação. Qualquer alteração na prescrição, que se fizer necessária, em função desta avaliação, deve ser discutida com o profissional prescritor." (item 6.2.3 do Anexo inicial, sem número).

"A farmácia pode transformar especialidade farmacêutica, em caráter excepcional ou quando da indisponibilidade da matéria-prima no mercado e ausência da especialidade na dose e concentração e ou forma farmacêutica compatíveis com as condições clínicas do paciente, de forma a adequá-la à prescrição." (6.2.6 do Anexo inicial, sem número)

"São inerentes ao profissional farmacêutico as seguintes atribuições e responsabilidades:

.....

e) avaliar a prescrição quanto à concentração e compatibilidade físico-química dos componentes, dose e via de administração;" (item 4.1.2.4 do Anexo I.)

"Cada prescrição deve ser avaliada quanto à viabilidade e compatibilidade dos componentes entre si, suas concentrações e doses máximas recomendadas, antes da sua manipulação." (item 4.5.1.2 do Anexo I).

"Quando a dose ou posologia dos produtos prescritos ultrapassar os limites farmacológicos ou a prescrição apresentar incompatibilidade ou interações potencialmente perigosas, o farmacêutico deve solicitar confirmação do profissional que subscreveu a prescrição. Na ausência ou negativa de confirmação, é facultado ao farmacêutico o não-aviamento e/ou dispensação do produto." (item 4.5.1.3 do Anexo I).

“Compete ao farmacêutico orientar o paciente sobre: (...) interações alimentares e medicamentosas, modo de usar, posologia, duração do tratamento, via de administração e, quando for o caso, os efeitos adversos e outras informações consideradas necessárias.” (4.5.5.1 do Anexo I).

“Compete ao farmacêutico:

.....  
b) avaliar a prescrição médica quanto à sua adequação, forma farmacêutica e o grau de toxicidade.” (item 5.1.1.2 do Anexo II).

Observação: o item 4.1.12 do Anexo III repete, literalmente, a alínea acima, revelando assim que a ousadia de menoscar o médico conta também com erros de sistematização normativa.

Existe procedimento escrito para a avaliação farmacêutica da prescrição antes de iniciar a manipulação? (item 5.36 do Anexo 4 – Roteiro de Inspeção).

A Resolução RDC-33 tem muitas aberrações que afetam outros entes. Por isso, no Rio de Janeiro, três ações já foram propostas por farmácias contra a Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A relação delas vai ao final desta.

A tentativa de superpor o farmacêutico (4 anos de curso universitário) ao médico (6 anos curso universitário, mais residência, mais especialização) liga-se, na resolução RDC-33, a um visível esforço de ampliar o mercado de trabalho da categoria, o que a torna, além de ilegal, imoral. Isso se deve ao fato de que os redatores da malsinada resolução são farmacêuticos... Não seria demais lembrar que o farmacêutico estuda a droga em relação à própria droga, enquanto o médico a estuda relativamente ao organismo humano, ao seu metabolismo, à sua funcionalidade e às suas idiossincrasias. As duas profissões se distinguem por substanciais diferenças.

A lei que criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária ressaltou, em seu artigo 8º, que sua competência para coordenar o trabalho de vigilância sanitária está limitada pela “legislação vigente”, o que desautorizava aquela Agência a inovar na regulamentação que viesse a instituir. Agrava ainda a questão a circunstância de que regulamentar não induz a incluir comandos não existentes nas leis a serem regulamentadas.

É fora de dúvida que a resolução RDC-33 não foi revista por técnicos do Direito. Nela não pontificam somente os equívocos de natureza jurídica ou os arroubos corporativistas. Lá reportam erros grosseiros de ortografia e dispositivos incapazes de serem compreendidos, como este:

“O fracionamento de especialidade e feito de forma a evitar mistura ou contaminação cruzada necessária” (sic) – item 5.71 do Anexo IV – Roteiro de Inspeção.

A sugestão que apresento é que, nas ações já intentadas, o CFM ingresse como terceiro interessado, ou proponha a ação autônoma que achar cabível. Segundo consta, em todo o território nacional cerca de 200 mandados de segurança já foram impetrados por farmácias. Todavia a argumentação jurídico-legal não fere o assunto de interesse do CFM, mesmo porque falta às autoras legitimidade para isso.

PS – Ainda que a legislação vigente dê ao farmacêutico os poderes de censura da receita médica, é hora de propor a anulação desses preceitos, inteiramente inconstitucionais.

As ações propostas no Rio de Janeiro de que tenho conhecimento não são mandados de segurança. São declaratórias com vistas à anulação total ou parcial da RDC-33. São as seguintes:

1ª Vara Cível Federal (Comarca de Niterói): proc. n.º 2000.51.02.005881-9

34ª Vara Cível Federal (Comarca da Capital): proc. n.º 2000.51.01.029821-4

14ª Vara Cível Federal (Comarca da Capital): proc. n.º 2000.51.01.029822-6

O.G.

Procurador federal, aposentado  
Rio de Janeiro, 15 de março de 2001.

Senhores,

Complementando minha carta, datada de 9.3.2001, exponho:

A Lei 5.991, de 17.12.73, em seu artigo 41, diz:

“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”.

Faça-se a imediata comparação com o que reza a Resolução RDC-33, da ANVISA, em seu item 4.5.1.3 do Anexo I:

“Quando a dose ou posologia dos produtos prescritos ultrapassar os limites farmacológicos ou a prescrição apresenta (sic) incompatibilidade ou interações potencialmente perigosas, o farmacêutico deve solicitar confirmação do profissional que subscreveu a prescrição. Na ausência ou negativa de confirmação, é facultado ao farmacêutico o não-aviamento e/ou dispensação do produto.”

Observa-se que:

a) a lei quer evitar que um eventual deslize venha trazer prejuízos ao consumidor. Exige, para tanto, que o responsável técnico obtenha a confirmação expressa do prescritor. Infere-se, assim, do texto que a confirmação será dada, ratificando o médico o acerto da prescrição, ou o deslize corrigido (também, é evidente, pelo médico). Não seria crível que confirmada a receita pelo médico, o farmacêutico responsável se arvorasse em alterá-la. Por esta patente razão, o dispositivo legal pára nesse ponto. Inobstante, a RDC-33 suplementa-o, conferindo ao farmacêutico poderes não previstos na lei: “Na ausência ou negação de confirmação, é facultado ao farmacêutico o não-aviamento e/ou dispensação do produto.”

Ora, ausente o médico para esclarecer a dúvida suscitada pelo farmacêutico, o paciente ficará sem o remédio prescrito! Ou, caso o médico se negue a discutir um assunto que, no seu entendimento, escapa à formação do responsável técnico, o remédio não será dispensado. Vemos aí uma regulamentação que aduz um comando normativo não previsto na lei. É inegável que, para facilitar o adendo ilegal, a ANVISA

fez excluir do texto da lei a palavra expressa (“confirmação expressa”), manobra que abriu às portas à excrecente suplementação do artigo 41 da lei n.º 5.991/73.

b) a palavra incompatibilidade do mencionado artigo 41 foi seguida da expressão “ou interações potencialmente perigosas”, não constante da lei, fazendo supor que o médico é, virtualmente, um irresponsável contumaz, cuja conduta perigosa deve ser patrulhada atentamente pelo farmacêutico, encarregado portanto de abrigar a sociedade dos efeitos danosas do desmazelo médico.

Noutro ponto (6.2.6 do Anexo inicial, sem número), a RDC-33 firma que:

“A farmácia pode transformar especialidade farmacêutica, em caráter excepcional ou quando da indisponibilidade da matéria-prima no mercado e ausência da especialidade da dose e concentração e ou forma farmacêutica compatíveis com as condições clínicas do paciente, de forma a adequá-la à prescrição.”

Antes de comparar o item acima com o que diz a lei, vejamos as suas incongruências:

a) como o farmacêutico pode avaliar “as condições clínicas do paciente” para “transformar” a especialidade farmacêutica compatível com elas? Ele pode e sabe diagnosticar? Possui conhecimento técnico-científico para tal? Tem à mão equipamentos tecnológicos para isso? Repetirá, em curto espaço de tempo, os exames levados à conclusão do médico e que deram margem ao diagnóstico?

b) pode o farmacêutico, quaisquer que sejam os empecilhos do fornecimento do remédio prescrito, substituir este sem ouvir o médico?

O que se acolhe do item 6.2.6 do anexo inicial é que o farmacêutico poderá, diante de uma dificuldade de suprimento, alterar a receita e vendê-la, mesmo sem se comunicar com o médico.

O que diz a legislação, não respeitada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que trata do assunto?

“São infrações de natureza sanitária:

.....  
V – aviar receita ou vender medicamentos em desacordo com prescrições médicas” (Decreto-Lei n.º 785, de 25.8.69, que dispõe sobre infrações relativas à saúde e respectivas penalidades.)

Como fica a soberania da receita médica em face da RDC-33?

É provável que também na legislação penal, que recentemente criou tipos relativos a medicamentos, se encontrem reforços aos argumentos que se opõem aos disparates da RDC-33, que inaugura, no campo das normas de segundo escalão, o que poderia ser chamado de ardil regulamentador – um meio de contrariar a lei com objetivos nada éticos.

Atenciosamente,

O.G.

Procurador Federal, aposentado.

Concordo inteiramente com o teor das missivas encaminhadas ao CFM pelo procurador aposentado dr. O.G.. Entendo, como ele, que deva este Conselho Federal desenvolver as gestões necessárias, nos níveis administrativo e ou judicial para corrigir as inaceitáveis distorções da RDC-33 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

Este é o parecer, SMJ.  
Brasília, 5 de maio de 2001.

Pedro Pablo Magalhães Chacel  
Cons. Relator

Parecer CFM N.º 9/2000  
Processo-Consulta CFM n.º 1497/2001  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 9/1/2002

**Palavras-chave:** avaliação farmacêutica, normas inadequadas da ANVISA, atribuições inadequadas ao farmacêutico  
**Key words:** pharmaceutical competency, administrative incompetence, pharmaceutical inadequate competence

### **Bélgica aprova lei liberando eutanásia**

O parlamento belga aprovou ontem uma lei sobre a eutanásia, transformando a Bélgica no segundo país europeu a autorizar essa prática em casos de pacientes terminais. A aprovação da lei ocorreu depois de dois anos de intensas e calorosas discussões entre parlamentares. Até agora, apenas a Holanda permitia a eutanásia na Europa.

Transcrito  
Gazeta do Povo 17/05/02

# CONFLITO ENTRE O ATESTADO DO MÉDICO ASSISTENTE E A AVALIAÇÃO DA JUNTA MÉDICA

## CARDIOPATIA GRAVE

### EMENTA

A Junta Médica pode e deve, quando em situações de conflito entre o atestado médico emitido pelo médico assistente e o observado, pela própria Junta, no exame físico e na análise dos exames complementares do periciado, recusar ou homologar o entendimento semelhante ou diverso do médico assistente, atendendo ao previsto nas diretrizes recomendadas em consensos das sociedades de especialidades.

### I – DOS FATOS

Trata-se de consulta enviada por *fac-símile*, datada de 20 de novembro de 2001 e protocolada em 27 do mesmo mês, requerida pelo Dr. A. H. L., CRM-CE, da Perícia Médica do Departamento de Polícia Federal do Estado do Ceará. Solicitando:

*"(...) parecer/informação sobre como devem os membros desta Junta Médica proceder e pronunciarem-se sobre os casos em que servidores submetidos à cirurgia cardíaca solicitam aposentadoria por invalidez, alegando cardiopatia grave, quando, na maioria dos casos, submeteram-se à cirurgia de revascularização do miocárdio e, após implantação das pontes, estão bem, assintomáticos, com ecodopplercardiograma revelando fração de ejeção acima de 50%, ausência de edema e de outros sinais de insuficiência cardíaca, mas que apresentam-se à Junta Médica munidos de atestados médicos, nos quais os colegas declaram que, por ter o paciente se submetido à revascularização do miocárdio, é portador de cardiopatia grave. Por entendermos que tal critério não corresponde à realidade e por não desejarmos discordar dos colegas sem uma prévia consulta ao nosso Conselho maior, dirigimo-nos nesta oportunidade à V.S<sup>a</sup> com o objetivo de apelar aos membros desse Conselho para que emitam parecer e relatório sobre o assunto que nos servirá de amparo legal no que diz respeito aos critérios de classificação de uma cardiopatia grave.*

Fazemos lembrar a V.S.<sup>a</sup> que tais requerimentos têm como intenção do servidor aposentar-se com vencimentos integrais, insentir-se da obrigatoriedade do Imposto de Renda, incorporar gratificações (quando no exercício da função) e quitação de imóvel comprado pelo Sistema Financeiro de Habitação, além de, em alguns casos, auferir benefícios de Companhias de Seguros (...)"

### II – DISCUSSÃO

A Sociedade Brasileira de Cardiologia publicou, nos *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, volume 61, 1993, versão preliminar denominada "Consenso Nacional sobre Cardiopatia Grave", pioneira na literatura especializada, não havendo nenhuma outra publicação posterior, onde considerou o tema "complexo e de difícil conceituação", registrando que:

*"(...) As cardiopatias agudas, habitualmente rápidas em sua evolução, podem tornar-se crônicas, passando ou não a caracterizar uma cardiopatia crônica grave, ou evoluir para o óbito, situação que, desde logo, deve ser considerada como cardiopatia grave, com todas as injunções legais.*

Ficou estabelecido que a cardiopatia crônica é grave quando limita, progressivamente, a capacidade física, funcional e profissional, não obstante tratamento clínico e/ou cirúrgico adequado, ou quando pode induzir à morte prematura. A limitação de que trata o conceito é definida habitualmente pela presença de uma ou mais das seguintes síndromes: insuficiência cardíaca, insuficiência coronária, arritmias complexas, bem como hipoxemia e manifestações de baixo débito cerebral, secundárias a uma cardiopatia. Para insuficiência cardíaca e/ou coronária, classificam-se como graves as enquadradas nas classes III e IV da classificação da NYHA e, eventualmente, as da classe II, na dependência da idade, da atividade profissional e da incapacidade de reabilitação.

Sob o aspecto estritamente médico, cardiopatia grave implica tão somente em prognóstico reservado em relação à morbidade, à história natural da cardiopatia, à qualidade de vida e à mortalidade. Do ponto de vista sócio-econômico e legal, implica na impossibilidade de o paciente desempenhar uma atividade profissional em sua plenitude, comprometendo o seu padrão de vida e de sua família, podendo, mesmo, levá-la ao desamparo, na eventualidade de morte prematura (...)."

Mais adiante, o documento ressalva que *"a importância da expressão cardiopatia grave, na área médica, resultou de sua utilização na área jurídica, com implicações em múltiplos campos do Direito, particularmente o Trabalhista, o Previdenciário e o Tributário"*. Diz, ainda, que:

*"(...) Dadas as dificuldades inerentes ao problema, a Sociedade Brasileira de Cardiologia julga que o diagnóstico de cardiopatia grave seja de responsabilidade de uma junta, composta por três cardiologistas titulados. O quadro clínico, bem como os recursos complementares, com os sinais e sintomas que permitem estabelecer o diagnóstico de Cardiopatia Grave, como acima definido, estão relacionados para as seguintes cardiopatias: cardiopatia isquêmica, cardiopatia hipertensiva, miocardiopatias, valvopatias, cardiopatias congênitas, arritmias e cor pulmonale crônico.*

Em algumas condições, um determinado item pode, isoladamente, configurar cardiopatia grave (por exemplo, fração de ejeção < 0,35). Na grande maioria dos casos, a princípio, é necessária uma avaliação conjunta dos diversos dados do exame clínico e dos achados complementares para melhor conceituá-la (...)."

Em seguida, o documento descreve cada uma das cardiopatias acima relacionadas, enumerando as principais alterações, tanto clínicas quanto as de exames complementares, que orientariam o cardiologista, na tentativa de padronizar, com estes critérios, o diagnóstico de cardiopatia grave.

Na ausência de diretriz sobre o referido assunto, aceita pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Associação Médica Brasileira (AMB) – dentro do Projeto Diretrizes, ainda não concluído –, entendo que o "Conselho Nacional sobre



Cardiopatia Grave”, feito pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, entidade filiada à AMB, deve ser adotado como documento a ser anexado ao presente parecer e encaminhado ao consulente e, se possível, ser adotado como modelo orientador para os membros da Perícia Médica.

Entendo, ainda, que, conforme já pacificado em decisões anteriores deste Conselho, qualquer Junta Médica de órgão oficial, ao realizar perícia médica em funcionários do mesmo, pode contrariar o que foi atestado pelo médico assistente, desde que baseado em critérios técnicos emitidos por sociedades científicas de especialidades, abstendo-se de comentários na frente do paciente e reservando suas observações para anotá-las em prontuário.

### III – CONCLUSÃO

Por todo o exposto, entendemos que a Junta Médica pode e deve, quando em situações de conflito entre o atestado médico emitido pelo médico assistente e o observado, pela própria Junta, no exame físico e na análise dos exames complementares do periciado, atendendo as recomendações feitas em consensos das sociedades de especialidades, no caso o da Sociedade Brasileira de Cardiologia (anexo), recusar ou homologar o entendimento semelhante ou diversão de **cardiopatia grave** feito pelo médico assistente.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 20 de dezembro de 2001.

Roberto Luiz D'Ávila  
Cons. Relator

Parecer CFM nº 01/2002  
Processo-Consulta CFM nº 7.783/2001  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 9/1/2002

**Palavras-chave:** atestado médico, junta médica, conflito de opinião, conflito de interesse, conceito de prognóstico, aposentadoria

**Key words:** medical examiner report, opinion conflict, interest conflict, prognostic concept, retirement

# INSCRIÇÃO DE MÉDICO LEGISTA NO CRM DO ESTADO ONDE EXERCE SUA FUNÇÃO

## EMENTA

Todo médico, não importando o cargo ou função, se pública ou privada, se detentor ou não de título de especialidade, é obrigado a se inscrever no Conselho Regional de Medicina sob cuja jurisdição se encontre o local de sua atividade.

Trata-se de consulta formulada pelo médico F.A.B.P. a este egrégio Conselho, baseado na seguinte situação, a qual transcrevo *in totum* para melhor compreensão: *“Um médico inscrito em determinado CRM, muda-se para outro estado. Presta concurso, sendo aprovado, admitido como médico legista oficial no serviço público. Por mais de dois anos presta esse serviço regulamente, mas não se inscreve no CRM desta localidade.*

Faz então os seguintes questionamentos:

1 – Essa atividade de médico legista do estado o isenta de se inscrever no CRM local?

2 – Se ele não está isento de se inscrever no CRM local, essa atividade que exerceu durante os dois anos pode ser considerada como exercício ilegal da Medicina?

3 – Seguindo o mesmo raciocínio, pode-se dizer que se houve exercício ilegal da Medicina **TODOS OS LAUDOS FIRMADOS POR ESTE PERITO SÃO NULOS?**

4 – *No caso, porém, de não ser necessário se inscrever no CRM local, como e por que tal profissional estaria isento dessa inscrição, se estava exercendo regularmente a função de médico, mesmo que na condição de perito oficial do estado? A simples inscrição em outro estado da Federação o isentaria de se inscrever ao CRM do local onde trabalhava regularmente?*

## PARECER

Preliminarmente, reafirmamos que a perícia médico-legal é um ato médico, sendo, portanto, atribuição exclusiva do médico.

Com relação à inscrição obrigatória do médico no respectivo CRM, a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, que dispõe sobre os Conselhos de Medicina, refere nos artigos 17 e 18:

Art. 17 – Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer dos seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas do Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

Art. 18 – Aos profissionais registrados de acordo com esta lei será entregue uma carteira profissional que os habilitará ao exercício da medicina em todo o País.

§ 1º - .....

§ 2º - ..... Se o médico inscrito no Conselho Regional de um Estado passar a exercer, de modo permanente, atividade em outra região, assim se entendendo o exercício da profissão por mais de 90 (noventa) dias, na nova jurisdição, ficará obrigado a requerer inscrição secundária no quadro respectivo, ou para ele se transferir, sujeito, em ambos os casos, à jurisdição do Conselho local pelos atos praticados em qualquer jurisdição.

O Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, aprovou o Regulamento do Conselho Federal e Regionais de Medicina a que se refere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, que em seu art., 1º cita:

Art. 1º - Os médicos legalmente habilitados ao exercício da profissão em virtude dos diplomas que lhes forem conferidos pelas Faculdades de Medicina oficiais ou reconhecidas do país só poderão desempenhá-lo efetivamente depois de inscreverem-se nos Conselhos Regionais de Medicina que jurisdicionarem a área de sua atividade profissional.

Parágrafo único – A obrigatoriedade da inscrição a que se refere o presente artigo abrange todos os profissionais militantes, sem distinção de cargos ou funções públicas.

É matéria pacífica que a Medicina Legal é uma especialidade médica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, tendo o médico legista no exercício de suas funções os mesmos direitos, deveres e obrigações de qualquer outro médico.

A legislação vigente mostra de forma cristalina que para exercer legalmente a Medicina o médico é obrigado a inscrever-se no CRM sob cuja jurisdição se situe o local de sua atividade. No caso de mudança de estado, passando a exercer sua atividade em outra jurisdição, terá o prazo máximo de noventa dias para requerer a inscrição secundária, ou para ele se transferir.

A realização de atos médicos por profissional médico sem o devido registro no Conselho Regional de Medicina que jurisdiciona a área na qual exerce sua atividade configura-se como exercício ilegal da Medicina, ainda que registrado em outro Conselho de Medicina.

O exercício da função pericial do médico legista tem como requisito inicial estar o mesmo habilitado legalmente para a prática da Medicina.

O perito médico legista, além de estar subordinado aos princípios éticos que regem a Medicina, está preso a todo um ordenamento jurídico preordenado no Direito positivo.

A atividade pericial está dividida em duas partes: uma de caráter legal, exigindo o cumprimento de certas formalidades, e outra de caráter técnico, como nível superior e a realização do exame por dois peritos.

A apreciação do laudo, por sua vez, está normatizada em várias leis, entre as quais destacamos os artigos 157 e 182 do Código de Processo Penal – CPP, que, respectivamente, citam: “o juiz formará sua convicção pela livre apreciação da prova”;

“o juiz não ficará adstrito ao laudo, podendo aceitá-lo ou rejeitá-lo, no todo ou em parte”.

Respondendo aos questionamentos:

1) O médico legista está obrigado, como qualquer outro médico, detentor de especialidade ou não, a inscrever-se no Conselho Regional de Medicina que jurisdiciona a área na qual exerce sua atividade regularmente;

2) De acordo com os artigos 17 e 18 da Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, combinados com o artigo 1º do regulamento do Conselho Federal e Conselhos Regionais, aprovado pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, configura-se exercício ilegal da Medicina quando se ultrapassa o prazo limite de 90 (noventa) dias para inscrição secundária ou transferência para o novo Conselho;

3) A apreciação de nulidade do laudo deverá ser realizada pelo juiz competente;

4) A inscrição em outro estado da Federação não isenta o médico, legista ou não, da obrigatoriedade de sua inscrição no Conselho Regional da área onde trabalha regularmente.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 16 de maio de 2001.

Dardeg de Souza Aleixo  
Cons. Relator

Parecer CFM n.º 4/2002  
Processo-Consulta CFM N.º 8935/2000  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 9/01/2002

**Palavras-chave:** médico legista, inscrição médica no CRM, responsabilidade profissional, desconhecimento de lei

**Key words:** forensic medical, official council medical inscription, professional responsibility, law ignorance

# SEGURANÇAS DOS EQUIPAMENTOS E A RESPONSABILIDADE DO DIRETOR TÉCNICO OU CLÍNICO

## EMENTA

Deve o diretor técnico dos hospitais cuidar da segurança dos equipamentos e meios postos a serviço dos doentes internados na instituição ou servidos por ela.

## APRESENTAÇÃO

O sr. E.C.M., que se apresenta como chefe de manutenção do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, consulta o CFM, por e-mail, "sobre a periodicidade a que se refere o item 2 e da Resolução n.º 1.355/92 que se refere à Usina Concentradora de Oxigênio".

Quer o consulente saber "qual a periodicidade em que deve ser efetuado o controle da composição dos gases (análise qualitativa e quantitativa) que permita absoluta segurança do sistema, sob a responsabilidade do diretor técnico".

## PARECER

A Resolução CFM n.º 1.355/92 foi elaborada após estudos efetuados pela comissão de representantes da Sociedade Brasileira de Anestesiologia e do Conselho Federal de Medicina, sendo publicada no D.O.U. em 11.9.92.

O referido documento apresenta duas características importantes:

- 1 – tempestividade;
- 2 – extensão

No que diz respeito ao primeiro requisito, a oportunidade temporal do documento foi de imensa eficácia. Mal haviam surgido as Usinas Concentradoras de Oxigênio e a Sociedade Brasileira de Anestesiologia/Conselho Federal de Medicina já se preocupavam com os cuidados acautelatórios necessários para a segurança de seu uso, sem, contudo, pretender dificultar sua implantação em nosso país, que, por sua grandeza territorial e diversidade dos meios e recursos de que dispõem as suas unidades hospitalares, delas muito poderia beneficiar-se.

A consequência desse cuidado ficou inteiramente contida na estrutura do documento.

Se os itens e alíneas da resolução forem todos considerados, teremos um roteiro seguro para operar com as chamadas Usinas Concentradoras de Oxigênio. Todos os requisitos importantes estão inscritos no texto do documento, o que possibilita ao médico, com base neles, exigir dos fabricantes, instaladores e encarregados da manutenção as providências devidas para o alvo-segurança desejado.

No tocante à quantificação temporal da periodicidade – motivo da consulta – não há definição que sirva à curiosidade do consulente. Quem responde pela qualidade e termo de garantia de um produto é o fabricante e fornecedor. Quem

vigia a integridade operacional das máquinas são os que se encarregam de sua manutenção. Assim, cabe a esses verificar, quando avisados ou por iniciativa própria, as condições de funcionamento de todos os aparelhos sob sua responsabilidade, independente de tempos preestabelecidos.

No que diz respeito ao item 2 e da citada resolução – como, de resto, de todos os recursos postos por um hospital para uso de doentes – a responsabilidade ético-disciplinar recai, como se sabe, sobre o diretor técnico. Quanto à responsabilidade civil decorrente de danos pela guarda do aparelho, isto foge à competência dos Conselhos de Medicina, não cabendo aos mesmos reduzir ou agravar resultados indesejáveis que possam surgir no uso de qualquer instrumento defeituoso colocado a serviço do médico.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 15 de janeiro de 2001.

Oliveiros Guanais de Aguiar  
Cons. Relator

Parecer CFM n.º 3/2002  
Processo-Consulta CFM N.º 7676/2000  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 9/01/2002

**Palavras-chave:** segurança de equipamentos, responsabilidade do diretor técnico, usina concentradora de oxigênio, normas de segurança

**Key words:** equipment security, medical staff director responsibility, oxygen concentration mill, oxygen security pattern

# **CONCESSÃO DE CARTEIRA DE MOTORISTA AOS PORTADORES DE ENFERMIDADES COM NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO PERICIAL**

## **EMENTA**

Todo candidato à Carteira Nacional de Habilitação, portador de patologia de possível controle, poderá ser considerado apto com as devidas restrições que cada caso requer.

## **DA CONSULTA**

O deputado federal V. C. encaminha, através de ofício, ao Conselho Federal de Medicina um projeto de lei de sua autoria que acrescenta um parágrafo ao artigo 147 da Lei n.º 9.503/97 – Código de Trânsito Brasileiro -, solicitando que este colendo Conselho emita parecer a respeito.

## **DO PARECER**

Segundo o sr. deputado, suas justificativas para a alteração do artigo da lei visam flexibilizar a concessão da carteira de motorista aos portadores de patologias com necessidade de avaliação pericial, valorizando o cidadão, respeitando suas deficiências e sugerindo medidas que visem sua integração.

Anexo ao ofício n.º 146 da Câmara dos Deputados, enviado ao CFM, há um requerimento contendo indicação ao Poder Executivo cujo teor assemelha-se ao anteprojeto, do qual transcrevo: *“Requer o envio de indicação ao Poder Executivo, relativa à inclusão de normas específicas para a obtenção e renovação da habilitação por pessoas portadoras de patologias neurológicas”*.

Em sua explanação, o deputado aborda a tese de que em outros países os motoristas que sofrem de epilepsia, por exemplo, estão sendo liberados para a condução de veículos, com restrições cada vez menos abrangentes. Observa, ainda, que as estatísticas nesses países demonstram que os motoristas portadores de epilepsia têm chances de se envolver em acidentes de trânsito iguais às de outros condutores pertencentes a grupos de controle, chegando a ser inferiores às verificadas junto aos consumidores de álcool.

Prossegue afirmando que os procedimentos a serem adotados para a aprovação do candidato à habilitação, portador de patologia médica, deverão, no mínimo, obedecer a critérios médicos e determinações específicas.

A legislação que normatiza o trânsito brasileiro estabelece em seu artigo 147, inciso I, o exame de aptidão física e mental. Este artigo é constituído de cinco incisos e quatro parágrafos que dispõem sobre os diversos critérios da avaliação médica. Apenas o parágrafo 4º trata de deficiência física, mental ou de progressividade de doença, mas apenas nos aspectos pertinentes ao tempo de renovação do exame médico.

O que o deputado propõe é o acréscimo do parágrafo 5º, conforme o texto a seguir:

*“O candidato à Carteira Nacional de Habilitação, portador de patologia médica, a qual, a critério do médico examinador, poderá implicar em incapacidade transitória ou permanente para a condução de veículos automotores, deverá ser submetido a exame especializado na forma das determinações do Contran, fundamentadas nas considerações técnicas de entidades médicas pertinentes”.*

Para o deputado, algumas patologias ainda hoje objeto de preconceito, como a epilepsia, poderão ser examinadas sob uma ótica médica mais moderna e, conforme o caso, não serem de todo incompatíveis com a condução de um veículo. O importante é que cada caso seja avaliado sob a lente médica adequada.

A Resolução Contran n.º 51, alterada pela Resolução Contran n.º 80, dispõe sobre os exames de aptidão física e mental estabelecidos no artigo 147 do Código de Trânsito Brasileiro, ou seja, normaliza esses exames.

A Câmara de Saúde do Conselho Nacional de Trânsito, considerando a integração a ser propiciada pelo Mercosul, passou, a partir de 1999, a estabelecer um calendário de debates com as mais diversas especialidades médicas, através de suas sociedades, para estudar os critérios de avaliação médica do condutor brasileiro e, ao mesmo tempo, estabelecer, uma proposta brasileira para o Mercosul, através do SGT-5.

Após sucessivas reuniões de estudos, a Câmara Técnica aprovou a minuta da próxima resolução que regulamentará os critérios de avaliação do condutor de veículos no Brasil. Nessa nova versão, todo candidato portador de patologia de possível controle poderá ser considerado apto desde que atendidas as devidas restrições que cada caso requer.

Portanto, a nova resolução do Contran contempla os anseios do nobre deputado V. C., tendo o mesmo sido atendido em seu pleito, talvez não sendo necessário acrescentar o parágrafo ao artigo da Lei n.º 9.503/97.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 16 de maio de 2001.

Ricardo Fróes Camarão  
Cons. Relator

Parecer CFM n.º 07/2002  
Processo-Consulta CFM n.º 902/2001  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 9/1/2002

**Palavras-chave:** carteira nacional de habilitação, contran, facilitação à portadores de deficiências, motorista epilético

**Key words:** national driver licence, handicapped people privilege, epileptic driver



# INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL E O TEMPO DE SOBREVIVÊNCIA DO ESPERMATOZÓIDE

## EMENTA

Não há na literatura médica qualquer referência a respeito de viabilidade procriativa de espermatozóides diluídos no leite.

## HISTÓRICO

O dr. C.F.G. encaminha ofício, datado de 3 de dezembro de 2001, ao presidente do Conselho Federal de Medicina nos seguintes termos:

“Senhor Presidente,

Objetivando instruir os autos do Inquérito Policial n.º 065/2001 DCOIE/CGCP/DPF e considerando o teor da reportagem publicada pelo jornal *Correio Braziliense*, datada de 24/11/01 (anexa), solicito informar se tem amparo científico o espermatozóide sobreviver mais tempo se conservado em leite? Se positivada a resposta, tecnicamente é possível fazer a inseminação artificial com uso de aplicadores vaginais ou seringas?”.

Designado pelo sr. Presidente do Conselho Federal de Medicina a emitir parecer, sinto-me obrigado a fazer algumas considerações:

Segundo o *Dicionário Houaiss*, inseminação artificial seria a introdução do esperma nas vias genitais femininas, sem copulação. Na esfera médica, conceitua-se inseminação artificial como a deposição de gametas masculinos no trato reprodutor feminino como um todo (Lopes *et al.*, 1997), ou seja, vagina, colo, cavidade uterina, trompas, peritônio e folículo.

Em princípio, segundo a Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva, são indicações para inseminação artificial com sêmen de doador:

- a) O parceiro é estéril em virtude de azoospermia irreversível, independente da causa;
- b) O parceiro está estéril em consequência de vasectomia não passível de correção cirúrgica;
- c) O parceiro apresenta oligozoospermia grave ou tem anormalidades no fluido seminal que podem estar associadas com fator masculino de infertilidade. Pode haver indicação adicional quando for difícil determinar a evidência de potenciais defeitos dos espermatozóides;
- d) O parceiro tem conhecido distúrbio hereditário ou genético que confere alto risco de transmissão à prole (hemofilia, doença de Huntington e outras);
- e) O parceiro tem disfunção ejaculatória psicológica ou outras;
- f) A esposa é Rh negativa gravemente imunizada para o fator Rh, sendo o esposo Rh positivo.

São indicações para inseminação artificial com o sêmen do parceiro: observação de fator cervical hostil; casos de infertilidade sem causa aparente; casos de endometriose; casos de fator masculino.

(Obs. Dados retirados do livro *Reprodução humana II*)

Berg *et al.* (1997), utilizando um protocolo de estímulo ovariano com citrato de clomifeno, observaram índices de gravidez abaixo de 1% por ciclo quando o número de espermatozoides depositados foi menor que 800.000; e de 7,7% nos casos em que o depósito era superior a 800 mil espermatozoides. Os resultados positivos para gravidez tornavam-se ascendentes à medida que crescia o número de espermatozoides depositados, chegando a 10,2% quando de 5 milhões (Berg, U, Brucker, C, Berg FD. Effect of motile sperm count after swin-up on outcome of intrauterine insemination *Ferti Steri* 1991; 55:252).

Todos estes resultados dizem respeito à inseminação intra-uterina. Deve-se salientar que as modernas técnicas de inseminação artificial são sempre feitas com estimulação ovariana e inseminação intra-uterina. No HRAS, segundo informação prestada pelo chefe do Serviço de Reprodução Humana, dr. Joaquim Roberto Costa Lopes, a estimulação ovariana permite o sucesso em 23% dos casos – número igual ao encontrado na literatura médica internacional. Atualmente, ressalte-se, as técnicas intravaginal e intracervical estão em desuso.

Como se vê, os dados da literatura médica referentes à inseminação artificial são decorrentes de necessidades médicas para correção da infertilidade. A pergunta que nos foi endereçada não parece estar relacionada ao tratamento médico da esterilidade conjugal por inseminação artificial. Ainda assim, podemos fazer algumas colocações.

O sêmen é alcalino. Seu Ph é de 6,4 a 8,0. O Ph vaginal varia de 3,8 a 4,2. O Ph do muco cervical é de 6,4 a 8,0 (WHO laboratory manual for examination of human semen and sperm-cervical mucus interation, 4<sup>th</sup> edition, 1999, p. 56).

O espermatozoide vive em meio alcalino; o meio ácido, como na vagina, lhe é hostil. Por esse motivo, ascende ao colo e útero, à procura de um meio alcalino que lhe é propício – fenômeno chamado de espermomigração.

Não encontramos registros acerca da sobrevivência do espermatozoide no líquido seminal fora da vagina, porém a publicação WHO laboratory manual for examination of human semen and sperm-cervical mucus interation, 4<sup>th</sup> edition, 1999, p. 5, recomenda que a avaliação seminal deva ser feita até uma hora após a coleta, para que não haja comprometimento da qualidade seminal. No muco cervical a sobrevivência pode chegar a cerca de 80 horas. Em meio de cultivo, 50% dos espermatozoides podem permanecer vivos até 72 horas após o preparo.

Interessante colocar alguns extraídos de Croxato HB, Gamete transport (in: *Reproductive endocrinology, surgery and technology*. Adashi *et al.*, 1996): a) os espermatozoides são encontrados no muco cervical 90 segundos após o coito; b) a quantidade de espermatozoides encontrada no muco no período de 30 minutos após o coito permanece estável pelas próximas 24 horas; c) os espermatozoides são capazes de fertilizar um óvulo após estarem mantidos em um muco adequado por até 80 horas.

Na análise do sêmen, segundo padrões recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), devemos observar: o volume do ejaculado é constituído por secreções prostato-vesiculares (90%) e secreções oriundas dos epidídimos e testículos (10%), considerando-se mínima admitida como normal é de 20.000.000/ml.

A motilidade espermática é classificada da seguinte forma:

Padrão a: motilidade progressiva, rápida e direcional;

Padrão b: motilidade progressiva, lenta ou não-direcional;

Padrão c: motilidade não-progressiva;

Padrão d: imóvel.

Em uma amostra de sêmen normal devem ser encontrados pelo menos 50% de espermatozóides móveis (a+b), metade com progressão rápida e direcional (a).

Em relação à morfologia, segundo os padrões da OMS, as formas normais devem representar mais de 30% do total de espermatozóides observados. Recentemente, foram descritos padrões mais rigorosos na análise da morfologia espermática, a chamada morfologia estrita, que apresenta uma boa correlação entre a capacidade de fertilização *in vitro* destes espermatozóides e sua morfologia. O percentual de formas normais deve ser superior a 14%.

Outros dados, como o percentual de formas vivas, o número de leucócitos presentes e o grau de aglutinação completam as informações do espermograma. Concomitantemente, solicita-se a cultura seminal e antibiograma, se necessário.

Resumindo, os principais parâmetros a serem observados para caracterizar a normalidade do sêmen são:

Volume: 1,5 a 6 ml;

Ph: 7 a 8;

Concentração: > 2.0.000.000/ml;

Motilidade: > 50% (a+b) > 25% (a);

Morfologia: > 30% normais;

Vitalidade: > 50%;

Leucócito: < 1.000.000/ml;

Aglutinação: < 10%.

(Obs. Dados extraídos de Reprodução humana II, p. 14).

Na fertilização natural, isto é, através do coito, bem como na inseminação artificial intravaginal, o sêmen é depositado na vagina, onde o meio é ácido (Ph 3,8 a 4,2), portanto hostil aos espermatozóides. Estes ascendem de imediato ao colo (90 segundos), procurando um meio alcalino que lhe é propício.

Considerando que a inseminação artificial com sêmen colocado no ducto vaginal é muito pouco eficiente;

Considerando ser possível que a diluição do sêmen em meio alcalino dificulte a espermomigração, já que esta é provocada pelo meio ácido vaginal;

Considerando que o sêmen está diluído e não se sabe qual a real quantidade de espermatozóides existentes por ml;

Considerando não haver indicação de qual volume da preparação láctea-seminal foi colocada na vagina;

Considerando que, ainda que vivos e móveis, não há referências sobre a viabilidade procriativa dos espermatozóides quando misturados ao leite;

Considerando não haver qualquer informação na literatura médica sobre a fertilidade de espermatozóides diluídos em leite;

Entendo que a proposição colocada quanto a uma fertilização nas condições apresentadas é improvável.

Respondendo à segunda pergunta, informo que a introdução do sêmen no canal vaginal mediante a utilização de seringas é um método de inseminação artificial atualmente não mais utilizado em virtude de sua baixa eficácia, tornando improvável a obtenção de gestação através do mesmo.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 10 de dezembro de 2001.

Pedro Pablo Magalhães Chacel  
Cons. Relator

Parecer CFM nº 49/2001  
Processo-Consulta CFM nº 7.920/2001  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 12/12/01

**Palavras-chave:** espermatozóide, tempo de sobrevivência do espermatozóide, inseminação artificial, semen

**Key words:** survival spermatozoid, artificial insemination, semen survival time

## PRONTUÁRIO MÉDICO E O SIGILO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONSIDERANDO o parecer CFM n.º 22/2000;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária de 15.9.00,

### RESOLVE:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 9º - Ficam revogadas as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM n.º 999/80.

Brasília-DF, 15 de setembro de 2.000.

Edson de Oliveira Andrade  
Presidente

Rubens dos Santos Silva  
Secretário-Geral

Resolução CFM n.º 1.605/2000  
Publicado em D.O.U. de 29/09/2000

**Palavras-chave:** prontuário médico, sigilo médico, crime e sigilo, consentimento por informado, solicitação judicial do prontuário, autodefesa médica e prontuário

**Key words:** medical record, medical sigil, crime and confidentially, patient consent, judicial solicitation, medical record, execution doubt

# PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIO DE EMPRESA DE SEGURO

## EMENTA

Preencher formulários de empresas de seguro não atende ao mandamento do art. 112 do CEM.

## HISTÓRICO

Em 26 de março de 2001, o dr. J.P.T.C., diretor clínico do Hospital Santo Amaro, mantido pela entidade beneficente denominada Sociedade Santamariense de Beneficência de Guarujá, dirigiu-se ao CFM com as seguintes indagações:

1. A Resolução CFM n.º 1.076/81 está em vigor?
2. Existe outra resolução publicada que a revogue?
3. O art. 112 do CEM refere-se também a preenchimento de formulários para seguradoras de saúde?
4. Os Conselhos Regionais de Medicina têm autonomia para se pronunciar contra uma resolução do Conselho Federal de Medicina?

Em 29 de março do mesmo ano, o dr. R.S.S. respondeu ao interessado nos seguintes termos:

1. A Resolução CFM n.º 1.076/81 encontra-se em vigor.
2. O disposto no art., 112 do CEM é específico para o atendimento médico prestado a paciente, impondo ao médico o fornecimento de atestado referente ao ato médico que praticou por solicitação do paciente ou de seu representante legal.
3. Não nos consta resolução de CRM expressando entendimento contrário a resoluções deste CFM.

Em 24 de abril do ano fluente, a senhora presidente do CREMESP oficia ao CFM informando que a matéria abordada neste processo-consulta refere-se à sindicância instaurada naquele Conselho em desfavor do médico M.A.S.P., que estava sendo acusado de cobrar honorários para preencher um formulário de empresa seguradora em caso que interessava a paciente por ele atendido (amputação de membro inferior).

O processo foi encaminhado ao conselheiro R.N.T., tendo sido proposta nova resolução para disciplinar o assunto.

Em 16 de maio de 2001, o douto jurista prof. Dr. A.C.M., atendendo consulta do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, emitiu parecer concluindo que a

Resolução CFM n.º 1.076/81 teria sido revogada pela Resolução CFM n.º 1.246/88, que institui o Código de Ética Médica em vigor. Também concluiu que a expedição de atestado médico ou preenchimento de formulários de companhias de seguro, a pedido do paciente, não enseja cobrança de honorários médicos, sob pena de se violar o artigo 112 do CEM.

Em 22 de maio de 2001, o plenário do CREMESP aprova parecer com conteúdo idêntico ao emitido pelo ilustre jurista acima citado.

Em 11 de julho do ano corrente, o processo foi encaminhado a este relator para opinar sobre a matéria nele cuidada, após ter sido previamente discutido em reunião plenária do CFM, na qual ficou decidido que o tema deveria ser objeto de um parecer específico antes de originar uma resolução genérica sobre o assunto.

Primariamente, a questão gira em torno da obediência devida pelos médicos ao artigo 112 do CEM e se seu conteúdo engloba a obrigação do preenchimento de formulários de companhias de seguro ou outras empresas com as quais o doente se relacione e mobilize seus interesses.

A transcrição do artigo, a seguir, visa verificar a possibilidade de o mesmo conter tal entendimento.

Art. 112. É vedado ao médico:

Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Parágrafo único – O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração dos honorários.

Este dispositivo deontológico fixa a obrigação do médico escrever um breve relato de um procedimento profissional que tenha executado, nele comunicando informações que interessem ao tratamento do paciente. Tais como um atestado para justificar falta ao trabalho ou outra obrigação, a recomendação de uma licença, um encaminhamento a outro médico, a justificação da abertura de um processo de interdição ou de anulação de um negócio, o recebimento de um benefício. O atestado médico não deve ser confundido com um laudo pericial – que ele pode motivar, se for o caso, e que deve ser sempre considerado como trabalho de um perito. O atestado médico interessa primariamente ao paciente, enquanto o laudo de uma perícia é um procedimento profissional que interessa primariamente à entidade interessada em um esclarecimento técnico para poder julgar. No caso em tela, trata-se de uma organização concessora de algum benefício, seja dispensa, licença, indenização ou qualquer outro.

O preenchimento do formulário de uma empresa de seguro, que é destinado a informar a empresa sobre sua regularidade, especificidade e correspondência com a legislação e o contrato pactuado é um procedimento que não deve ser confundido com o atestado (ou relatório) de que trata o artigo 112 do CEM, ainda que este possa conter as mesmas informações solicitadas no formulário.

O preenchimento do formulário de empresa seguradora implica em dispêndio de tempo do profissional e implica responsabilidade particular.



Ademais, salvo melhor juízo do plenário do CFM, a Resolução CFM n.º 1.246/88, que validou o Código de Ética Médica hoje vigente, não revogou a supracitada Resolução CFM n.º 1.076/81 que permite a cobrança de pareceres técnicos, tal qual se faz com pareceres e laudos judiciais ou administrativos. Qual dos seus dispositivos o teria feito? O seu artigo 112? Não me parece. De modo algum. Vejamo-lo outra vez:

**Art. 112. É vedado ao médico:**

Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Parágrafo único – O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração dos honorários.

Preencher um formulário de uma empresa de seguro não é o mesmo que fornecer um atestado ou breve relatório descrevendo procedimento médico realizado ou tratando de suas implicações para o paciente.

Se for conveniente e, sobretudo, se corresponder ao interesse do paciente, o médico pode elaborar o atestado médico de tal modo que informe a quem quer que o leia sua opinião técnica sobre os quesitos efetivamente importantes para que uma empresa seguradora pague o que deve ao paciente ou a seus sucessores.

Mas não pode e nem deve ser constrangido, ainda mais pelo CFM, a usar o papel timbrado de uma entidade comercial com quem não tem qualquer vinculação profissional ou empregatícia – com a qual, até por compustura, pode não desejar ver ligada sua imagem.

Ademais, além do já mencionado artigo 112, quando se tratar da matéria aqui examinada talvez devam ser também considerados os seguintes dispositivos deontológicos que regulam a conduta do médico: artigos 102, 105, 106, 117 e 120 do CEM.

**Artigo 102 –**

**É vedado ao médico:**

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

**Artigo 105 –**

**É vedado ao médico:**

Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

**Artigo 106 –**

**É vedado ao médico:**

Prestar a empresas seguradoras qualquer informação sobre as circunstâncias da morte de paciente seu, além daquelas contidas no próprio atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável legal ou sucessor.

Artigo 117 –

É vedado ao médico:

Elaborar ou divulgar boletim médico que revele o diagnóstico, prognóstico ou terapêutica, sem a expressa autorização do paciente ou de seu responsável legal.

Artigo 120 –

É vedado ao médico:

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

## RESPOSTAS

1. A Resolução CFM n.º 1.076/81 encontra-se em vigor.

2. O disposto no artigo 112 do CEM é específico para o atendimento médico prestado a paciente, impondo ao médico o fornecimento de atestado referente ao ato médico que praticou e por solicitação do paciente ou de seu representante legal.

3. Não existe resolução CFM expressando entendimento contrário a resoluções deste CFM, porque, caso existisse, não teria poder de contrariar norma hierarquicamente superior.

Para melhor entendimento dessa questão particular, acrescente-se que o médico pode e deve incluir em seu atestado (ou relatório de procedimento) as informações que auxiliem o paciente ou os seus sucessores a receberem aquilo a que têm direito. E isso não deve implicar em majoramento de sua remuneração, nos exatos termos do artigo 112 do CEM. Contudo, se tiver que preencher formulário de empresa seguradora, tem o direito de cobrar por esse serviço.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 21 de setembro de 2001.

Luiz Salvador de Mirandasa Junior  
Cons. Relator

Parecer CFM n.º 10/2002  
Processo-Consulta CFM N.º 1955/2001  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 9/01/2002

**Palavras-chave:** atestado médico, formulário de empresa seguradora, honorários médicos, consentimento pos informado

**Key words:** medical certificate, insurance company report, medical fees, patient consent

*Colega*

*Não presenteie com  
Álcool ou Tabaco.*

*Seja criativo.*

*Você também é  
Responsável.*

## **PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTO GENÉRICO É COMPROMISSO ÉTICO**

### **EMENTA**

É compromisso ético do médico colaborar com as autoridades gestoras do SUS, usando lista de genéricos disponibilizada em seu ambiente de trabalho, sem contudo abrir mão de sua autonomia profissional no sentido do melhor atendimento ao paciente.

A Câmara Municipal de Juiz de Fora - MG consulta sobre projeto de lei que tramita naquela Casa, versando sobre a obrigatoriedade do uso de nome genérico de medicamentos nas receitas médicas oriundas do SUS, por conta de possível contrariedade do referido projeto de lei com a Resolução CFM nº 1.246/88, questão essa levantada pela Sociedade Médico-Cirúrgico de Juiz de Fora.

O Projeto de Lei nº 181 prevê a elaboração e implantação de lista de medicamentos genéricos e, pontualmente, no artigo 3º prescreve:

*“A desobediência ao artigo 2º desta lei implicará na aplicação de sanções disciplinares ao subscritor da receita, conforme previsto no Estatuto do Servidor Municipal - Lei nº 8.710/95”.*

### **MÉRITO**

Solicitei parecer da Assessoria Jurídica do CFM por ver citada a Lei nº 8.710/95, que refere-se ao Estatuto do Servidor Municipal de Juiz de Fora - MG, assim tendo concluído a douda assessoria:

*“Em análise ao projeto de lei suso referido, não vislumbramos qualquer contradição com o Código de Ética Médica. Não existe no CEM proibição do médico usar em sua receita o nome do medicamento genérico.*

Apesar de nossa convicção de que o uso do medicamento genérico representa enorme avanço principalmente no acesso aos pacientes de menor poder aquisitivo e aos que necessitam de uso contínuo de alguns medicamentos, temos que aqui deixar nossa estranheza quanto a maneira impositiva e até ameaçadora usada pelo legislador para aplicar a lei. Em reconhecimento à função social do exercício da Medicina, esta deveria ser atitude espontânea do profissional no sentido de facilitar o melhor atendimento ao paciente.

A leitura do artigo 2º do projeto de lei reforça nossa conclusão:

*“A partir da implantação da lista de genéricos, todas as receitas médicas oriundas do SUS, obrigatoriamente deverão conter o nome genérico dos medicamentos”.*

Assim, entendo não haver conflito entre o contido no CEM e a posição da lei municipal em destaque, notadamente porque o legislador não tolhe a liberdade do médico em também prescrever, se assim for necessário, o nome comercial de medicamento e, principalmente, ao se prever a criação de condições para que o médico possa exercer sua atividade em plenitude profissional.

No entanto, não é demais, na oportunidade, lembrar o legislador que cabe ao médico decidir qual a melhor terapêutica a ser empregada em cada caso. Assim, a indicação

Este é o parecer., SMJ

Brasília, 16 de maio de 2001.

Antônio Gonçalves Pinheiro  
Cons. Relator

Parecer CFM nº 05/2002.

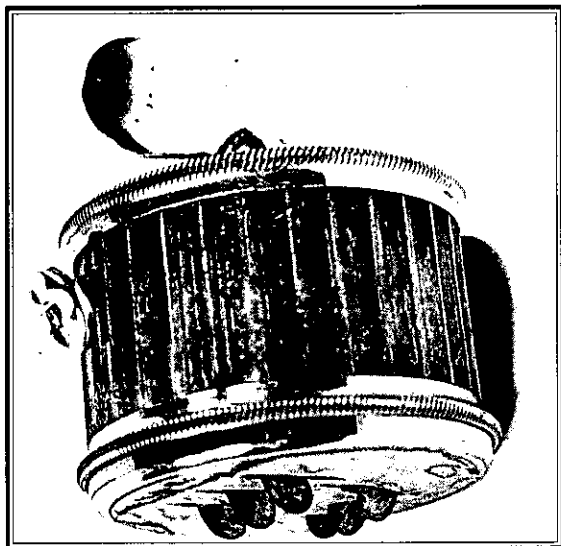
Processo-Consulta CFM nº 10.805/2000.

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 09/01/2002.

**Palavras-chave:** medicamento genérico, colaboração social, prescrição de medicamento

**Key words:** generic medicament, social collaboration, medicament prescription



## Escarificador ou Sarjadeira

Instrumento médico-cirúrgico que consta de uma pequena caixa metálica redonda ou quadrangular sobressaindo na face inferior uma série variável (2 a 20) de fendas longitudinais, pelas quais saem um número equivalente de lancetas bastante afiadas cada vez que se comprime um botão com mola existente na face oposta ou lateral. Um pino borboleta na face superior quando girado produz o recolhimento das lancetas.

Escarificar ou sarjar é o ato de produzir incisão superficial, na pele especialmente.

O escarificador era utilizado para produzir escarificações múltiplas destinadas principalmente à cortes para descongestionar ou desinflamar qualquer região corporal do paciente, que podia por um excesso de uso levar inclusive a acentuada perda de sangue. Era usado no lupus (escarificador de Vidal), na pneumonia, no paciente congestivo e em muitas outras condições de casos com difícil resolução. A dor no momento de aplicação não era intensa, segundo os autores, por dispor de lancetas finas, pequenas, afiadas e produzidas por um corte brusco. As vezes as escarificações podiam ser seguidas do uso de ventosas (úmidas). O escarificador foi bastante utilizado nos séculos XVIII ao início do século XIX. A peça mostrada tem o tamanho aproximada de uma bola de tênis de mesa.

**Palavras-chave:** escarificador, sarjadeira

**Key words:** scarificator

\* 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)

- Cons. Carlos Ehlike Braga Filho (Presidente)  
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. Kemel 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

**Mandato de 29/05/2001 a 29/05/2002)**

- Cons. Roberto Bastos da Serra Freire (Presidente)  
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

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

## 7- CORREGEDORIA DO CRMPR

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

## DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA

- Dr. José Luis de Oliveira Camargo (Presidente)  
Dr. José Eduardo de Siqueira (Vice-Presidente)  
Dr. Edgard Luiz Westphalen (1º Secretário)  
Dr. Ludovico Pieni Neto (2º 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. Marcelo Agudo Carvalho de Mendonça (Suplente)  
Dr. Wanderley Zanotto Lopes dos Santos (Suplente)

## DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

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

## DELEGACIA SECCIONAL DE APUCARANA

- Dr. José Marcos Lavrador (Presidente)  
Dr. Carlos Alberto Gebrim Preto (Secretário)  
Dr. Guilherme Augusto Storer (Colaborador)  
Dr. Evaldo Américo Galharo Sanches (Licenciado)  
Dr. Altimar José Carletto (Suplente)  
Dr. Adail Rother Junior (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE CAMPO MOURÃO

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

## DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

- Dr. Keitho de Jesus Fontes (Presidente)  
Dr. Sérgio Luiz Cochinski (Secretário) Licenciado em 06/07/01  
Dr. Moacir João Borguetti (Colaborador)  
Dr. Nelson Ossamu Osaku  
Dr. José Fernando Carvalho Martins (Suplente)  
Dr. Milton Elias de Oliveira (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE FOZ DO IGUAÇU

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

## DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

- Dr<sup>a</sup>. Vera Lúcia Dias (Presidente)  
Dr. Osmário Edson de Andrade Góes (Licenciado)  
Dr<sup>a</sup>. Alicar Darwich (Colaboradora)  
Dr. Humberto Pellegrini Maia (Suplente)  
Dr. Frederico Eduardo W. Virmont (Suplente)  
Dr<sup>a</sup>. Iara Rodrigues Vieira (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

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

## DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

- Dr. Achilles Buss Junior (licenciado em 05/07/99)  
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Presidente)  
Dr<sup>a</sup>. Marli Cybulski (Secretária)  
Dr. Délcio Caran Bertucci Filho (Licenciado)  
Dr. Gilberto Luiz Ortolan (Suplente)  
Dr<sup>a</sup>. Margaret Zych (Licenciada em 26/08/99)

## DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

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