

ARQUIVOS
do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

CORREIOS

IMPRESSO ESPECIAL

3600137001 - DR/PR

CRM PR

20 ANOS

IMPRESSO

v. 20 - n. 78 abr./jun. - 2003

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

**DIRETORIA
(2001-2003)**

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

MEMBROS EFETIVOS

Carlos Ehke Braga Filho
Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Daebes Galati Vieira
Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Gerson Zafalon Martins
Hélcio Bertolozzi Soares
José Luis de Oliveira Camargo
Kemel Jorge Chammas
Luiz Sallim Emed
Marcos Flávio Gomes Montenegro
Mariângela Batista Galvão Simão
Marília Cristina Milano Campos
Mauri José Piazza
Monica de Biese Wright Kastrup
Raquele Rotta Burkiewicz
Roberto Bastos da Serra Freire
Rubens Kliemann
Sérgio Maciel Molteni
Waldir Rúpollo
Zacarias Alves de Souza Filho

MEMBROS SUPLENTE

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. 20 | n. 78 | p. 61-120 | Abr./Jun. | 2003 |
|---------------------------|----------|-------|-------|-----------|-----------|------|

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 Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre
80810-340 Curitiba - Paraná - Brasil

e-mail Geral : crmpr@crmpr.org.br
Secretaria/Diretoria: secdir@crmpr.org.br
Assessoria Jurídica: aj@crmpr.org.br
Cofep: cofep@crmpr.org.br
Biblioteca: biblioteca@crmpr.org.br
Home-Page www.crmpr.org.br

Postal Caixa Postal 2208
Telefone 0 xx 41 240-4000
Fax 0 xx 41 240-4001

TIRAGEM

15.700 exemplares

CAPA

Criação: José Oliva, Eduardo Martins e Cesar Marchesini Fotografia: Bia

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO

SERZGRAF
Rua Bartolomeu L. Gusmão, 339 - Vila Hauer. Fone/Fax: (0xx41) 3026-9460
CEP 81610-060 - Curitiba - Paraná
e-mail: comercial@serzgraf.com.br

EDIÇÃO

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

REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

O material publicado assinado nos "Arquivos", só poderá ser reproduzido ou transcrito, em parte ou no todo, com a permissão escrita da revista e autor e citação da fonte original.

RESPONSABILIDADE

Os conceitos expressos nos artigos publicados e assinados, são de responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente o pensamento do Conselho Regional de Medicina do Paraná. Os "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", são encaminhados gratuitamente à todos os Médicos registrados no Conselho Regional de Medicina do Paraná, às bibliotecas dos Cursos de Medicina e dos Cursos de Direito do Brasil, ao Conselho Federal de Medicina, aos Conselhos Regionais de Medicina, aos Conselhos Regionais da Área de Saúde do Paraná e outros solicitantes.

NORMAS PARA OS AUTORES

A revista reserva-se o direito de aceitar ou recusar a publicação e de analisar e sugerir modificações no artigo

TEXTO - os originais devem ser encaminhados ao editor, digitados em software Microsoft Word 97 for Window, em uma via, com página contendo 30 linhas em duplo espaço, em papel tipo A4 (212 x 297 mm) com margens de 30 mm e numeração das páginas no canto inferior direito da página direita e a esquerda na página esquerda. Os pareceres, leis, resoluções, monografias, transcrições, terão as palavras-chaves e key words inseridas no final do texto, que evidentemente não seguirão as normas para artigos técnicos ou científicos habituais. Esses devem conter inicialmente uma apresentação seguindo-se um resumo e abstract, palavras-chave e key words, texto, tabelas, ilustrações e referências bibliográficas, adotando as seguintes normas:

Título - sintético e preciso, em português.

Autor(es) - nome(s) e sobrenome(s)

Procedência - O nome da instituição deve ser registrado no rodapé da primeira página, seguindo-se o título ou grau e a posição ou cargo de cada autor e, embaixo, o endereço para correspondência sobre o artigo.

Resumo e Abstract - Um máximo de 100 palavras permitindo o entendimento do conteúdo do artigo, externando o motivo do estudo, material e método, resultado, conclusão. O resumo e o abstract devem ter o título do trabalho em português e inglês, acima do texto.

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

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

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

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

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

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

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

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

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

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

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

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

ÍNDICE REMISSIVO

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page www.crmpr.org.br Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em biblioteca@crmpr.org.br ou por telefone 0xx41 240-4000.

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. 20, n.78, 2003

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

RESOLUÇÕES

| | |
|---|----|
| Médico Estrangeiro e a Residência Médica no Brasil | |
| CFM | 61 |
| Preenchimento da Declaração de Óbito | |
| CFM | 63 |
| Proibido o Registro de Empresas de "Cartões de Descontos" no CRM | |
| CFM | 66 |
| Demonstração Cirúrgica ao Vivo | |
| CFM | 68 |
| Atendimento ao Paciente Psiquiátrico | |
| CFMi | 70 |
| Atestado Médico: Normatização | |
| CFM | 74 |
| Regulamento Para as Comissões de Ética Médica | |
| CFM | 77 |
| Normas Para Estabelecimento de Assistência Médica e a Relação Com Estudantes de Medicina a Procedentes de Universidades Estrangeiras | |
| CFM | 84 |
| Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial | |
| CFM | 86 |

PARECERES

| | |
|---|-----|
| Cirurgia Buco-Maxilo-Facial | |
| Antônio Gonçalves Pinheiro | 88 |
| Proibido o Registro de Empresas de "Cartões de Descontos" no CRM | |
| Antônio Gonçalves Pinheiro | 91 |
| Terapeuta Holístico e de Medicina Alternativa | |
| Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior | 94 |
| Administração Venosa de Drogas | |
| Oliveiros Guanais de Aguiar | 96 |
| Publicidade e Consulta Médica Pela Internet | |
| Ricardo José Baptista | 99 |
| Divulgação de Procedimentos (Eletrocardiografia, Ultrassonografia, Etc.) em Publicidade Médica | |
| Antônio Gonçalves Pinheiro | 101 |
| Auxiliar em Imobilização Ortopédica | |
| Antônio Gonçalves Pinheiro | 104 |
| Serviço de Fisioterapia e Academia de Ginástica Funcionando em um Mesmo Local | |
| Eliane de Souza | 107 |
| Realização de Testes de Função Pulmonar Por Fisioterapeutas e Médicos Não-Especialistas na Área de Pneumologia | |
| Gerson Zafalon Martins | 109 |
| Assistência Farmacêutica em Atendimento de Urgência/Emergência | |
| Ricardo Fróes Camarão | 111 |
| Demonstração Cirúrgica ao Vivo | |
| Ricardo José Baptista | 114 |
| Atestado Para Abono de Falta no Trabalho | |
| Ricardo Fróes Camarão | 117 |

NOTA

| | |
|---|-----|
| Circular CFM nº 170/2002-SEC | 119 |
|---|-----|

HISTÓRIA DA MEDICINA

| | |
|----------------------------|-----|
| Maleta Médica | |
| Ehrenfried O. Wittig | 120 |

MÉDICO ESTRANGEIRO E A RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL

CFM*

Palavras-chave: médico estrangeiro, residência médica, limite de atuação

FOREIGN DOCTOR AND MEDICAL INTERNSHIP IN BRAZIL

Key words: foreign medical doctors, medical internship, limits

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 na Resolução CFM n.º 806, de 29 de julho de 1977;

CONSIDERANDO o disposto nos artigos 98 e 99 da Lei n.º 6.815, de 19 de agosto de 1980, que restringe ao estrangeiro com visto temporário o exercício de atividade remunerada, bem como a inscrição em Conselhos de fiscalização profissional;

CONSIDERANDO o disposto no parágrafo único do artigo 99 daquele diploma legal, que prevê a inscrição temporária em entidade fiscalizadora do exercício de profissão regulamentada dos estrangeiros que venham ao país tão-somente na condição prevista no inciso V do artigo 13 da mesma lei;

CONSIDERANDO o disposto no item f do parágrafo 1º do artigo 2º do regulamento a que se refere a Lei n.º 3.268/57, aprovado pelo Decreto n.º 44.045/58, que exige a prova de revalidação do diploma quando o médico tiver sido formado por faculdade estrangeira;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM/SJ n.º 16/1997, da Assessoria Jurídica deste Conselho Federal de Medicina, aprovado em 12 de junho de 1997, que analisa a revalidação e reconhecimento de diplomas, certificados, títulos e graus expedidos do exterior à luz da legislação brasileira vigente;

CONSIDERANDO o que determina a Resolução CFM n.º 1.586, de 10 de novembro de 1999, que exige o comprovante de proficiência na língua portuguesa, expedido pela universidade que revalidou o diploma estrangeiro;

CONSIDERANDO a definição legal da Residência em Medicina, constituindo modalidade de ensino de pós-graduação caracterizada por treinamento em serviço, conforme o artigo 1º da Lei n.º 6.932, de 7 de julho de 1981;

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO que este treinamento em serviço, que caracteriza a Residência Médica, implica no exercício de prática profissional (atos médicos), além de ocupar de 80% a 90% da carga horária total do curso, consoante o parágrafo 2º do artigo 5º da Lei n.º 6.932/81;

CONSIDERANDO o teor da Nota Técnica AJ n.º 238/2001, aprovado na Reunião de Diretoria de 11 de outubro de 2001, que analisa as condições para a realização de residência médica do estrangeiro com visto temporário no país, o qual tenha cursado Medicina em instituição de Ensino Pátrio reconhecida pelo Ministério da Educação ou esteja realizando residência com possibilidade de pós-opção ou continuidade do terceiro ano optativo;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 23 de novembro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º - O artigo 7º da Resolução CFM n.º 1.615/2001 passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 7º - O médico estrangeiro, detentor de visto temporário de qualquer modalidade, poderá cursar Residência Médica no Brasil tão-somente se concluir o curso de Medicina em instituição brasileira de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação ou já esteja realizando residência médica no Brasil com possibilidade de pós-opção ou continuidade em terceiro ano optativo.

Parágrafo único – Os pedidos de inscrição para realização de residência na segunda situação acima referida serão concedidos somente até o ano de 2002, quando não será mais aceita realização de residência médica com médico estrangeiro detentor de visto temporário, de qualquer modalidade.”

Art. 2º - Fica derogado o artigo 7º da Resolução CFM n.º 1.615/2001 e demais disposições em contrário.

Art. 3º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 23 de novembro de 2001

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior
1º Secretário

Resolução CFM N.º 1630/2001
Publicado em D.O.U. em 24/01/2002

PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

CFM*

Palavras-chave: declaração, óbito, assistência médica, atestado, ato médico

FILLING OUT DECLARATION OF DEATH

Key words: declaration of death, medical act, death certificate, death

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 que consta nos artigos do Código de Ética Médica:

Art. 14 - O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

É vedado ao Médico:

Art. 39 - Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 44 - Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação vigente.

Art. 110 - Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda a verdade.

Art. 112 - Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Art. 114 - Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 115 - Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

CONSIDERANDO que declaração de óbito é parte integrante da assistência médica;

CONSIDERANDO a declaração de óbito como fonte imprescindível de dados epidemiológicos;

CONSIDERANDO que morte natural tem como causa a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que levou diretamente à morte;

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO que morte não-natural é aquela que sobrevem em decorrência de causas externas violentas;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a responsabilidade médica no fornecimento da declaração de óbito;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Reunião Plenária realizada em 9 de agosto de 2.000,

RESOLVE:

Art. 1º - O preenchimento dos dados constantes na declaração de óbito são da responsabilidade do médico que a atestou.

Art. 2º - Os médicos no preenchimento da declaração de óbito obedecerão as seguintes normas:

1) Morte Natural:

I) Morte sem assistência médica:

a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos - S.V.O.

- A declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do S.V.O.

b) Nas localidades sem S.V.O.

- A declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento, e na sua ausência qualquer médico da localidade.

II) Morte com assistência médica:

a) A declaração de óbito deverá ser fornecida sempre que possível pelo médico que vinha prestando assistência.

b) A declaração de óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecido pelo médico assistente e na sua falta por médico substituto pertencente à instituição.

c) A declaração de óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial, deverá ser fornecido por médico designado pela instituição que prestava assistência ou pelo S.V.O.

2) Morte Fetal:

- Em caso de morte fetal os médicos que prestaram assistência a mãe ficam obrigados a fornecer a declaração de óbito do feto, quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.

3) Mortes violentas ou não naturais:

- A declaração de óbito deverá obrigatoriamente ser fornecida pelos serviços médico-legais.

Parágrafo único: Na localidade onde existir apenas 01 (um) médico, este é o responsável pelo fornecimento da declaração de óbito.

Art. 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM n.º 1.290/89.

Brasília-DF, 9 de agosto de 2.000.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

Resolução CFM N.º 1601/2000
Publicado em D.O.U. de 08/08/2000

Saúde no Mundo

OMS alerta para os dez maiores riscos

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou, em 30 de outubro, a lista dos dez maiores riscos para a saúde da população em todo o mundo.

Esses riscos, juntos, são responsáveis por 40% das 56 milhões de mortes mundiais que ocorrem anualmente.

Confira abaixo os dez itens divulgados e ajude evitando:

Hipertensão: responsável por 7,1 milhões de mortes/ano ou 13% da mortalidade global;

Fumo: responsável por 4,9 milhões de mortes em 2000, com significativo aumento em relação a 1990, quando provocou 3,9 milhões de mortes. A OMS prevê que cerca de 8,4 milhões de pessoas morrerão desse mal até 2020, caso não sejam adotadas políticas de combate radicais por parte dos governos;

Colesterol: associado diretamente a 7,9% da mortalidade global ou 4,4 milhões de mortes;

Subalimentação: causa que contribuiu para pelo menos metade das mortes infantis nos países pobres, responsável por 3,4 milhões de óbitos totais em 2000, 1,8 milhão somente na África;

Sexo sem proteção: somente em 2000 foi responsável pela morte de 2,9 milhões de pessoas, sobretudo por causa da Aids, que é a quarta maior causa de mortes no mundo;

Alcool: afeta principalmente a Europa e a América e mata 1,8 milhão de pessoas por ano;

Má qualidade da água: provoca 1,7 milhão de mortes por ano, principalmente por diarreia;

Fumaça de combustíveis sólidos: provoca 35,7% das infecções respiratórias, 22% das doenças pulmonares crônicas e 1,5% dos cânceres de pulmão e traquéia;

Carência de ferro: responsável pela morte de 800 mil pessoas por ano. Dois bilhões de pessoas têm esta deficiência;

Obesidade: mais de meio milhão de pessoas morrem, por ano, só na América do Norte e na Europa Ocidental, por conta de problemas associados à obesidade.

PROIBIDO O REGISTRO DE EMPRESAS DE "CARTÕES DE DESCONTOS" NO CRM

CFM*

EMENTA: Dispõe sobre descontos em honorários médicos através de cartões de descontos.

Palavras-chave: cartão de desconto, honorários, comércio

REGISTRATION OF DISCOUNT CARDS PROHIBITION

Key words: discount cards, professional fee, commerce, prohibition, registration

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 que compete ao CFM estabelecer interpretações frente a questões que envolvam o relacionamento do médico com entidades intermediadoras do seu trabalho;

CONSIDERANDO o artigo 3º do Código de Ética Médica: "A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa";

CONSIDERANDO o artigo 9º do Código de Ética Médica: "A Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio";

CONSIDERANDO o artigo 80 do Código de Ética Médica: "É vedado ao médico praticar concorrência desleal com outro médico";

CONSIDERANDO o artigo 10 do Código de Ética Médica: "O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa";

CONSIDERANDO o artigo 92 do Código de Ética Médica: "É vedado ao médico explorar o trabalho médico como proprietário, sócio ou dirigente de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos, bem como auferir lucro sobre o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe";

CONSIDERANDO que os chamados Cartões de Descontos são simples intermediadores, sem qualquer compromisso solidário de qualidade ou responsabilidade civil, expondo o médico a uma série de riscos legais;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária de 6 de novembro de 2002,

* Conselho Federal de Medicina

RESOLVE:

Art. 1º Considerar antiética a participação de médicos como proprietários, sócios, dirigentes ou consultores dos chamados Cartões de Descontos.

Art. 2º Fica proibida a inscrição destes Cartões de Descontos no cadastro de pessoas jurídicas dos Conselhos Regionais de Medicina.

Art. 3º É considerada infração ética a comprovada associação ou referenciamento de médicos a qualquer empresa que faça publicidade de descontos sobre honorários médicos.

Art. 4º Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 5º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 6 de novembro de 2002.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário Geral

Resolução CFM N.º 1649/2002
Publicado no D.O.U. de 02/12/02

NICARÁGUA

Aborto de menina de nove anos causa polêmica

Autoridades da Nicarágua informaram que os pais e médicos de uma menina de nove anos que fez um aborto há duas semanas não serão processados criminalmente. A garota ficou grávida ao ser estuprada e fez o aborto em uma clínica particular. A ministra da Saúde do país, Lucia Salvo, considerou criminosa a intervenção cirúrgica. Mas a procuradora geral da Nicarágua, Maria del Carmen Solorzano, declarou que o aborto não infringiu nenhuma lei, uma vez que foi realizado para salvar a vida da menina. A lei do país permite o aborto quando há risco para a mãe ou quando o feto apresenta sérias deformidades.

Transcrito da Gazeta do Povo
05/03/2003

DEMONSTRAÇÃO CIRÚRGICA AO VIVO

CFM*

EMENTA: Normatiza as Demonstrações Cirúrgicas ao Vivo e os preceitos éticos e responsabilidades dos procedimentos.

Palavras-chave: cirurgia, demonstração, responsabilidades, equipe cirúrgica, cuidados éticos

ALIVE SURGICAL DEMONSTRATION

Key words: surgical demonstration, responsibilities, surgical team, authorization, resolution, ethics, surgery

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 que é prática usual a execução de cirurgias por médicos convidados para demonstrações com finalidade educativa e informativa fora da jurisdição do Conselho Regional de Medicina onde estão inscritos;

CONSIDERANDO que compete aos Conselhos Regionais de Medicina a autorização para o exercício profissional dos médicos em todo o território nacional;

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de informar e esclarecer ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, obtendo dele o consentimento prévio para o tratamento e que o cirurgião que realizará o procedimento, convidado para o evento, é de notório saber e reconhecimento científico para efetuar-lo;

CONSIDERANDO que cabe aos diretores técnicos das instituições garantir as melhores condições para o exercício da atividade médica;

CONSIDERANDO o disposto nos artigos 2º, 4º, 5º, 21, 29, 31, 32, 45, 69 e 131 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO o disposto nos Pareceres CFM n.ºs 3.553/96 e 6.932/98;

CONSIDERANDO o disposto nas Resoluções CFM n.ºs 1.393/93, 1.490/98 e 1.494/98;

CONSIDERANDO o disposto na Lei n.º 3.268/57, em seus artigos 17 e 18, incisos 1, 2 e 3;

CONSIDERANDO, ainda, o decidido na Sessão Plenária de 6 de novembro de 2002,

* Conselho Federal de Medicina

RESOLVE:

Art. 1º Demonstrações cirúrgicas efetuadas por médicos inscritos em Conselho Regional de Medicina que não o do local onde se realizem os eventos deverão ser comunicadas previamente, por escrito, ao CRM local, com dados sobre a(s) cirurgia(s), tais como: local e objetivo do evento, número de participantes, modo de execução (ao vivo ou circuito fechado) e, ainda, documento do cirurgião convidado, para a autorização (carimbo) do CRM.

Art. 2º Os diretores técnicos e a Comissão de Ética constituída dos estabelecimentos onde serão realizadas as demonstrações cirúrgicas devem dar sua anuência, por escrito, para os eventos, garantindo assim a existência das condições para os atos cirúrgicos propostos e assistência pós-operatória.

Art. 3º A equipe responsável pela demonstração cirúrgica devem ter um cirurgião residente na cidade em que se realizará o procedimento, também explicitado no documento entregue e protocolizado junto ao CRM, destacando um responsável principal, que será solidário na indicação, preparo pré-operatório e cuidados pós-operatório, bem como pelo tratamento de eventuais complicações após o cirurgião convidado se retirar da cidade.

Parágrafo 1º - Ao médico responsável residente na cidade e acima citado, cabe protocolizar no Conselho Regional de Medicina os documentos citados nesta resolução.

Parágrafo 2º - Não há prejuízo em relação a apurações sobre a atuação do cirurgião convidado, quando necessárias, garantindo o direito de defesa e o contraditório.

Art. 4º Os pacientes que serão submetidos aos atos cirúrgicos de demonstrações devem ser informados que participam deste tipo de evento e que na ausência do cirurgião convidado terão a assistência garantida na figura do cirurgião responsável residente na cidade, e devem dar por escrito suas autorizações e ciência desses fatos.

Art. 5º As documentações acima citadas devem ter cópias anexas aos prontuários dos respectivos pacientes.

Art. 6º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 6 de novembro de 2002.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário Geral

Resolução CFM N.º 1653/2002
Publicada no D.O.U. de 02/12/2002

ATENDIMENTO AO PACIENTE PSIQUIÁTRICO

CFM*

EMENTA - Normatiza a assistência ao paciente psiquiátrico. Estabelece que o diagnóstico é um ato médico e a responsabilidade dos diretores e médicos que prestam assistências.

Palavras-chave: psiquiatria, assistência psiquiátrica, responsabilidades, tratamento, internação, ato médico

ASSISTANCE TO PSYCHIATRIC PATIENT

Key words: psychiatric patients, psychiatric assistance, responsibilities, treatment, hospitalization

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 a revisão crítica por que passam os modelos de assistência psiquiátrica, materializada no estabelecimento de normas internacionais, inclusive os "Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental", da Organização das Nações Unidas, de 17/12/91;

CONSIDERANDO a necessidade da existência de normas brasileiras para a assistência psiquiátrica consonantes com os padrões internacionais e que contemplem a realidade assistencial nacional, em suas diversas regiões;

CONSIDERANDO que a assistência psiquiátrica deve ser proporcionada garantindo-se aos pacientes os meios adequados às suas necessidades de saúde, sejam hospitalares, ambulatoriais, comunitárias ou outros (de acordo com as necessidades de cada enfermo, em cada momento de sua trajetória vital);

CONSIDERANDO as experiências nacionais e internacionais da assistência psiquiátrica na última década;

CONSIDERANDO que qualquer médico tem o direito de exercer seu trabalho com dignidade e o dever de assegurar assistência digna aos seus pacientes quando esses fatores não existirem este fato deve ser denunciado às autoridades sanitárias e ao Conselho Regional de Medicina;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 9.8.2000,

* Conselho Federal de Medicina

RESOLVE:

Art. 1º - É dever do médico assegurar a cada paciente psiquiátrico seu direito de usufruir dos melhores meios diagnósticos cientificamente reconhecidos e dos recursos profiláticos, terapêuticos e de reabilitação mais adequados para sua situação clínica.

Art. 2º - É de responsabilidade do diretor técnico, do diretor clínico e dos médicos que prestem assistência a pacientes psiquiátricos garantir que esses sejam tratados com respeito e dignidade.

Art. 3º - Diretores técnicos e diretores clínicos são também responsáveis pela harmonia e integração da equipe multiprofissional envolvida na assistência aos enfermos psiquiátricos.

Parágrafo único - A participação em uma equipe multiprofissional não justifica a delegação de procedimentos específicos de cada profissão, nem isenta a responsabilidade profissional de cada agente diante dos organismos de fiscalização.

Art. 4º - O diagnóstico de doença psiquiátrica é um procedimento médico que deve ser realizado de acordo com os padrões médicos aceitos internacionalmente, e não com base no status econômico, político, social ou orientação sexual, na pertinência a um grupo cultural, racial ou religioso, ou em qualquer outra razão não diretamente significativa para o estado de saúde mental da pessoa examinada.

Art. 5º - Os médicos que atuam em estabelecimentos de assistência psiquiátrica são responsáveis pela indicação, aplicação e continuidade dos programas terapêuticos e reabilitadores em seu âmbito de competência. É de competência exclusiva dos médicos a realização de diagnósticos médicos, indicação de conduta terapêutica, as admissões e altas dos pacientes sob sua responsabilidade.

Art. 6º - Nenhum tratamento deve ser administrado a paciente psiquiátrico sem o seu consentimento esclarecido, salvo quando as condições clínicas não permitirem a obtenção desse consentimento, e em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a outras pessoas.

Parágrafo único - Na impossibilidade de obter-se o consentimento esclarecido do paciente, e ressalvadas as condições previstas no caput deste artigo, deve-se buscar o consentimento de um responsável legal.

Art. 7º - Médicos assistentes e plantonistas, bem como outros médicos envolvidos nos processos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação de doentes psiquiátricos, devem contribuir para assegurar a cada paciente hospitalizado seu direito de acesso à informação, comunicação, expressão, locomoção e convívio social.

Parágrafo único - O tratamento e os cuidados a cada pessoa enferma serão baseados em um plano discutido e prescrito individualmente, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por profissional habilitado.

Art. 8º - Os médicos investidos de funções políticas ou administrativas de chefia, coordenação ou planejamento da assistência ou de fiscalização do ato médico são também responsáveis por tratamentos desumanos, ou sem base científica, aplicados aos pacientes psiquiátricos nos serviços situados em sua área de competência, por decorrência de sua ação ou omissão.

Art. 9º - Nenhum estabelecimento de saúde pode recusar o atendimento sob a alegação de que o paciente seja portador de transtorno mental, desde que este apresente um agravo somático e necessite de assistência médica.

Parágrafo primeiro - Os médicos têm o dever de denunciar qualquer membro de sua equipe de trabalho que se revele incapaz de desempenhar com perícia, prudência e diligência sua atividade profissional, principalmente se essa for realizada em paciente sob sua responsabilidade técnica.

Parágrafo segundo - Quando questionado em sua conduta profissional por superior, colega ou agente de outra profissão que componha a equipe, o médico tem o direito e o dever de registrar a razão da controvérsia e pedir a opinião da Comissão de Ética Médica e, em grau de recurso, o Conselho Regional de Medicina.

Art. 10 - Qualquer tratamento administrado a um paciente deve ser justificado pela observação clínica e registrado no prontuário médico.

Art. 11 - Um paciente em tratamento em estabelecimento psiquiátrico só deve ser submetido à contenção física por prescrição médica, devendo ser diretamente acompanhado, por um auxiliar do corpo de enfermagem durante todo o tempo que estiver contido.

Art. 12 - Pesquisas, ensaios clínicos e tratamentos experimentais com qualquer risco não podem ser realizados em nenhum paciente psiquiátrico sem o seu prévio consentimento esclarecido e em obediência ao que preceituam as normas do Conselho Nacional de Saúde para investigação em seres humanos.

Art. 13 - O médico assistente deve gozar da mais ampla liberdade durante todo o processo terapêutico, estando, no entanto, sujeito aos mecanismos de revisão, supervisão e auditoria previstos no Código de Ética Médica e na legislação vigente.

Art. 14 - Os pacientes psiquiátricos têm direito de acesso às informações a si concernentes, inclusive as do prontuário, desde que tal fato não cause dano a si próprio ou a outrem.

Art. 15 - A internação de um paciente em um estabelecimento de assistência psiquiátrica pode ser de quatro modalidades: voluntária, involuntária, compulsória por motivo clínico e por ordem judicial, após processo regular.

Parágrafo primeiro - A internação voluntária é feita de acordo com a vontade expressa do paciente em consentimento esclarecido firmado pelo mesmo.

Parágrafo segundo - A internação involuntária é realizada à margem da vontade do paciente, quando este não tem condições de consentir mas não se opõe ao procedimento.

Parágrafo terceiro - A internação compulsória por motivo clínico ocorre contrariando a vontade expressa do paciente, que recusa a medida terapêutica por qualquer razão.

Parágrafo quarto - A internação compulsória por decisão judicial resulta da decisão de um magistrado.

Parágrafo quinto - No curso da internação, o paciente pode ter alteração na modalidade pela qual foi admitido originariamente.

Art. 16 - Nas internações involuntárias, o médico que realiza o procedimento faz constar do prontuário as razões da internação, bem como os motivos da ausência de consentimento do paciente - neste caso, deve buscar o consentimento de um responsável legal.

Art. 17 - Nas internações compulsórias por motivo clínico, o médico que realiza o procedimento admissório deve fazer constar do prontuário médico uma justificativa detalhada para o procedimento, e comunicar o fato ao diretor clínico, que submeterá o caso à Comissão de Revisão de Internações Compulsórias.

Art. 18 - Um estabelecimento médico só pode realizar internações psiquiátricas compulsórias se contar com uma Comissão de Revisão de Internações Compulsórias.

Parágrafo primeiro – A Comissão de Revisão de Internações Compulsórias constitui-se pelo diretor clínico ou técnico, como coordenador, e mais dois médicos pertencentes ou não ao corpo clínico, regularmente inscritos no CRM.

Parágrafo segundo – Compete à Comissão de Revisão de Internações Compulsórias avaliar todos os casos de internação compulsória e decidir sobre a pertinência do procedimento em parecer, que deve constar do prontuário médico do paciente.

Parágrafo terceiro – O membro da Comissão de Revisão de Internações Compulsórias não poderá participar da avaliação quando ele for responsável pela internação ou pela assistência do paciente internado compulsoriamente.

Parágrafo quarto – Se a decisão for contrária à do médico que indicou a internação, este pode recorrer à Comissão de Ética do estabelecimento, que dará a decisão final e se responsabilizará pela mesma.

Parágrafo quinto - Todo este processo deverá durar, no máximo, sete dias úteis.

Art. 19 - São considerados estabelecimentos médico-psiquiátricos todos aqueles que se destinam a executar procedimentos diagnósticos psiquiátricos ou assistirem a enfermos psiquiátricos, e que requeiram o trabalho de um ou mais psiquiatras para desempenhar sua atividade-fim, inclusive as unidades psiquiátricas em hospitais gerais.

Parágrafo único - Tais estabelecimentos só podem previamente funcionar se inscritos no Conselho Regional de Medicina, em cuja jurisdição estejam situados.

Art. 20 - Os Conselhos Regionais de Medicina não registrarão os estabelecimentos de saúde que mantenham atendimentos psiquiátricos e não atendam às normas éticas enunciadas nesta Resolução.

Art. 21 - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília-DF, 9 de agosto de 2000

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário Geral

Resolução CFM N.º 1598/2000
Publicado em D.O.U. de 18/08/2000

ATESTADO MÉDICO: NORMATIZAÇÃO

CFM*

EMENTA - Normatiza a emissão de Atestados e dá outras providências.

Palavras-chave: atestado médico, normatização, ato médico, autorização, pedido do paciente

MEDICAL CERTIFICATE: STANDARDIZATION

Key words: medical certificate, standarization, medical act, patient's request, authorization, resolution

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 a necessidade de regulamentação de aspectos relacionados ao atestado médico;

CONSIDERANDO que o ser humano deve ser o principal alvo da atenção médica;

CONSIDERANDO o que preceitua a Lei n.º 605, de 5 de janeiro de 1949, no parágrafo 2º de seu artigo 6º, referindo-se à comprovação de doença;

CONSIDERANDO o que determina a Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990, acerca de licença - para tratamento de saúde, licença à gestante, licença-paternidade, licença por acidente em serviço e licença por motivo de doença em pessoa da família;

CONSIDERANDO o definido no Decreto n.º 3.048/99, alterado pelos Decretos n.ºs 3.112/99 e 3.265/99, que aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências;

CONSIDERANDO os artigos 38, 44, 45 e 142 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o artigo 8º do Código de Ética Médica determina que o médico não pode submeter-se a restrições ou imposições que possam prejudicar a eficácia e a correção de seu trabalho;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico atestar falsamente sanidade ou atestar sem o exame direto do paciente;

CONSIDERANDO que o profissional que faltar com a verdade nos atos médicos atestados, causando prejuízos às empresas, ao governo ou a terceiros, está sujeito às penas da lei;

CONSIDERANDO que as informações oriundas da relação médico-paciente pertencem ao paciente, sendo o médico apenas o seu fiel depositário;

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO que o ordenamento jurídico nacional prevê situações excludentes do segredo profissional;

CONSIDERANDO que somente os médicos e odontólogos têm a prerrogativa de diagnosticar enfermidades e emitir os correspondentes atestados;

CONSIDERANDO ser indispensável ao médico identificar o paciente ao qual assiste;

CONSIDERANDO as Resoluções CFM nºs 982/79, 1.484/97 e 1.548/99 e resoluções dos Conselhos Regionais de Medicina dos estados de Goiás, Amazonas, Alagoas, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Bahia e Distrito Federal;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 13.12.2002,

RESOLVE:

Art. 1º O atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, não podendo importar em qualquer majoração de honorários.

Art. 2º Ao fornecer o atestado, deverá o médico registrar em ficha própria e/ou prontuário médico os dados dos exames e tratamentos realizados, de maneira que possa atender às pesquisas de informações dos médicos peritos das empresas ou dos órgãos públicos da Previdência Social e da Justiça.

Art. 3º Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos:

- a. especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a completa recuperação do paciente;
- b. estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;
- c. registrar os dados de maneira legível;
- d. identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Art. 4º É obrigatória, aos médicos, a exigência de prova de identidade aos interessados na obtenção de atestados de qualquer natureza envolvendo assuntos de saúde ou doença.

§ 1º Em caso de menor ou interdito, a prova de identidade deverá ser exigida de seu responsável legal.

§ 2º Os principais dados da prova de identidade deverão obrigatoriamente constar dos referidos atestados.

Art. 5º Os médicos somente podem fornecer atestados com o diagnóstico codificado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único - No caso da solicitação de colocação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado.

Art. 6º Somente aos médicos e aos odontólogos, estes no estrito âmbito de sua profissão, é facultada a prerrogativa do fornecimento de atestado de afastamento do trabalho.

§ 1º Os médicos somente devem aceitar atestados para avaliação de afastamento de atividades quando emitidos por médicos habilitados e inscritos no Conselho Regional de Medicina, ou de odontólogos, nos termos do *caput* do artigo.

§ 2º O médico poderá valer-se, se julgar necessário, de opiniões de outros profissionais afetos à questão para exarar o seu atestado.

§ 3º O atestado médico goza da presunção de veracidade, devendo ser acatado por quem de direito, salvo se houver divergência de entendimento por médico da instituição ou perito.

§ 4º Em caso de indício de falsidade no atestado, detectado por médico em função pericial, este se obriga a representar ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

Art. 7º O determinado por esta resolução vale, no que couber, para o fornecimento de atestados de sanidade em suas diversas finalidades.

Art. 8º Revogam-se as Resoluções CFM n.ºs. 982/79, 1.484/97 e 1.548/99, e as demais disposições em contrário.

Art. 9º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação

Brasília, 13 de dezembro de 2002

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário Geral

Resolução CFM N.º 1658/2002
Publicada em D.O.U. de 20/12/2002

REGULAMENTO PARA AS COMISSÕES DE ÉTICA MÉDICA

CFM*

EMENTA - Normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde.

Palavras-chave: regulamento, comissão de ética, ética hospitalar, normas

REGULATION FOR MEDICAL ETHICS COMMITTEES

Key words: regulation, ethics committees, hospitala ethics, medical ethics, resolution, limit of action

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 a Lei n.º 3.268/57, referente à competência dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina de zelar e trabalhar por todos os meios aos seus alcances pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente;

CONSIDERANDO a necessidade de, entre outras finalidades, descentralizar os procedimentos relativos à apuração de possíveis infrações éticas;

CONSIDERANDO que os integrantes das Comissões de Ética Médica eleitos na forma estabelecida nesta resolução devem desempenhar suas funções em caráter honorífico e prestar serviços de relevância aos Conselhos Regionais de sua jurisdição;

CONSIDERANDO a necessidade de padronizar os critérios de criação, eleição, competência, funcionamento e organização das Comissões de Ética Médica em todo o território nacional;

CONSIDERANDO a Resolução CFM n.º 1.481/97, que estabelece diretrizes para os Regimentos Internos dos Corpos Clínicos;

CONSIDERANDO que os princípios aplicados aos médicos são também aplicáveis às organizações de assistência médica;

CONSIDERANDO as diversas resoluções sobre o tema editadas por todos os Conselhos Regionais;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 11 de dezembro de 2002,

RESOLVE:

Art. 1º Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas que se exercem a Medicina, ou sob cuja égide se exerça a Medicina em todo

* Conselho Federal de Medicina

o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu Corpo Clínico, conforme previsto nos seus Regimentos Internos, Comissões de Ética Médica nos termos desta resolução.

Parágrafo único Compete ao diretor clínico encaminhar ao Conselho Regional de sua jurisdição a ata da eleição da Comissão de Ética Médica.

Art. 2º Adotar o Regulamento das Comissões de Ética anexo, parte integrante da presente resolução.

Art. 3º Revoga-se a Resolução CFM n.º 1.215/85 e demais disposições em contrário.

Art. 4º a presente resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 11 de dezembro de 2002.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário Geral

Resolução CFM N.º 1657/2002
Publicada em D.O.U. de 20/12/2002

Anexo da Resolução CFM n.º 1.657/2002, de 11 de dezembro de 2002 REGULAMENTO DAS COMISSÕES DE ÉTICA

Capítulo I – Das definições

Art. 1º As Comissões de Ética Médica (CEM) constituem, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade das instituições médicas, estando a ele vinculadas. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

Art. 2º As Comissões de Ética são vinculadas ao Conselho Regional de Medicina e devem manter a sua autonomia em relação às instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento.

Parágrafo único Cabe ao diretor técnico prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética.

Capítulo II – Da composição, organização e estrutura

Art. 3º As Comissões de Ética serão compostas por 1 (um) presidente, 1 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Art. 4º As Comissões de Ética Médica serão instaladas nos termos do artigo 1º deste Regulamento, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

a. Nas instituições com até 15 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética;

b. Na instituição que possuir de 16 (dezesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;

c. Na instituição que possuir de 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 4 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes;

d. Na instituição que possuir de 300 (trezentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão deverá ser composta por 6 (seis) membros efetivos e igual número de suplentes;

e. Na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por 8 (oito) membros efetivos e 8 (oito) suplentes;

f. Nas diversas unidades médicas da mesma entidade mantenedora localizadas no mesmo município onde atuem, onde cada uma possua menos de 10 (dez) médicos, é permitida a constituição de Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se as disposições acima quanto à proporcionalidade.

Art. 5º Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único – Quando investidos nas funções acima após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

Art. 6º O mandato das Comissões de Ética será de 30 (trinta) meses.

Art. 7º Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá a convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficial tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

Parágrafo único Se o membro da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente.

Art. 8º Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 9º Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

Capítulo III – Da competência

Art. 10 Compete às Comissões de Ética:

a. Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício

da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitem os preceitos éticos e legais;

b. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;

c. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;

d. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;

e. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;

f. Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;

g. Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;

h. Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;

i. Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;

j. Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;

k. Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;

l. Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

m. Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

n. Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

o. Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;

p. Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;

q. Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Art. 11 Compete aos membros da Comissão de Ética:

a. Eleger o presidente e secretário;

b. Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;

c. Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica previstas nesta resolução;

d. Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder sindicâncias.

Art. 12 Compete ao presidente da Comissão de Ética:

- a. Representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina;
- b. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- c. Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- d. Solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
- e. Encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;
- f. Nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

Art. 13 Compete ao secretário da Comissão de Ética Médica:

- a. Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;
- b. Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;
- c. Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- d. Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica;
- e. Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

Capítulo IV – Das eleições

Art. 14 A escolha dos membros das CEMs será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do estabelecimento, conforme previsto no Regimento Interno do Corpo Clínico, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina, ressalvado o determinado no artigo 9º do presente Regulamento.

Art. 15 A convocação da eleição será feita pelo diretor clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 16 Os candidatos à CEM deverão se inscrever individualmente, junto ao diretor clínico do estabelecimento, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 17 Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados no estabelecimento em que ocorrerá a eleição, pelo diretor clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 18 O diretor clínico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único: Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos à Comissão de Ética.

Art. 19 A Comissão de Ética Médica será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

Parágrafo único – Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, influenciando na escolha dos membros efetivos ou suplentes, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no Conselho Regional de Medicina daquela jurisdição.

Art. 20 A apuração será realizada imediatamente após o encerramento da votação, pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Art. 21 O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação, e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Art. 22 Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas após as eleições, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 23 Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

Capítulo V – Do funcionamento

Art. 24 As Comissões de Ética deverão estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias, e reunir-se de forma extraordinária quando solicitadas.

Art. 25 Os atos da CEM relacionados com a fiscalização ou sindicâncias terão caráter sigiloso.

Art. 26 Todas as deliberações da Comissão de Ética dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o “voto de Minerva” em caso de empate.

Art. 27 As sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética obedecerão aos preceitos contidos nesta resolução.

Art. 28 A sindicância será instaurada mediante:

- a. Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- b. Denúncia, por escrito, do diretor clínico ou diretor técnico;
- c. Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
- d. Solicitação da Delegacia Regional, Seccional ou Representação;
- e. Determinação do Conselho Regional de Medicina.

Art. 29 Aberta a sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos, convocando-os, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes, no prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Art. 30 Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser apensados à sindicância quando for decidido enviá-la ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética Médica.

Art. 31 O presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 32 Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo único Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Art. 33 Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina, para a competente tramitação.

Art. 34 Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas “*ad referendum*” do Plenário do Conselho Regional de Medicina.

§ 1º Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

§ 2º Não havendo a conciliação de que trata o *caput* do artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 35 Se houver alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá afastar-se da Comissão enquanto durar a sindicância em questão.

Capítulo VI – Das disposições finais

Art. 36 As determinações deste Regulamento terão efeito a partir da publicação da presente resolução.

Parágrafo 1º As normas do presente Regulamento referentes às eleições e mandatos das Comissões de Ética Médica somente produzirão seus efeitos a partir das eleições, conforme parágrafo único do artigo 15.

Parágrafo 1º As CEMs já instaladas terão o prazo de 6 (seis) meses para se adequarem à presente regulamentação.

Art. 37 Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

Art. 38 Caberá ao Conselho Regional de Medicina divulgar a existência de Comissão de Ética dentro da instituição.

NORMAS PARA ESTABELECIMENTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E A RELAÇÃO COM ESTUDANTES DE MEDICINA PROCEDENTES DE UNIVERSIDADES ESTRANGEIRAS

CFM*

EMENTA – Estabelece normas de comportamento a serem adotadas pelos estabelecimentos de assistência médica, em relação a estudantes de Medicina oriundos de universidades estrangeiras.

Palavras-chave: assistência médica, estudante de medicina, estudante estrangeiro, curso no exterior, reavaliação de diploma

NORMS FOR THE ESTABLISHMENT OF MEDICAL ASSISTANCE AND THE RELATIONSHIP WITH MEDICAL STUDENTS COMING FROM FOREIGN UNIVERSITIES

Key words: medical students, foreign universities, norms, universities hospitals

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

CONSIDERANDO que cabe aos Conselhos de Medicina trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, e velar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente;

CONSIDERANDO o entendimento exarado no Parecer CFM nº 1.856/92, que estabelece responsabilidade aos diretores técnicos ou clínicos por problemas decorrentes de atuação de acadêmicos;

CONSIDERANDO as Resoluções CFM nºs. 1.615/2001 e 1.630/2001, que normatizam a presença do médico estrangeiro em território nacional;

CONSIDERANDO a Resolução nº 9/83, do Conselho Federal de Educação, que regulamenta o internato dos cursos de Medicina no Brasil, e a inexistência de legislação específica, no Brasil, para a regulamentação do internato de estudantes de Medicina de universidades estrangeiras;

CONSIDERANDO os riscos a que são submetidos os pacientes expostos a alunos de universidades estrangeiras, em estágios e internatos mantidos por convênios estabelecidos com entidades privadas, filantrópicas ou públicas;

CONSIDERANDO o disposto no item f do parágrafo 1º do artigo 2º do regulamento a que se refere à Lei nº 3.268/57, aprovado pelo Decreto nº 44.045/58, que exige a prova de revalidação do diploma quando o médico tiver sido formado por faculdade estrangeira;

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 16, aprovado em 12 de junho de 1997, que analisa a revalidação e reconhecimento de diplomas, certificados, títulos e graus expedidos no exterior à luz da legislação brasileira vigente;

CONSIDERANDO as resoluções baixadas pelos Conselhos Regionais de Medicina dos estados de Goiás e Mato Grosso, que tratam do mesmo assunto;

CONSIDERANDO que a isolada realização de estágio ou internato do curso de Medicina não evidencia reconhecimento para a total formação básica e geral do estudante de Medicina;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 6 de novembro de 2002,

RESOLVE:

Art. 1º - É vedado aos membros dos Corpos Clínicos dos estabelecimentos de assistência médica participar da execução, direta ou indireta, de convênios ou quaisquer outros termos obrigacionais, para a realização de estágios ou internatos, destinados a alunos oriundos de faculdades/cursos de Medicina de outros países, junto a instituições de saúde privadas, filantrópicas ou públicas.

Parágrafo único – Excetua-se do mandamento disposto no *caput* do artigo os membros dos Corpos Clínicos de hospitais universitários, quando da vigência de acordo oficial celebrado entre as universidades.

Art. 2º - A responsabilidade pela observância desta norma cabe solidariamente aos diretores clínico e técnico das instituições.

Art. 3º - A realização de estágio ou internato do curso de Medicina por alunos de faculdades de Medicina estrangeiras não dispensa a posterior convalidação do diploma por universidade pública, nos termos da lei.

Art. 4º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília-DF, 6 de novembro de 2002.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário Geral

Resolução CFM nº 1.649/2002
Publicado no D.O.U. de 02/12/02

CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL

CFM*

EMENTA – Altera o nome da área de atuação “cirurgia buco-maxilo-facial” para “cirurgia crânio-maxilo-facial”, e impõe aos médicos que nela atuam a obediência ao disposto na Resolução CFM nº 1.536/98.

Palavras-chave: cirurgia buco-maxilo-facial, resolução, mudança de denominação, modificação de nome, ato médico

CRANIOMAXILLOFACIAL SURGERY

Key words: buccomaxillofacial surgery, resolution, change of name, new name

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

CONSIDERANDO que a terminologia “cirurgia buco-maxilo-facial” está consagrada como atividade de odontólogos especialistas na área;

CONSIDERANDO que os médicos que atuam nesta área específica devem ter outra terminologia para definir a respectiva área de atuação;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.536/98 e todos os seus considerandos, fruto de acordo entre o Conselho Federal de Odontologia e o Conselho Federal de Medicina;

CONSIDERANDO a nomenclatura já adotada nas especialidades médicas que atuam nesta área;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina, de 14 de fevereiro de 2003,

RESOLVE:

Art. 1º - Modificar a denominação de área de atuação “cirurgia buco-maxilo-facial”, pertencente às especialidades de cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia plástica e otorrinolaringologia, para “cirurgia crânio-maxilo-facial”.

Art. 2º - Alterar os itens 8, 12 e 41 do Anexo II da Resolução CFM 1.634/02, de 11/4/2002, adotando a nomenclatura prevista no artigo 1º.

* Conselho Federal de Medicina

Art. 3º - Os médicos que atuam na área de cirurgia crânio-maxilo-facial obedecerão às normas contidas na Resolução CFM nº 1.536/98.

Art. 4º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 14 de fevereiro de 2003.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário Geral

Resolução CFM nº 1.659/2003
Publicado no D.O.U. de 07/03/003

Transplante negado

A Terceira Turma do STJ concluiu julgamento em que se discutia a obrigação de as empresas de seguro-saúde custearem transplantes de órgãos. Segundo o entendimento vencedor da Turma, não há – ainda que se deva, em princípio, dar interpretação favorável ao adquirente de plano de saúde – como se impor responsabilidade por cobertura que tenha sido excluída do contrato por cláusula expressa e de fácil verificação.

Transcrito do Jornal do Estado
12/05/2003

CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

Antônio Gonçalves Pinheiro*

EMENTA - A Resolução CFM n.º 1.536/98 define situações do exercício da cirurgia buco-maxilo-facial por médicos e/ou odontólogos. Frente ao risco de vida do paciente não pode haver delimitação de competência para o atendimento necessário.

Palavras-chave: odontologia, cirurgia facial, cirurgia odontológica, responsabilidade, ato odontológico, ato médico

BUCCOMAXILLARYFACIAL SURGERY

Key words: dentistry, buccomaxillaryfacial surgery, odontologic surgery, dentist, resolution

EXPOSIÇÃO

O Sr. presidente do CRM-AC, Dr. R. F. C., solicita posicionamento do CFM em virtude de questionamento sobre a Resolução CFM n.º 1.536/98, que trata do exercício da cirurgia buco-maxilo-facial, advindo de médicos do Pronto-Socorro de Rio Branco-AC.

Enumera quatro questões:

1- Como no caso do Acre, inexistindo médicos especialistas em cirurgias de cabeça e pescoço e sendo determinante a intervenção destes profissionais no atendimento ao paciente politraumatizado com dano manifesto em trauma que afetou área buco-maxilo-facial, pode o paciente ser encaminhado ao cirurgião-dentista especialista nesta área, para o ato cirúrgico?

2- Após este encaminhamento, o cirurgião dentista assume a responsabilidade pelo paciente?

3- Ou o médico plantonista (cirurgião geral), mesmo sem conhecimento técnico nesta área, tem obrigação de exercer a chefia da equipe cirúrgica?

4- Caso excluída a responsabilidade do médico e ocorrendo óbito nesta circunstância, aplica-se ao caso o disposto no artigo 5º da Resolução?

Anexa ata da reunião do CRM-AC com os anestesistas de Rio Branco, onde se decidiu:

- As cirurgias de urgência, obrigatoriamente, deverão ter um médico responsável pelo ato cirúrgico. No caso, em Rio Branco, o cirurgião de plantão.

* Conselheiro Relator Federal

- As cirurgias eletivas não necessitam de médico responsável dentro do centro cirúrgico.

Estas determinações motivaram manifestações oficiais dos cirurgiões gerais do Pronto-Socorro de Rio Branco, que de maneira unânime referem não ter conhecimento da área buco-maxilo-facial e não assumem a responsabilidade por ato praticado por odontólogo neste caso.

CONCLUSÃO

A Resolução CFM n.º 1.536/98, oriunda de reunião conjunta do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Federal de Odontologia, além da colaboração de sociedades médicas com atuação na área crânio-cervical, tem sido motivo de inúmeros questionamentos vindos a este plenário, mercê da reconhecida dificuldade de se estabelecer limites operacionais ou anatômicos.

Entendo que os questionamentos formulados pelo CRM-AC podem ser respondidos sem a necessidade de modificar interpretação já manifesta nesta Casa, senão vejamos:

1- O paciente que necessitar de atendimento de urgência por trauma na área crânio-cervical deverá ser atendido, inicialmente, pelo médico de plantão, que constatando somente lesões da área buco-maxilo-facial, afeta ao odontólogo (art. 4º da resolução), poderá transferi-lo ao mesmo. Neste caso, o odontólogo especializado deverá ater-se à sua área exclusiva (vedado o acesso pela via infra-hióidea). Deverá o médico (cirurgião geral, no caso) certificar-se de que o paciente não é portador de outras lesões decorrentes do acidente (trauma) que não sejam de competência do odontólogo (neurológicas, oftálmicas, cutâneas, otorrinolaringológicas, torácicas abdominais ou do aparelho locomotor). Também deve fazer o atendimento inicial normal a qualquer urgência: garantir ventilação, coibir hemorragia e iniciar analgesia, até que o anestesista e o odontólogo iniciem seu atendimento. Claro está que aí inclui-se o primordial procedimento da traqueostomia, que quando necessário é de vital importância e deve ser efetuado por médico (art. 2º da resolução);

2- Se todos os passos acima forem seguidos e houver a constatação de que só há trauma a ser tratado pelo odontólogo, o paciente pode ser transferido à responsabilidade do mesmo;

3- A chefia da equipe será do cirurgião geral (ou outro médico-cirurgião plástico, oftalmo, otorrino, neurocirurgião, etc.) quando as lesões forem de interesse comum à medicina e à odontologia. Isto quer dizer que devem ser rigorosamente avaliados os pacientes politraumatizados (conforme acima frisado). No caso de outras lesões, um paciente com desequilíbrio hemodinâmico decorrente do acidente ou comprovadamente com antecedente clínico importante, deve haver a continuidade do atendimento médico;

4- Raciocinando ainda na área de atendimento de urgência, comprovadamente não havendo lesões comuns à medicina e à odontologia e apenas

o odontólogo esteja prestando o atendimento, nos casos de óbito deve aplicar-se o contido no art. 5º da resolução.

Após estas respostas aos questionamentos do CRM-AC, julgo importante fazer observações que talvez venham a colaborar para o desempenho da árdua missão dos colegas que trabalham na área de urgência de Pronto-Socorro.

O alvo da atuação dos que trabalham na área de saúde (particularmente os médicos, no caso) é o paciente como um todo. Não se pode, neste momento, dividi-lo em áreas de atuação em relação à manutenção da vida. Todos os esforços e conhecimentos devem ser usados com rapidez e precisão para o seu bem. Por isso, os hospitais que possuem Pronto-Socorro são obrigados a manter equipes (previstas na resolução) por tempo integral e sob responsabilidade do diretor técnico. Assim sendo, a qualquer momento, inclusive em transoperatório, qualquer membro da equipe poderá ser acionado para comparecer e colaborar em ato cirúrgico (executado por outro médico ou odontólogo). Este foi o motivo de consulta feita a este CFM (5.115/95) em que um anestesiológista preocupava-se com a possibilidade de ocorrer, no centro cirúrgico, situações que demandem traqueostomia, dissecação venosa ou massagem cardíaca, em pacientes ali atendidos só pelo odontólogo. Claro está que o anestesiológista estaria ocupado com a manutenção de outras condições do paciente. Nesta circunstância, deve ser garantida a presença imediata de um médico apto a realizar os procedimentos citados. Esta foi a resposta da cons. Regina Parizi Carvalho.

Em muitas localidades do país tem sido difícil o relacionamento de médicos e odontólogos acerca da observação da Resolução CFM n.º 1.536/98. No entanto, ambos devem ter sempre em mente que o paciente não pode ser prejudicado em virtude de qualquer divergência de entendimento. Frente ao risco de vida do paciente os atendimentos devem ser imediatos, precisos, multidisciplinares - se necessário - e sem qualquer delimitação (vide os cursos de ATLS cada vez mais concorridos por todo o país), visando sempre ao bem do paciente.

Este é o parecer, SMJ.
Brasília, 29 de agosto de 2002.

Antônio Gonçalves Pinheiro
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 3714/2002
Parecer CFM N.º 47/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/09/2002

PROIBIDO O REGISTRO DE EMPRESAS DE “CARTÕES DE DESCONTOS” NO CRM

Antônio Gonçalves Pinheiro*

EMENTA – Os Conselhos Regionais de Medicina não devem registrar empresas de cartões de desconto em seus cadastros de pessoas jurídicas. A Medicina não pode ser exercida como comércio e a oferta pública de descontos sobre honorários médicos é considerado falta ética.

Palavras-chave: cartão de desconto, registro de empresas, medicina comercial, honorário médico

REGISTRATION OF DISCOUNT CARDS PROHIBITION IN THE CRM

Key words: discount cards, professional fee, commerce, prohibition, registration

EXPOSIÇÃO DA CONSULTA

O CRM-MG, após receber da Dra. Livia Barros Garção, vice-presidente do CFM, resposta sobre a questão em tela, quando foi alertado sobre parecer já existente da lavra da cons. Regina Parizi, volta a questionar, agora informando que gostaria que fossem levados em consideração os aspectos de intermediação do trabalho médico e concorrência desleal, seu ver praticados pelos referidos cartões de descontos. Também alerta que sob esse entendimento, a Resolução CFM nº 1.626/2001 conflitaria com o Código de Ética Médica.

Foi designado para emitir parecer o cons. Pedro Pablo Magalhães Chacel, que da forma competente já consagrada nesta Casa discorre sobre o que são os tais cartões de descontos no comércio em geral e sua larga abrangência mercadológica, indo desde pacotes turísticos até a tosa de cães, neste meio incluindo-se o acesso a médicos e odontólogos. Também alerta sobre a MP 2177-44, de agosto de 2001 que altera a Lei nº 9.656/98 (Dispõe sobre planos privados de assistência à saúde) e que explicita:

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

...

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada”;

Daí, depreende o parecerista que a Agência Nacional de Saúde Suplementar deveria considerá-los como planos de saúde – situação em que, o CFM deveria normatizar

* Conselheiro Relator de Vista CFM

sua inscrição – ou, caso contrário, deveria proibir os médicos de filiarem-se a estes cartões. A atuação do CFM dependeria, então, da decisão tomada pela ANS.

Após ter respeitosamente solicitado vistas à consulta, recebi como contribuição do Dr. Pablo Chacel cópia de documento da FENASEG, datado de 6 de setembro de 2002, destinado ao Dr. Januário Montone, em resposta à solicitação de contribuição sobre “Empresas de Cartões de Descontos” feita pela ANS à FENASEG pelo grupo da Câmara de Saúde Suplementar.

O documento relata que o foco de atuação do produto relaciona-se ao acesso de associados à rede de prestadores de serviços médicos, hospitalares e/ou odontológicos, mediante tabelas de preços pré-estabelecidos e normalmente vinculadas ou elaboradas pelos órgãos de classe, tais como a AMB.

Seus produtos têm como características:

- pagamento direto do consumidor à rede credenciada;
- inexistência de limite de idade ou faixa etária;
- menos burocracia (autorização prévia, por exemplo);
- inexistência de mensalidade ou anuidade (com algumas exceções);
- inexistência de carências e exclusões de cobertura;
- inexistência de restrições à cobertura para doenças preexistentes.

Alerta, ainda, sobre a propaganda enganosa que campeia no setor, onde muitos destes cartões induzem o consumidor à falsa impressão de que seus serviços são comparáveis a planos e seguros de saúde, e textualmente: “em nenhum momento o consumidor é alertado sobre o risco da ocorrência de eventos de alta complexidade e custo, o que poderá levá-lo a incorrer severas perdas financeiras ou ser forçado ao atendimento pelo sistema público de saúde”.

Ainda em 20 de setembro de 2002, recebi correspondência do CFM solicitando que fosse anexada à consulta original um novo documento do CRM-MG sobre o assunto, já com o pedido de registro de um destes cartões.

Em recente processo-consulta cuja resposta foi aprovada neste plenário em setembro de 2002, sobre o tema “Cartões de descontos operados por funerária”, de nº 6.588/2002, tomei como base o art. 9º do CEM – que refere que a Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio – para fazer reflexão sobre a necessidade de os CRMs agirem contra os médicos que se beneficiam aceitando descontos sobre o ato médico, cujas características essencialmente humanísticas o impedem de ser equiparado a simples comércio de objetos, onde a alta rotatividade em busca do lucro permite “promoções” ou “descontos”.

CONCLUSÃO

Entendo que estamos frente à questão confusa e de diversa interpretação, em vários aspectos. É dever institucional deste CFM decidir o caminho a ser adotado, principalmente levando em conta o aspecto ético do assunto. Como seria de esperar, a FENASEG defende a existência do cartão no setor saúde, o que só ampliaria o campo de atuação dos cartões já existentes, e o faz no seu papel de congregadora e representante das seguradoras e afins.

A ANS, claramente, tem dúvidas sobre o assunto, tanto que consultou a FENASEG.

Por sua vez, a Resolução CFM nº 1.626/2001, no seu art. 3º, parágrafo único, lista as instituições obrigadas a inscreverem-se no cadastro dos CRMs:

“d) as operadoras de planos de saúde, de medicina de grupo e de planos de autogestão e as seguradoras especializadas em seguro-saúde;

i) empresas que comercializam em serviços na modalidade de administradoras de atividades médicas”.

Parece aí residir uma das dúvidas do CRM-MG, que entendendo ser a atividade dos cartões de descontos de saúde uma possibilidade de intermediação antiética e concorrência desleal, reclama que a citada resolução conflitaria com o CEM.

Assim sendo, devemos dirimir estas questões, aclarando a interpretação a ser adotada pelos CRMs:

1 – Os cartões de descontos em saúde não têm regulamentação na ANS. Portanto, não devem ser registrados nos CRMs. Só podem ser cadastradas empresas de qualquer origem que possuam regulamentação por órgão oficial (no caso, a ANS), sob a pena de abrigarmos instituições cuja atividade desregulamentada possa vir a comprometer o sistema conselhal;

2 – Devemos explicitar oficialmente quais instituições estão obrigadas sob o item “i” do art. 3º, parágrafo único da Resolução CFM nº 1.626/2001, para que esta possibilidade possa ser entendida corretamente pelos CRMs, inclusive dizendo que as administradoras de atividades médicas ali citadas não podem ser fornecedoras de descontos sobre honorários médicos;

3 – Deve ficar bem claro que a publicidade prometendo descontos sobre honorários médicos caracteriza infração ética para quem a pratica ou quem dela usufrui resultado (se médico);

4 – O Conselho Federal de Medicina deve formalizar à ANS sua preocupação frente aos aspectos prejudiciais à população pela FENASEG, inclusive a falta de compromisso em relação à qualidade dos serviços fornecidos. E também que o contido no enunciado da MP 2177-44, que altera a Lei nº 9.656/98 – quando diz: “garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica” –, exclui claramente os cartões de descontos, que só indicam o profissional (que aceita dar os tais descontos), sem garantia própria de qualquer cobertura de custos;

5 – Por fim, e considerando o acima exposto, convém possibilitar a apresentação de proposta de resolução deste CFM sobre o assunto.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 22 de julho de 2002.

Antônio Gonçalves Pinheiro
Relator de Vista

Processo-Consulta CFM N.º 2930/2002
Parecer CFM N.º 53/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 06/11/2002

TERAPEUTA HOLÍSTICO E DE MEDICINA ALTERNATIVA

Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior*

EMENTA - Fazer diagnósticos de enfermidades ou prescrever tratamento sem ser médico configura charlatanismo, curandeirismo ou exercício ilegal da Medicina.

Palavras-chave: terapia holística, medicina alternativa, charlatanismo, ato médico, exercício ilegal

HOLISTIC THERAPY AND ALTERNATIVE MEDICINE

Key words: holistic therapy, alternative therapy, charlatanism

HISTÓRICO

O interessado contactou o Conselho Federal de Medicina expressando sua preocupação com o movimento denominado "terapeutas holísticos", que, a pretexto de praticar procedimentos curativos milenarmente consagrados e não contidos em atividades privativas de alguma profissão, burlam as normas legais vigentes e afrontam o exercício da profissão médica.

Solicita que sejam tomadas as providências necessárias.

ANÁLISE

As expressões "terapêutica holística", "medicina alternativa" e outras semelhantes ou análogas encobrem o claro propósito de invadir o terreno médico e substituir o trabalho dos que exercem legalmente a Medicina. Em primeiro lugar, deve-se considerar que a terapêutica, qualquer que seja, pressupõe prévio diagnóstico de uma enfermidade, uma condição mórbida que afete uma pessoa, que deve ser tratada. As terapêuticas, todas e qualquer uma, sempre estão destinadas a tratar alguém danosamente afetado por uma condição que possa ser genericamente denominada como enfermidade, doença, condição patológica, entidade clínica ou algo semelhante. E diagnosticar estas condições clínicas é trabalho médico. Indicar procedimentos terapêuticos para uma pessoa enferma, também.

CONCLUSÃO

Como se vê, é impossível tratar uma enfermidade que não tenha sido previamente diagnosticada. E diagnosticar enfermidades é atividade privativa dos

* Conselheiro Relator Federal

médicos. De tal modo que a administração de qualquer procedimento técnico ou terapêutico para tratar um enfermo, sem que tenha havido diagnóstico médico e indicação por médico, ultrapassa as fronteiras da área de trabalho médico e configura exercício ilegal da Medicina, prática de charlatanismo ou curandeirismo. E estes delitos devem ser incluídos na área de atividade das autoridades policiais, para onde devem ser denunciados tais mal feitos.

Este é o parecer, S.M.J.

Brasília, 29 de novembro de 2001.

Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º
Parecer CFM N.º 566/2001
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 09/01/2002

SUMÁRIOS POR AUTORES E ASSUNTOS

Procure em "Arquivos" Suplemento I. Dez./97 todos os números de 1984/1997, ou no número de Out./Dez. de cada ano seguinte.

ADMINISTRAÇÃO VENOSA DE DROGAS

Oliveiros Guanais de Aguiar*

EMENTA - O Conselho Federal de Medicina deve valer-se do assessoramento de Câmaras Técnicas para colaborar na elucidação e regulamentação de assuntos pertinentes às especialidades para que foram criadas.

Palavras-chave: ato médico, enfermeiro, anestesia, sedação venosa, procedimento anestésico, anesthesiologia, câmara técnica

ENDOVENOUS ADMINISTRATION OF DRUGS

Key words: medical act, nurse, anesthesia, endovenous sedation

APRESENTAÇÃO

A Sociedade Brasileira de Anesthesiologia encaminhou a este Conselho, com pedido de parecer, arrazoado acerca da administração venosa de agentes potencialmente comprometedores de funções vitais do paciente. São citados, como exemplo, o midazolam (7,5 mg por via venosa) e a associação de outras drogas, tais como opióides, butirofenomas, cetamina e hipnóticos, que podem acarretar uma potencialização de efeitos, levando, até, em função da sensibilidade individual do paciente, à indução de uma anestesia geral.

A seguir, indaga:

1. Administração **venosa** das drogas citadas acima configura ou não um ato médico?

2. A quem responsabilizar caso aconteça um acidente anestésico durante a realização de uma "sedação consciente" por enfermeiro (a)?

A consulta da Sociedade Brasileira de Anesthesiologia resultou da preocupação com o uso desses medicamentos por parte de pessoas não qualificadas para tratar das complicações que podem vir a ocorrer, levando-se em conta que o efeito desses medicamentos permite incluir o seu uso na categoria de ato médico.

Em correspondência posterior, datada de 10 de julho de 2000, a mesma entidade (Sociedade Brasileira de Anesthesiologia) declara que vem recebendo diversas manifestações a respeito da sedação venosa por enfermeiros ou auxiliares de enfermagem, usando drogas com potencial de depressão respiratória e/ou cardiovascular.

Seus dirigentes dizem estar sendo questionados por seus sócios sobre a realização deste procedimento por pessoas não qualificadas. E acrescentam:

* Conselheiro Relator Federal

“Em virtude de precisarmos regular tal situação, solicitamos, mui respeitosamente, a este Conselho, que seja criada uma Câmara Técnica onde a Anestesiologia participaria colaborando para uma proposta de possível resolução do CFM neste sentido”.

PARECER

A segunda mensagem procedente da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (pedido de criação de uma Câmara Técnica) traz o caminho recomendado para que as respostas formuladas no primeiro questionamento (uso de drogas depressoras) sejam encontradas. A experiência de trabalho conjunto da Sociedade Brasileira de Anestesiologia com o CFM, quando dos estudos que levaram à elaboração da Resolução n.º 1.363/93, foi proveitosa e indicativa da conveniência de entidades distintas conjugarem esforços para atingir resultados necessários ao melhor exercício da medicina. A natureza das questões apresentadas justificam, com efeito, uma assessoria técnica competente que sirva de base para a construção dos textos normativos pertinentes. Assim, somos levados a reconhecer a conveniência de se adotar a sugestão de criar-se uma Câmara Técnica de Anestesia como órgão assessor permanente deste Conselho nas matérias que dizem respeito à anestesia.

Desta forma, propomos seja constituída a Câmara solicitada pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia, devidamente subordinada às normas existentes neste Conselho para regular essa forma de organização, devendo sua coordenação ficar a cargo de um dos conselheiros, a quem caberá escolher os integrantes da Câmara em número necessário para o seu bom funcionamento.

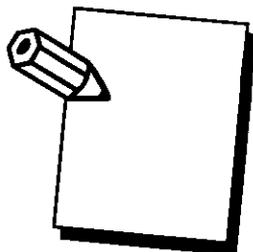
A criação da Câmara Técnica de Anestesia e os seus componentes serão previamente aprovados pelo Plenário do CFM.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 20 de novembro de 2001.

Oliveiros Guanais de Aguiar
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 3620/2002
Parecer CFM N.º 41/2001
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 21/11/2001



Fone 0 xx 41 - 240-4000
 Fax 0 xx 41 - 240-4001
 e-mail: crmpr@crmpr.org.br

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

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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

RUA VICTÓRIO VIEZZER, 84 - VISTA ALEGRE - CAIXA POSTAL 2.208
 CEP 80810-340 - CURITIBA - PR - FONE (041) 240-4000 - FAX (041) 240-4001

FORMULÁRIO PARA ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO

Médico(a):..... CRM/PR

Favor assinalar o endereço onde deseja receber as correspondências:

[...] **Endereço residencial:**.....

Bairro:

Município:..... UF: CEP:

Telefone residencial: (.....)..... **Telefone celular:** (.....).....

[...] **Endereço comercial:**.....

Bairro:

Município:..... UF: CEP:

Telefone comercial: (.....)..... (.....).....

Endereço eletrônico:.....

Permite a divulgação do seu endereço para terceiros?

[...] Não Se Sim: [...]Residencial: [...] Comercial

Observações.....

Em/...../.....

Assinatura:.....

Endereço atualizado em/...../.....

Visto do Funcionário CRM/PR.....

PUBLICIDADE E CONSULTA MÉDICA PELA INTERNET

Ricardo José Baptista*

EMENTA - As relações entre médicos e pacientes praticadas através de rede de telecomunicações estão a partir desta data regidas pela Resolução CFM n.º 1.643/2002.

Palavras-chave: publicidade médica, consulta médica, internet, consulta por e-mail, telemedicina, exercício ilegal

PUBLICITY AND MEDICAL CONSULTATION BY INTERNET

Key words: medical appointment, advertisement, internet, clinical case

CONSULTA

O presidente do CRM-PR, dr. L. S. E., encaminha ao CFM solicitação de parecer feita pelo Sr. R. F. B., que transcrevo:

"Gostaria de solicitar um parecer do CFM para o seguinte caso:

A empresa MedicMail (<http://www.medicmail.com.br>) mantém uma lista com endereços de e-mail de médicos para os quais envia casos clínicos trazidos por pacientes.

Um exemplo pode ser visto na internet no seguinte endereço: <http://forums.obgyn.net/obstet-1/OBSTETL.9704/0007.html>.

Onde um colega envia mensagem para o responsável pela MedicMail (senhor C. K.) e este repassa a mensagem para os médicos listados em sua página a procura de uma solução para o problema.

Alguns trechos do exemplo indicado acima:

'Tenho uma irmã portadora de insuficiência renal, gostaria que alguém que já tenha tido casos semelhantes, me indicasse o melhor método para cessar a menstruação.'

I - Considerando que a identificação da mensagem não é retirada, é facilmente identificável quem escreveu a mensagem e conseqüentemente o paciente relatado no caso; ferindo o artigo 104 do código de ética médica.

II - Os médicos lá listados recebem mensagens solicitando parecer e conduta, o que fere os artigos 131 e 134, caso estes enviem resposta ao caso enviado.

III - Para se cadastrar não é solicitada documentação (apenas o número do CRM, que não é verificado). Isto permite que qualquer pessoa lá se inscreva e pratique a medicina ilegalmente dando consultas pela internet.

Uma vez que a pessoa que coordena e gerencia o site chamado MedicMail não se preocupa em adequar os serviços por ele prestados ao código de ética médica,

* Conselheiro Relator Federal

ele acaba levando médicos a infringir o código de ética médica. Ao mesmo tempo que facilita a prática ilegal da medicina.

Sugiro que o CFM entre em contato com os médicos listados neste site e torne de conhecimento deles que o serviço é ilegal e que não devem fornecer avaliação (diagnóstico) nem conduta para os casos clínicos recebidos por e-mail nem em lista de discussão.

Ainda seria prudente solicitar ao proprietário do site um maior cuidado e solicitação de documentos comprobatórios para cadastrar médicos em sua página.”

PARECER

O tema Internet é sempre empolgante e surpreendente, provocando interesse em todos nós. Há de se ter cuidado ao emitir uma opinião, pois a própria velocidade da tecnologia poderá derrubá-la num curto espaço de tempo.

Concordamos com a preocupação do colega solicitante com relação aos artigos 104, 131 e 134, e também o 62, do CEM.

Com relação à consulta, devem ser denunciados os possíveis colegas para avaliação da veracidade dos seus registros nos CRMs locais, se possível para apurar os delitos.

Devido a impossibilidade de verificar a identificação, deve-se promover denúncia ao Ministério Público para apuração de identidade e do exercício ilegal da Medicina.

Em função disso, aproveitamos para encaminhar o Parecer CFM n.º 36/2002 e a Resolução CFM n.º 1.643/2002, que atenderão aos anseios do consulente.

Este é o parecer, SMJ.
Brasília, 11 de julho de 2002.

Ricardo José Baptista
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 4722/2000
Parecer CFM N.º 38/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 09/08/2002

DIVULGAÇÃO DE PROCEDIMENTOS (ELETROCARDIOGRAFIA, ULTRASSONOGRRAFIA, ETC) EM PUBLICIDADE MÉDICA

Antônio Gonçalves Pinheiro*

EMENTA -Procedimentos médicos não reconhecidos como especialidade médica podem ser anunciados observando-se obrigatoriamente a precedente citação da especialidade médica de abrangência e competente registro no cadastro de especialistas do Conselho Regional de Medicina, do médico responsável pelo anúncio.

Palavras-chave: especialidade, divulgação, procedimentos, responsabilidade, legislação

DIVULGATION OF PROCEDURES (ELETROCARDIOGRAPHY, ULTRASONOGRAPHY) IN MEDICAL ADVERTISEMENT

Key words: divulgation, advertisement, procedures, responsibility, specialty

DOS FATOS

O presidente do CRM-MS, dr. R.M., encaminha ao CFM solicitação de parecer que transcrevo:

"As operadoras de planos de saúde divulgam nomes de pessoas físicas e jurídicas que executam procedimentos médicos não reconhecidos como especialidade médica por esse Conselho Federal, tais como broncoscopia, eletrocardiografia, eletromiografia, ultra-sonografia, etc.

Como esse tipo de informação é útil para os usuários dos planos de saúde, estamos admitindo que tais procedimentos sejam divulgados sob a rubrica geral de "procedimentos médicos diversos" para caracterizar que não se trata de especialidades médicas.

Solicito parecer acrescentando que está autorizado às operadoras, esclarecendo que se trata de iniciativa ad referendum do CRM.

CONCLUSÃO

A publicidade médica encontra-se, hoje, regulada pelos Decretos n^{os}. 4.113/42 e 20.931/32, Lei n.º 3.268/57 e Resolução CFM n.º 1.036/80, que a seu modo esgotam, no momento, os parâmetros a serem observados neste campo.

Este questionamento, apresentado pelo CRM-MS, nos remete à situação nova, importante para o exercício da profissão, mas bem mais importante para a orientação dos usuários dos serviços de saúde.

* Conselheiro Relator Federal

Mesmo entendendo o objetivo meritório do CRM-MS em possibilitar a divulgação sob a rubrica "Procedimentos médicos diversos" destes referidos procedimentos, entendo também que, frente às citadas regulamentações, não podemos e nem devemos, na falta de nova manifestação oficial, permitir esta concessão a não ser observando alguns fatos:

3. A Resolução CFM n.º 1.036/80, que no seu artigo 2º, parágrafo único, remete a forma dos anúncios aos Decretos nºs 20.931/32 e 4.113/42 e ao Código de Ética Médica, também decide que o médico só pode anunciar especialidade quando estiver registrado no quadro de especialistas do CRM;

4. O Decreto n.º 20.931/32, em seu artigo 15, alínea f, esclarece que é dever do médico mencionar em seus anúncios somente títulos científicos e a especialidade;

5. Já o Decreto n.º 4.113/42, que em seu artigo 1º, inciso V, proíbe o anúncio de especialidade ainda não admitida pelo ensino médico ou que não tenha a sanção das sociedades médicas, refere no mesmo artigo, parágrafo 2º, que não se compreende nas proibições deste artigo "(...) referências genéricas e aparelhagens (raios X, rádio, aparelhos de eletricidade médica, de fisioterapia e outros semelhantes);"

Assim, pois, vislumbra-se a possibilidade de tais procedimentos virem a ser anunciados, observando-se, obrigatoriamente, a precedente citação na peça publicitária da especialidade médica correlata. Esta citação, que obviamente remete à necessidade de registro do Especialista no Conselho Regional de Medicina, não deve ser encarada como mero entrave burocrático, mas como medida de cumprimento da lei e, principalmente, disciplinadora, afim de que a partir desta concessão ampla e até agora desregulamentada não venha a proliferar a publicidade de métodos, aparelhos e procedimentos isoladamente, caracterizando, além do desrespeito às regulamentações, desprestígio aos especialistas que adquiriram o direito reconhecido pelas leis e pelo CFM de anunciarem suas especialidades registradas. No caso de anúncio de pessoas jurídicas, os diretores técnicos ficam responsáveis pelo cumprimento destas exigências pelos médicos que executam os procedimentos em suas empresas.

Este é o parecer, SMJ.
Brasília, 10 de abril de 2002.

Antônio Gonçalves Pinheiro
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 8670/2000
Parecer CFM N.º 27/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/04/2002

COLEGA

**NÃO PRESENTEIE COM
ÁLCOOL OU TABACO.**

SEJA CRIATIVO.

**VOCÊ TAMBÉM É
RESPONSÁVEL.**

AUXILIAR EM IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA

Antônio Gonçalves Pinheiro*

EMENTA - A imobilização de fraturas simples, após diagnóstico, indicação e total supervisão pelo médico assistente, poderá ser realizada pelo técnico, não configurando exercício ilegal da Medicina.

Palavras-chave: imobilização, auxiliar técnico, ato médico, auxiliar ortopédico, técnico em imobilização ortopédica, limites de atuação

ORTHOPEDIC IMMOBILIZATION ASSISTANT

Key words: orthopedic immobilization, technician, medical act, limits of action, orthopedic auxiliary, assistant

HISTÓRICO

A Associação Brasileira dos Técnicos em Imobilizações Ortopédicas – ASTEGO encaminha ofício ao CFM participando a criação da referida entidade, e que a mesma desempenhará suas atividades em conjunto com a Associação dos Técnicos em Gesso do Estado de São Paulo. Informa, ainda, que a criação das entidades objetiva amparar o profissional de imobilizações ortopédicas e, ao mesmo tempo, fornecer ao médico ortopedista um auxiliar tecnicamente melhor preparado para a execução de tarefas na sala de imobilizações. Adicionalmente, relata que o trabalho é sempre realizado sempre sob a indicação, supervisão e orientação do médico ortopedista, de quem são subordinados diretos e procuram, com o bom desenvolvimento de seu trabalho, proporcionar aos departamentos de Ortopedia de hospitais e clínicas uma imobilização segura e perfeita para o paciente, agilizando e diminuindo o tempo de espera pelo atendimento. Entretanto, ainda não há a regulamentação profissional e para obtê-la, solicitam o apoio do CFM.

Ao ofício foram anexados os seguintes documentos:

Cópia dos estatutos da Associação;

Resolução n.º 811/91, do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro;

Parecer técnico n.º 21/94, do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro;

Resultado da sentença do Mandato de Segurança Coletivo concedido ao Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro;

Parecer n.º 17, do Conselho Federal de Medicina;

Parecer n.º 8/91, do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro;

Parecer da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia;

Resolução n.º 793/90, do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro;

* Conselheiro Relator Federal

Parecer Consulta n.º 32.524/96, do Conselho Regional de Medicina de São Paulo.

A seguir, fazem os seguintes questionamentos:

1 – O procedimento de imobilização é realizado na maioria das vezes por técnico, e este conta com a prescrição, orientação e supervisão do médico ortopedista, pode ser considerada como uma extensão do trabalho do próprio médico?

2 – Em não havendo impedimento de ordem ética ou legal, poderemos contar com o apoio formal do Conselho Federal de Medicina e dos demais Conselhos Regionais para o nosso pedido de regulamentação profissional, já que nosso trabalho é importante para a Medicina e de uma maneira mais específica, para a ortopedia?

3 – Gostaríamos de saber o que pensa o CFM a respeito do que foi veiculado pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo em sua última publicação, que fala sobre o “Exercício Ilegal da Profissão Médica”, por parte daqueles que realizam os procedimentos de imobilizações ortopédicas, já que entendemos por exercício ilegal da profissão médica os atos daquelas pessoas que se passam por médicos (fingem ser), e não o desenvolvimento do trabalho digno daqueles que trabalham sob a orientação de médicos.

4 – Com base no que foi exposto, pedimos a este Conselho que disserte livremente a respeito deste tema, para que no futuro não restem dúvidas a respeito da prática desta atividade.

PARECER

A Resolução CFM n.º 1.627/2001, que define o Ato Médico, em seu § 2º permite que as atividades de prevenção primária e terciária podem ser compartilhadas com outros profissionais da área de saúde, dentro dos limites impostos pela legislação pertinente.

No entanto, o diagnóstico de fratura e a indicação da imobilização correta são atos privativos dos médicos.

As imobilizações especiais ou de risco, tais como as realizadas em pacientes anestesiados, as confeccionadas em pós-operatório imediato, as aplicadas em pacientes com lesões neurológicas, vasculares ou extensa da pele, as que visem correção em crianças, as que necessitem mesa ortopédica para sua confecção, as que incluem três ou mais articulações e as que se sigam à redução ou manipulação serão procedidas, necessariamente, com a participação direta do médico.

Entretanto, no tocante às imobilizações de fraturas simples, após exame do médico assistente e definido o tipo de imobilização, os técnicos poderão confeccionar os aparelhos gessados, sendo extensão do trabalho do médico, sempre feito sob sua supervisão e a quem compete a responsabilidade final.

A Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia publicamente defende o trabalho feito pelos técnicos de imobilizações e periodicamente realiza cursos intensivos de aperfeiçoamento direcionado aos mesmos.

Com relação à possibilidade de o CFM reconhecer e apoiar a regulamentação profissional dos técnicos em imobilizações ortopédicas, causa preocupação o contido em cópia de panfleto à pág. 16, onde, sob os auspícios da

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia e Associação Brasileira dos Técnicos em Imobilizações Ortopédicas, propagandeia-se o 2º curso de reciclagem para técnicos em imobilizações em traumatologia-ortopedia. Em subtítulo de programação científica, vemos, entre outros itens: *“Imobilizações e fraturas (indicação clínica)”*. Este conteúdo, a nosso ver, abre uma possibilidade ilimitada para o técnico assim reciclado ou assim habilitado, que de maneira irresponsável poderá assumir tratamento de fraturas ou entorses de menor porte (segundo seu entendimento), o que caracterizaria, então, mais um exercício ilegal da Medicina.

Quanto ao posicionamento do Conselho Federal de Enfermagem e Regionais de São Paulo e Rio de Janeiro, que proíbe ao pessoal de enfermagem confeccionar, colocar e retirar aparelho de gesso e calha gessada, não cabe ao CFM opinar sobre problemas internos de outros Conselhos profissionais.

Por todo o exposto e em virtude da declarada abertura da Associação Brasileira dos Técnicos em Imobilizações Ortopédicas - ASTEGO em solicitar posicionamento deste CFM, vejo como melhor possibilidade de apoio e reconhecimento a colaboração efetiva para a elaboração de regulamentação em que se estabeleçam os limites legais da atuação desses técnicos.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 9 de maio de 2002.

Antônio Gonçalves Pinheiro
Cons. Relator de Vista

Processo-Consulta CFM N.º 1709/1999
Parecer CFM N.º 35/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/07/2002

Errata - No último número (n.77) de *“Arquivos”*, por um lapso de revisão deixamos de citar no artigo *“O código de ética médica e os direitos do paciente”* (pag. 31) a titulação do autor, Jorge R. Ribas Timi, que é: Prof. Adjunto de Cirurgia Vasculard, da UFPR. e Advogado.

SERVIÇO DE FISIATRIA E ACADEMIA DE GINÁSTICA FUNCIONANDO EM UM MESMO LOCAL

Eliane de Souza*

EMENTA - Não é permitida a interação de serviço de Fisiatria com academia de ginástica com a finalidade de execução de prescrição fisiátrica, sob pena de infração aos artigos 98 e 136 do CEM e da Resolução CFM n.º 1.036/80.

Palavras-chave: fisiatria, academia de ginástica, interação de local, publicidade, responsabilidade

PHYSIATRIC ASSISTANCE AND GYM WORKING TOGETHER IN THE SAME BUILDING

Key words: physiatrist, gym, site (place) interaction

HISTÓRICO

Em 24 de março de 1999, o dr. C.A.S.M., conselheiro técnico da Unimed-Campinas, encaminha consulta solicitando parecer sobre o assunto abaixo relatado:

"Pode estar funcionando em um mesmo local um serviço de Fisiatria e uma Academia de Ginástica, inclusive utilizando o mesmo "logotipo" e parte do mesmo equipamento?"

Informamos ao CFM que já houve prévia consulta ao CRM, sendo enviado a resolução CFM n.º 1036 de 19/12/80 e Decreto Lei n.º 4113 de 14/02/42; assim como o Conselho Regional nos orienta os capítulos IX e XIII do Código de Ética Médica para esta consulta.

A utilização de equipamentos e logotipo em comum da Clínica de Fisiatria com academia de ginástica pode ser considerada um "Anúncio de serviços Médicos" assim pode ser considerada "interação ou dependência" no exercício da profissão, como trata o Art.98 do CEM? Neste mesmo artigo não há a menção de comercialização de "serviços de prestação médica".

Considerando que no artigo 144 do Código de Ética Médica compete ao CFM sanar as omissões, solicitamos à este egrégio conselho esclarecimentos pois, ainda temos dúvidas quanto ao novo questionamento."

Em 2 de junho de 1999, o dr. J.S.S. encaminha ao CFM consulta sobre localização de consultório nos seguintes termos:

"Estou em litígio sobre credenciamento de segundo endereço para atendimento de usuáries da UNIMED Campinas. Dentro deste questionamento fiz solicitação de Ouvidoria ao Conselho Técnico da UNIMED, que emitiu parecer, mas com a ressalva que necessita de parecer final do CFM sobre o tema, assim foi encaminhado pelo Conselho Técnico da UNIMED Campinas uma consulta ao CFM, datada de 24 de março de 1999 e com o número CT 059/99. Nesta consulta consta: "Pode estar em um mesmo local um serviço de Fisiatria e uma academia de ginástica, inclusive utilizando o mesmo logotipo e parte do mesmo equipamento.

* Conselheira Relatora Federal

Gostaria de fazer minha consulta esclarecendo que meu consultório é vizinho da Academia de Ginástica e eu realmente utilizo as instalações da academia como complemento ao processo de reabilitação de pacientes selecionados, sem, entretanto cobrar absolutamente nada, tanto do paciente quanto da UNIMED. Assim fornecendo todos os meios para uma melhor reabilitação de meus pacientes, como reza nosso código de Ética, sem onerar em nada o tratamento.

Junto a este meu pedido algumas correspondências trocadas entre mim e a UNIMED, com o intuito de melhor esclarecer meu ponto de vista.

Se possível gostaria que, o parecer do Conselho Federal de Medicina junte este dois pedidos (meu e do Conselho Técnico da UNIMED Campinas) em um só e, que o mesmo seja encaminhado a mim e ao conselho técnico"

PARECER

A Resolução CFM n.º 1.036/80, em seu artigo 6º, diz que nos anúncios de clínicas, hospitais, entidades de prestação de assistência médica e outros estabelecimentos de saúde deverão constar, sempre, o nome do médico diretor técnico e sua inscrição principal no Conselho Regional em cuja jurisdição se localize o estabelecimento de saúde.

O médico fisiatra, obedecendo a esta resolução, pode fazer publicidade de sua especialidade.

Academias de ginástica são estabelecimentos comerciais que não têm direção técnica feita por médicos. Neste caso, quando o médico utiliza o mesmo local da academia para funcionamento de seu consultório, utilizando também a mesma logomarca, estará infringindo os artigos 98 e 136 do Código Ética Médica, bem como desrespeitando a Resolução CFM n.º 1.036/80.

Diante destas considerações, entendo que não pode estar funcionando no mesmo local serviço de Fisioterapia e academia de ginástica, sendo este o meu parecer, smj.

Quanto ao questionamento do Dr. J.S.S., apesar da informação de que não são cobrados dos pacientes e da UNIMED a utilização dos equipamentos da academia de ginástica, vizinha a seu consultório, esta prática não é aconselhável pois caracteriza infração aos artigos 98 e 136 do CEM e desrespeito à Resolução CFM n.º 1.036/80, pelo motivos já apresentados.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 1 de maio de 2002.

Eliane de Souza
Cons. Relatora

Processo-Consulta CFM N.º 2318/1999

Parecer CFM N.º 31/2002

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 12/07/2002

REALIZAÇÃO DE TESTES DE FUNÇÃO PULMONAR POR FISIOTERAPEUTAS E MÉDICOS NÃO-ESPECIALISTAS NA ÁREA DE PNEUMOLOGIA

Gerson Zafalon Martins*

EMENTA - A leitura e interpretação dos testes espirométricos constitui parte do diagnóstico clínico, sendo considerado ato privativo da Medicina.

Palavras-chave: pneumologia, função pulmonar, fisioterapia, ato médico

PULMONARY FUNCTIONING TESTS PERFORMED BY PHYSIOTHERAPISTS AND MEDICAL DOCTORS NOT SPECIALIZED

Key words: pneumology, pulmonary function, physiotherapy, respiratory capacity

DOS FATOS

A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia envia correspondência ao Conselho Federal de Medicina tecendo considerações sobre a realização de testes de função pulmonar por fisioterapeutas e médicos não-especialistas na área de pneumologia e solicita nova consulta a respeito da autorização da realização destes exames por médicos não-especialistas. A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia preocupa-se com o fato de que os exames feitos por não-especialistas são com frequência mal feitos e erroneamente interpretados. Reconhece que os médicos podem realizar quaisquer atos médicos, respondendo por eles, e sugere que nos concursos públicos para os cargos de pneumologia, bem como no credenciamento de serviços que realizem testes de função pulmonar, seja exigido o título de especialista. Nas cidades que não tenham especialista, que haja a comprovação de prática na especialidade. Anexa a Diretriz sobre Testes de Função Pulmonar (versão resumida) de março de 2001, coordenada pelo Dr. C. A. C. P., que padroniza os principais testes de função pulmonar e define suas indicações clínicas.

A respeito desta questão, são várias as consultas feitas ao Conselho Federal de Medicina, não só pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia mas também por Conselhos Regionais de Medicina, cooperativas médicas e outras operadoras de planos de saúde.

Revendo os pareceres sobre o assunto, fica claro que o Conselho Federal de Medicina já tem uma posição definida e muito bem expressa no Processo-Consulta

* Conselheiro Relator Federal

nº 3.656/95, relatado pelo cons. Júlio Cezar Meirelles Gomes, aprovado pela Plenária em 11 de agosto de 1996, que, a meu ver, abordou o tema de maneira ampla e definitiva, dispensando nova análise ou parecer. Proponho que o referido relatório seja novamente enviado à Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia e às outras entidades interessadas.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 1º de maio de 2002.

Gerson Zafalon Martins
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 6227/2001
Parecer CFM N.º 43/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/09/2002

ATENÇÃO



CRMPR TEM NOVO ENDEREÇO E NOVA SEDE

Rua Victório Viezzer, 84 (Vista Alegre)

80810-340 - Curitiba - PR

Fone: 0 xx 41 240-4000

Fax: 0 xx 41 240-4001

e-mail: crmpr@crmpr.org.br

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Ricardo Fróes Camarão*

EMENTA - As unidades de urgência e emergência devem seguir o estabelecido na Súmula nº 140 do Tribunal Federal de Recursos; e os serviços de atendimento pré-hospitalar devem seguir as orientações constantes na Portaria GM/MS nº 814/01.

Palavras-chave: farmácia hospitalar, assistência, urgência, farmacêutico

PHARMACEUTICAL ASSISTANCE IN EMERGENCY ROOM

Key words: hospitalar pharmacy, urgent medication, pharmacologic assistance

CONSULTA

Em correspondência endereçada ao Conselho Federal de Medicina, o superintendente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, após breve exposição, questiona sobre a obrigatoriedade ou não da presença de farmacêutico nas unidades de assistência médica de urgência e emergência e equipes de atendimento pré-hospitalar. Para melhor entendimento, transcrevo em parte a consulta:

“Considerando o disposto na portaria GM/MS nº 824, de 24 de junho de 1999, aprovando o texto de Normatização de Atendimento pré-hospitalar constante do anexo: **NORMAS DE ATIVIDADE MÉDICA EM NÍVEL PRÉ-HOSPITALAR;**(...)

Considerando o que dispõe a Resolução nº 354, de 20 de setembro de 2000, do Conselho Federal de Farmácia, sobre assistência farmacêutica em atendimento pré-hospitalar às urgências e emergências, sobretudo quanto à obrigatoriedade de todos os serviços que prestam atendimento de urgência/emergência contar com a assistência técnica do profissional farmacêutico;

Considerando que, independentemente do enquadramento dos hospitais que possuam atendimento de urgência/emergência (...)

Tem o presente a finalidade de expor a V.S^ª as considerações acima e solicitar, se possível, a emissão de um parecer desse Conselho sobre o assunto e as dúvidas suscitadas, especialmente sobre a necessidade ou não do farmacêutico na equipe, com o único objetivo de bem orientar os hospitais nossos associados.”

PARECER

A consulta faz referência à Portaria GM/MS nº 824, de 24 de junho de 1999. No entanto, esta foi revogada pela de nº 814, de 1º de junho de 2001, publicada no Diário Oficial da União nº 107-E, de 4/6/2001.

* Conselheiro Relator Federal

Apesar da revogação, a consulta continua atual porque, além da portaria ministerial, faz referência a outro instrumento normativo do Conselho Federal de Farmácia, que dispõe a respeito do mesmo pleito, ou seja, a obrigatoriedade da assistência farmacêutica em todos os serviços que prestam atendimento de urgência/emergência.

Os serviços de urgência/emergência são serviços cuja atividade-fim é a assistência médica. Portanto, devem ser registrados nos Conselhos de Medicina e ter diretor técnico responsável, como dispõe o artigo 28 do Decreto nº 20.931/32. A Lei n.º 6.836, de 30 de outubro de 1980, em seu artigo 1º estabeleceu que o "registro de empresas e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas encarregados, serão obrigatórios nas profissões, em razão da atividade básica ou em relação àquela pela qual prestem serviços a terceiros."

Tal entendimento foi expressamente manifestado em 13 de agosto de 1997, pelo Tribunal Regional Federal da 1ª Região, ao julgar apelação proposta pelo Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais e outros, em face da Fundação Ouro Branco. in verbis:

"EMENTA:

ADMINISTRATIVO. ORGÃO DE CLASSE PROFISSIONAL. EXIGÊNCIA DE REGISTRO. ATIVIDADE FIM.

1- Não cabe exigir o registro em todos os Conselhos de Classe que abarcam as atividades meio do autor, já devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (atividade fim).

2- O definidor do nosso sistema é o regime único, ou seja, basta o registro pela atividade básica (Art. 1º, Lei n.º 6.839/80)

3- Apelos improvidos."

Outra decisão judicial está diretamente relacionada a exigência de farmacêutico em unidades hospitalares e se infere da análise da Súmula nº 140 do Tribunal Federal de Recursos, conforme a seguir:

"As unidades hospitalares, com até 200 (duzentos) leitos, que possuam dispensário de medicamentos, não estão sujeitas à exigência de manter farmacêutico".

A consulta faz referência à normatização do Ministério da Saúde sobre o atendimento pré-hospitalar (Port. MS n.º 814/2001) e à Resolução CFF nº 354/2000, em especial os artigos 1º e 2º. In verbis:

"Artigo 1º- Todos os serviços que prestam atendimento de urgência e emergência deverão obrigatoriamente contar com assistência técnica do profissional farmacêutico.

Artigo 2º- Todas as empresas que exercem atividades de transporte de pacientes deverão contar com assistência técnica do profissional farmacêutico. "

A Resolução do CFF foi elaborada na vigência da Portaria GM/MS n° 824/99, que não previa funções para o profissional farmacêutico, sendo inclusive usada como sexto considerando para fundamentar a emissão da Resolução CFF n.º 354/00. Com a revogação da portaria ministerial esse profissional foi contemplado na nova versão, a de n° 814/2001, que assim estabelece no item 3 do anexo I do artigo 1°. In verbis:

“3- REGULAÇÃO DO SETOR PRIVADO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: (incluídas as concessionárias de rodovias) – deve contar, obrigatoriamente com (...) e assistência técnica farmacêutica (para os casos de serviços de atendimentos clínicos) ...”]

CONCLUSÃO

Conforme estabelece a legislação em vigor, as unidades hospitalares de assistência médica e os serviços de urgências/emergências, devidamente registrados nos Conselhos de Medicina e que tenham diretor técnico responsável, não são obrigadas a manter farmacêutico desde que tenham até 200 (duzentos) leitos.

Por outro lado, somente os serviços de atendimento pré-hospitalar (APH) privados têm, na norma ministerial, a previsão da assistência farmacêutica ^{3/4} especificamente nos casos de serviços de APH que realizem atendimento clínico. Se a Santa Casa vier a operar este tipo de atendimento, estará aí incluída.

Nos casos dos serviços de APH que efetuem atendimento de vítimas decorrentes de trauma, a ação dos farmacêuticos terá a orientação da Portaria ANVISA n° 344/98, da Vigilância Sanitária.

Este é o parecer que submeto à apreciação do plenário do Conselho Federal de Medicina, SMJ.

Brasília, 22 de agosto de 2002.

Ricardo Froés Camarão
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 9844/2000
Parecer CFM N.º 41/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 30/08//2002

DEMONSTRAÇÃO CIRÚRGICA AO VIVO

Ricardo José Baptista*

EMENTA - As demonstrações cirúrgicas ao vivo devem seguir, sempre, todos os preceitos éticos recomendados, respeitando o relacionamento médico-paciente e garantindo seus direitos, com responsabilidade dos procedimentos à toda equipe cirúrgica, inclusive o cirurgião convidado, tendo como avalista a direção técnica do local onde o evento for realizado.

Palavras-chave: cirurgia, demonstrações, cuidados éticos, equipe cirúrgica, anestesia, aula ao vivo

ALIVE SURGICAL DEMONSTRATION

Key words: surgical demonstration, responsibilities, surgical team, authorization, resolution, ethics, surgery

DA CONSULTA

A presente consulta foi formulada pelo dr. E.A.D., a qual transcrevo:

"Membro de comissões de ética e autor de trabalhos e livro de Bioético, há muito venho me preocupando com uma prática cada vez mais difundida em eventos científicos de diversas especialidades, porém mais especificamente na minha própria, a cirurgia plástica.

Trata-se das demonstrações cirúrgicas 'ao vivo', onde pacientes são selecionados de formas diversas para se submeterem a cirurgias de demonstração, feitas por cirurgiões nacionais ou estrangeiros, quase sempre transmitidas em circuito fechado para a platéia de inscitos no evento.

Em minha modesta opinião trata-se de procedimento bastante questionável do ponto de vista ético, tendo em vista os seguintes pontos:

1) Inexiste, quase sempre, um razoável relacionamento médico-paciente, uma vez que o cirurgião somente verá o paciente momentos antes da cirurgia, morador que é em outra cidade, estado ou país. E o que é ainda pior: o cirurgião não acompanhará a evolução pós-operatória, que quase sempre fica a cargo dos Residentes de um dos serviços organizadores do evento. Portanto, eliminando o que há de mais importante num tratamento médico, o relacionamento médico-paciente.

2) Como se trata de uma 'demonstração', é óbvio que o cirurgião estará mais preocupado com o que irá mostrar do que com o resultado final do procedimento. Afinal, a platéia irá julgar o que será visto DURANTE a cirurgia, e não o pós-operatório que praticamente sempre transcorrerá depois que os participantes do evento já voltaram para suas casas. E muito menos verão o resultado final, com freqüência cercado de complicações, por razões bastante óbvias.

* Conselheiro Relator Federal

3) Pela razão acima, muitas vezes certas medidas favorecedoras do procedimento cirúrgico são tomadas em detrimento do paciente e até da segurança da cirurgia. Por exemplo, infiltrações excessivas de vaso-constritores, hipotensão controlada excessiva, etc. Com isso comprometendo o resultado final da cirurgia.

4) Para um 'show' mais bonito, técnicas sofisticadas são utilizadas em detrimento de procedimentos usuais e mais simples que poderiam beneficiar o paciente de maneira muito melhor do que aquele, utilizado somente para 'demonstração'. Com isso levando profissionais mais inexperientes a adotar técnicas inadequadas, muitas delas exigindo equipamentos caros e, por isso mesmo, prováveis financiadores da presença dos 'professores' naquele evento.

5) Outro fato grave: já assistimos certos chamados 'pequenos procedimentos' – que entretanto são cirurgias – serem realizados em palco de auditório, onde foi improvisada uma sala de cirurgia. Obviamente sem qualquer segurança.

6) Tais condutas quase sempre servem apenas para atender ao ego dos organizadores e 'demonstradores', já que o prolongado tempo de certos procedimentos comuns (asepsia, hemostasia, etc.) dispersam a atenção dos assistentes, acrescentando pouco ao aprendizado desses. Isso sem falar do que se constata com freqüência: muitos da platéia 'torcem' contra o cirurgião para que, numa espécie de catarse, possam dizer para si mesmos e para os colegas: 'Se ele que é famoso – ou estrangeiro – erra, eu também posso errar!' E quem paga o erro é o paciente voluntário.

7- Qualquer cirurgião sabe o quanto é problemático operar num meio que lhe é estranho, com equipe estranha e instrumentos estranhos. Tudo favorecendo para lhe trazer problemas para o ato cirúrgico. Uma vez mais em detrimento do paciente.

8) Com o advento do video-tape, de fácil e pouco dispendiosa execução, acredito que numa cirurgia feita 'em casa', no habitat natural do cirurgião, com sua equipe e material, num paciente com o qual houve um bom relacionamento médico-paciente e uma indicação cirúrgica adequada, será possível demonstrar procedimentos cirúrgicos sem qualquer risco para o paciente, para a imagem do cirurgião e para a respeitabilidade da Medicina.

Por todas essas razões, venho solicitar a esse egrégio Conselho o estabelecimento de normas – se é que elas já não existam – coibindo essa prática que, sendo prejudicial aos pacientes, sem dúvida é também para a nossa dignidade profissional. Além de nos colocar em risco de ter mais um flanco aberto para os ataques do sistema judiciário, hoje tão cheio de apetites contra a prática médica.

Se porventura já existirem normas a esse respeito, e essas não merecerem ser revistas em face do que foi exposto acima, solicito que, se possível for, me sejam enviadas. E também às Sociedades Médicas para que se evitem futuros e graves problemas para pacientes e médicos."

DO PARECER

O referido parecer deve ser inicialmente respondido citando principalmente os Pareceres CFM nºs 8/99 (que trata da autonomia do profissional da Anestesiologia), 3/98 (que trata de auxiliares e instrumentadores cirúrgicos) e as Resoluções nºs 1.490/98 (que trata da composição da equipe cirúrgica), 1.494/98 (que trata de médicos estrangeiros convidados), 1.493/98 (que trata sobre o diretor clínico), 1.409/94

(que trata de cirurgia ambulatorial) e 1.363/93 (que trata de recuperação pós-anestésica), todas em anexo.

Em que pesem todas as observações correspondentes aos itens, gostaria de ressaltar:

1º- O relacionamento médico-paciente deve ser sempre mantido e o paciente deve ser informado, pelo médico assistente, de que o cirurgião que fará o procedimento é um profissional médico com prerrogativas de convidado, de notório conhecimento e saber científico para tais procedimentos, sendo também responsável pelo mesmo; e de que há, na cidade do evento, um cirurgião residente que, com sua equipe, estará responsável por seu acompanhamento pós-operatório, garantindo-lhe aos mesmos o direito de acesso aos membros dessa equipe local solidária.

2º- Acrescente-se que numa demonstração cirúrgica, o cirurgião convidado para realizar o procedimento deve ser conhecido por todos e possuir renomado saber científico.

3º- Deve ser também óbvio que os atos cirúrgicos deverão ser realizados em local com toda a condição de segurança para o procedimento proposto, e os hospitais que abriguem esses eventos devem possuir comissões de ética constituídas, as quais devem ter conhecimento formal e antecipado da atividade programada, com o aval da direção técnica.

4º- O cirurgião programado para realizar o "procedimento demonstrativo" deverá estar habituado aos percalços normais inerentes a "operar fora de casa". Nada impede que o mesmo traga o seu material cirúrgico; e em algumas vezes, os membros de sua equipe titular.

Sabemos que a modernidade aproxima o distante, mas pode afastar os próximos; facilita o acesso à tecnologia, mas pode aumentar a dependência a ela; mas não podemos nos esquecer de que podemos democratizar a Medicina sem vulgarizá-la.

Portanto, se seguirmos os critérios do bom-senso, da ética e do respeito ao paciente, da boa prática médica e com interesse unicamente científico na informação, aprendizado e formação médica, as demonstrações cirúrgicas ao vivo poderão ser realizadas sem qualquer inconveniência.

Proponho ao CFM a criação de resolução que normatize os critérios para a realização de cirurgias demonstrativas, com fins na informação, aprendizado e formação médica.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 11 de julho de 2002.

Ricardo José Baptista
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 337/2000
Parecer CFM N.º 54/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 06/11/2002

ATESTADO PARA ABONO DE FALTA NO TRABALHO

Ricardo Fróes Camarão*

EMENTA - As justificativas do empregado pela falta ao serviço por motivo de doença devem obedecer o estabelecido no parágrafo 2º do artigo 6º da Lei nº 605, de 5/1/1949, redação dada pela Lei nº 2.761, de 26/4/56.

Palavras-chave: atestado médico, abono de falta, ato médico, documento, recusa

CERTIFICATE FOR JOB ABSENCE EXCUSE

Key words: medical certificate, absence excuse, medical act, document, refusal, justification

CONSULTA

O médico O.L.L.C.N., membro da Câmara Técnica de Perícias Médicas do CREMERJ e secretário da Seccional de Niterói do CREMERJ, em correspondência protocolizada sob o n.º 2.230/2001, elabora consulta e pede esclarecimentos sobre a aplicação da Lei n.º 605/49, especificamente sobre o abono da falta ao serviço em decorrência de atestado médico emitido por qualquer profissional inscrito no CRM de sua jurisdição.

Para melhor detalhamento da presente consulta, transcrevo trechos da referida correspondência:

“Temos tido bastante atividade em pareceres concernentes ao poder do atestado médico para abono de falta de trabalhadores; sempre nos utilizamos, por orientação anterior desta Casa, da Lei n.º 605/49, artigo 5º, parágrafo segundo, entendendo que não há validade administrativa para que o atestado médico particular abone a falta de um trabalhador, devendo este trabalhador procurar o órgão da Previdência a que estiver vinculado.

Em data recente, um outro membro da Câmara Técnica de Perícias Médicas nos alertou que esta lei não mais valeria, que o atestado médico de qualquer profissional inscrito no CRM teria validade, sim, para abonar o ponto. E disse mais: que como não haveria mais o INAMPS, não haveria aonde o trabalhador ir, por assim dizer, revalidar o seu atestado. Disse mas não informou aonde estaria escrita esta informação, sendo que aguardando que nos trouxesse a fonte para que pudéssemos estudá-la e interpretá-la, **MAS ELE NÃO TROUXE.**”

Continua em sua correspondência tecendo algumas considerações sobre a busca infrutífera dos esclarecimentos de suas dúvidas, e ao final formula pontualmente os seguintes questionamentos:

“1. Afinal a Lei n.º 605, de 1949, caiu?”

* Conselheiro Relator Federal

2. Qualquer atestado médico pode abonar falta ao serviço e sua recusa por parte do empregador configura violência ao direito do trabalhador?

3. Como devemos proceder e, principalmente, como devemos orientar os colegas procurados por trabalhadores para revalidar os atestados dos médicos particulares?”

PARECER

Antes de ser remetida ao conselheiro relator, a presente consulta foi enviada ao Setor Jurídico do CFM para que emitisse sua opinião a respeito da revogação ou não da Lei n.º 605/49.

Através de despacho exarado às fls. 02-v do parecer em tela, o dr. José Alejandro Bullón Silva, assessor jurídico do CFM, assim se manifestou :

“Em 27.04.01

À Dra. Livia,

A Lei n.º 605/49 continua em vigência, tendo sofrido alterações em alguns artigos, conforme cópia anexa. Desse modo, ao que nos parece, os questionamentos do consulente encontram-se apreciados no §2º, que justamente foi um dos dispositivos que sofreu alteração.

Conselho Federal de Medicina
José Alejandro Bullón Silva
Assessor Jurídico”

O Conselho Federal de Medicina já se manifestou doutrinariamente a respeito do assunto através dos pareceres de nºs 41/90 e 33/99, respectivamente, de 13 de outubro de 1990 e 23 de julho de 1999. Além disso, o Parecer SJ n.º 68/95 da Assessoria Jurídica/CFM, se pronunciou sobre o Precedente Normativo nº 81 do Tribunal Superior do Trabalho (TST).

CONCLUSÃO

A aceitação de atestados médicos depende da legislação vigente, entretanto não se deve perder de vista que qualquer médico presta-se a consignar o quanto resultou do exame por ele feito em seu paciente, sua sanidade e suas conseqüências.

É um documento que traduz o ato médico, é revestido de todos os requisitos que lhe conferem validade.

Respondendo pontualmente aos questionamentos do consulente, temos:

1º - A Lei nº 605, de 5 de janeiro de 1949, continua em pleno vigor;

2º - Em tese sim, pois todo atestado médico é documento que reveste-se, também, de idoneidade, veracidade e, conseqüentemente, validade.

A recusa não motivada por parte do empregador configura violência ao direito do trabalhador.

A recusa, quando em total obediência ao que preceitua o § 2º do art. 6º da Lei n.º 605/49, tem respaldo legal e ético;

3º - As homologações de atestados emitidos por médicos particulares devem obedecer o prescrito no parágrafo 2º do artigo 6º da Lei n.º 605/49. É de bom alvitre que os funcionários públicos somente devem homologar esses atestados quando fizerem parte de juntas médicas oficiais.

É o parecer que submeto à apreciação plenária do Conselho Federal de Medicina.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 22 de agosto de 2002.

Ricardo Froés Camarão
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 2230/2001
Parecer CFM N.º 56/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 08/11/2002

NOTA

CIRCULAR CFM Nº 170/2002-SEC

Brasília-DF, 12 de setembro de 2002

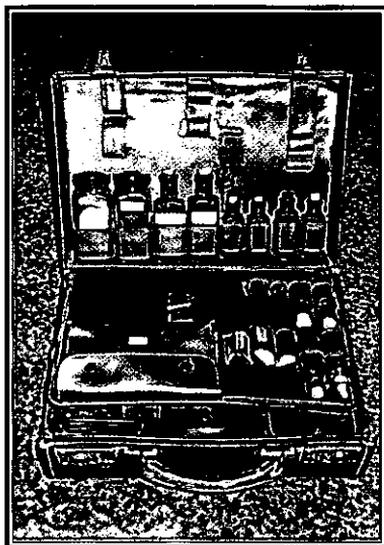
Senhor(a) Presidente(a),

Pelo presente, vimos informar a esse Conselho Regional de Medicina que a **Resolução CFM n.º 1642/02, foi republicada no Diário Oficial da União**, uma vez que a publicação anterior foi publicada com erro material.

No ensejo, apresentamos a V.S.a. nossos cordiais cumprimentos,

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Ehrenfried O. Wittig *



MALETA MÉDICA

Esta belíssima maleta médica de couro era destinada ao transporte de material para assistência médica domiciliar.

Dividida em duas partes continha os instrumentos tradicionais, como estetoscópio e esfigmomanômetro, termômetro e ainda caixas metálicas para esterilização de seringas, por energia elétrica e álcool. Também continha inúmeros medicamentos em frascos e dezenas de ampolas para uso emergencial e material para pequena cirurgia, gases, toalha, etc.

Excelente o estado de conservação, após dezenas de anos de uso, que o seu proprietário proporcionou a uma peça de trabalho diário, num período em que as cidades tinham poucas farmácias e hospitais e freqüente era o atendimento de urgência.

Atualmente os médicos não utilizam mais medicamentos em suas maletas, pois, quase toda a assistência é realizada em hospitais e unidades de saúde ou o atendimento médico domiciliar é feito por ambulâncias com recursos emergenciais.

Também quase todos tem hoje disponível meios rápidos de transporte. Assim, o atendimento médico familiar ou domiciliar é quase restrito a consulta clínica.

Doação: Dr. Sebastião Vicente de Castro

Palavras-chave - história da medicina, maleta médica
Key words - history of medicine, medical bag

* Diretor do "Museu de Medicina" da Associação Médica do Paraná.
Para doações, ligue para a secretaria da AMP - 0xx41. 342-1415
Visite nosso site www.amp.com.org

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

- Cons. Carlos Ehlke Braga Filho (Presidente)
- Cons. Antonio Carlos de Andrade Soares
- Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha
- Cons^a. 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. Hécio Bertolozzi Soares
- Cons. Niazzy Ramos Filho
- Cons. Nilson Jorge de Mattos Pellegrini

3 - COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS (CODAME)

- Cons^a. Mônica de Biasi Wright Kastrup
- Cons. José Eduardo de Siqueira
- Cons^a. 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^a. Célia Inês Burgardt
- Cons. Luiz Antonio de Melo Costa

5 - COMISSÃO DE LICITAÇÃO

- Cons. Roberto Bastos da Serra Freire (Presidente)
- Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha
- Cons^a. Mariângela Batista Galvão Simão
- Func^a. 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^a. 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 Pieri Neto (2º Secretário)
- Dr. João Henrique Steffen Junior
- Dr. Laércio Uemura
- Dr. Marcos Menezes Freitas de Campos
- Dr. Sylvio Carlos Silva Junior
- Dr. Adelmio 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^a. Maria Teresa de M. C. Coimbra (1ª Secretária)
- Dr. Mário Massaru Miyazato (2º Secretário)
- Dr. Minao Okawa
- Dr. Mário Lins Peixoto
- Dr. Aldo Yoshissuke Taguchi (Suplente)
- Dr. Giancarlo Sanches (Suplente)
- Dr. José Carlos Fernandes (Suplente)
- Dr. Luis Francisco Costa (Suplente)
- Dr. Oswaldo Rodrigues Truite (Suplente)
- Dr. Roberto Tanus Pazello (Licenciado)

DELEGACIA REGIONAL DE PORTO UNIÃO

- Dr. Ayrton Rodrigues Martins (Delegado Reg. do CREMESC)

DELEGACIA SECCIONAL DE APUCARANA

- Dr. José Marcos Lavrador (Presidente)
- Dr. Carlos Alberto Gebim Preto (Secretário)
- Dr. Guilherme Augusto Storer (Colaborador)
- Dr. Adail Rother Júnior (Suplente)
- Dr. Altimar José Carletto (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE CAMPO MOURÃO

- Dr. Dairton Luiz Legnani (Presidente)
- Dr. Moacir Ciulla Forclincula (Secretário)
- Dr. Antônio Carlos Cardoso (Colaborador)
- Dr. Manual da Conceição Garmeiro (Suplente)
- Dr. Wilfredo Sérgio Sandy Saavedra (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

- Dr. Keith de Jesus Fontes (Presidente)
- Dr. Sérgio Luiz Cochinski (Secretário)
- Dr. Moacir João Borguetti (Colaborador)
- Dr. Nelson Ossamu Osaku (Suplente)
- 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 Zaians (Secretário)
- Dr. Isidoro Antonio Villamayor Alvarez (Colaborador)
- Dr. Rovilson Ravagnani (Suplente)
- Dr. Nelson Antônio Baruffati Filho (Suplente)
- Dr. Hildegardis Zaccar (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

- Dr^a. Vera Lúcia Dias (Presidente)
- Dr. Osmar Edson de Andrade Góes (Licenciado)
- Dr^a. Alízar Danwich (Colaboradora)
- Dr. Humberto Pellegrini Maia (Suplente)
- Dr. Frederico Eduardo W. Virmond (Suplente)
- Dr^a. 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 Motzku (Suplente)
- Dr. César Augusto Macedo de Souza (Suplente)
- Dr. Pedro Soveral Bortot (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

- Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Presidente)
- Dr^a. Mari Cybulski (Secretária)
- Dr. Délcio Caran Bertucci Filho (Licenciado)
- Dr. Achilles Buss Junior (Licenciado)
- Dr^a. Margareth Zych (Licenciada)
- Dr. Gilberto Luiz Ortolan (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE TOLEDO

- Dr. Eduardo Gomes (Presidente)
- Dr. Ivan Garcia (1º Secretário)
- Dr. Frederico Patino Cruzatti (Colaborador)
- Dr. Wilson Botton (Suplente)
- Dr. José Maria Barreira Neto (Suplente)
- Dr. José Carlos Bossio (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

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