

ARQUIVOS
do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

CORREIOS

IMPRESSO ESPECIAL

3600137001 - DR/PR

CRM PR

20 ANOS

IMPRESSO

v.21 - n.81 jan./mar. - 2004

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
GESTÃO 2003/2008

DIRETORIA
(2003-2005)

Presidente:	Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Vice-Presidente:	Cons. Hécio Bertolozzi Soares
1ª. Secretária:	Consª. Raquele Rotta Burkiewicz
2ª. Secretária:	Cons. Mauri José Piazza
Tesoureiro:	Cons. Gerson Zafalon Martins
Tesoureiro-Adjunto:	Cons. Roberto Bastos da Serra Freire
Corregedor:	Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Corregedor-Adjunto:	Cons. Luiz Sallim Emed

MEMBROS EFETIVOS

Carlos Ehlke Braga Filho
Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Edgard Luiz Westphalen (Londrina)
Ewalda Von Rosen S. Stahlke (AMP)
Gerson Zafalon Martins
Hécio Bertolozzi Soares
Kemel Jorge Chammas (Maringá)
Luiz Sallim Emed
Marco Antonio do S. M. R. Bessa
Marília Cristina Milano Campos
Mauri José Piazza
Miguel Ibrahim Abboud Hanna Sobrº.
Monica de Biese Wright Kastrup
Raquele Rotta Burkiewicz
Roberto Bastos da Serra Freire
Sérgio Maciel Molteni
Sérgio Ossamu Ioshii
Wadir Rúpollo
Wilmar Mendonça Guimarães
Zacarias Alves de Souza Filho

MEMBROS SUPLENTES

Alexandre Gustavo Bley
Antonio Techy (Ponta Grossa)
Carlos Edmundo R. Fontes (Maringá)
Carlos Puppi Busetti Mori (Cascavel)
Célia Inês Burgardt
Fernando Meyer
Helio Delle Donne Júnior (Guarapuava)
Joachim Graf
José Luís de O. Camargo (Londrina)
Lucia Helena Coutinho dos Santos
Luiz Antonio de Mello Costa (Umuarama)
Luiz Ernesto Pujol
Marcelo da Silva Kaminski
Marcos Flávio Gomes Montenegro
Mário Stival
Marta Vaz D. de S. Boger (Foz do Iguaçu)
Maurício Marcondes Ribas
Paulo Roberto Mussi (Pato Branco)
Romeu Bertol
Roseni Teresinha Florêncio
Wanderley Silva

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

SECRETARIA

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - Paraná - CEP 80810-340
Telefone: (41) 240-4000 - Fax: (41) 240-4001

ISSN 0104 - 7620

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 21	n. 81	p. 01-60	Jan/Mar.	2004
---------------------------	----------	-------	-------	----------	----------	------

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

15.500 exemplares

CAPA

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

COMPOSIÇÃO

Marivone S. Souza - 338-5559

FOTOLITOS E IMPRESSÃO

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

EDIÇÃO

Revista publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro. Índice geral anual editado no mês de dezembro. Um único suplemento (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 texto publicado assinado nos "Arquivos", só poderá ser reproduzido ou transcrito, em parte ou no todo, com a permissão escrita da revista e autor e citação da fonte original.

RESPONSABILIDADE

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

NORMAS PARA OS AUTORES

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

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

Título - sintético e preciso, em português.

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

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

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

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

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

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

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

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

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

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

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

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

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

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

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

ÍNDICE REMISSIVO

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page www.crmpr.org.br Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em biblioteca@crmpr.org.br ou por telefone 0xx41 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. 21, n.81, 2004

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

ARTIGOS

Reflexões Sobre o Relacionamento Inter-Profissional em Instituições de Saúde

Marcelo de Sousa Tavares 01

Aspectos Éticos da Infertilidade

Alessandro Schuffner e Lidio Centa 04

Cooperativas de Trabalho e Medicina

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho 06

RESOLUÇÕES

É Proibida a Exigência de Caução Depósito Pelos Prestadores de Serviço de Saúde

ANSS-RN Nº 44/2003 13

Responsabilidade Ética dos Médicos e Instituições aos Portadores da AIDS

CFM Nº 1665/2003 14

Transporte Inter-Hospitalar de Pacientes

CFM Nº 1672/2003 17

Normas Para Atendimento Pré-Hospitalar

CFM Nº 1671/2003 20

PARECERES

Laudo Médico Pericial

Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior 36

Tratamento Fisioterápico da Retroversão Uterina

Pedro Pablo Magalhães Chacel 37

Médico Não Pertencente ao SUS e a Solicitação de Exame de Alta Complexidade (Interpretação dos Artigos 44 e 94 do CEM)

Alceu José Peixoto Pimentel e Rafael Dias Marques Nogueira 40

Programa de Remuneração Médica Individualizada

Pedro Pablo Magalhães Chacel 43

Plantão de Sobreaviso Com Escala Oficial e a Remuneração

Mauro Brandão Carneiro 46

Prontuário Médico

Pedro Pablo Magalhães Chacel 53

NOTÍCIAS ÉTICAS NA IMPRENSA

Americanos não Apoiam Casamento Gay

Gazeta do Povo 24/11/03 12

França Pode Punir Quem Praticar Abortos Por Negligência

Gazeta do Povo 29/11/03 39

Aborto Eugênico

Gazeta do Povo 24/11/03 42

COMISSÕES - CÂMARAS - REPRESENTAÇÕES DO CRM

Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná 56

HISTÓRIA DA MEDICINA

Cadeira de Otorrinolaringologista

Ehrenfried Othmar Wittig 60

REFLEXÕES SOBRE O RELACIONAMENTO INTER-PROFISSIONAL EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Marcelo de Sousa Tavares*

RESUMO – O presente estudo procura refletir à luz o código de ética médica e de outras recomendações internacionais, o relacionamento entre médicos e com outros profissionais de saúde em instituições de saúde. O presente artigo comenta, à luz do Código de Ética Médica, do Código de Processo Ético-profissional e do Manual de Ética do *American College of Physicians*, questões como abuso do poder dentro de instituições de saúde, mudança de prescrições médicas, abordagem de questões pessoais acerca de competência de médicos em equipes com diversas especialidades médicas, dentre outras.

Palavras-chave: ética médica, ética profissional, comissão ética, análise ética, códigos de ética

REFLECTIONS ABOUT INTERPROFESSIONAL RELATIONSHIPS IN HEALTH INSTITUTIONS

ABSTRACT – This study is aimed to reflect on the Code of Ethics as well as other international recommendations, the relationship among physicians as well as with other professionals of a multiprofessional team in health institutions. The present article comments, under the references of the Brazilian Code of Ethics, as well as the Code on Ethical-professional Processes and the Ethics Manual of the American College of Physicians, matters such as abuse of power within Health Institutions, change of medical prescriptions, approach of personal matters related to medicam competente in multispecialized health teams, among others.

Key words: medical ethics, professional ethics, ethics committee, ethical analysis, code of ethics

INTRODUÇÃO

A lacuna das discussões acerca da questão ética em instituições de saúde¹ foi abrandada com a criação pelo Governo Federal das Comissões de Ética em hospitais de grande porte. Já se constata, desde a criação dos primeiros hospitais, que a própria situação inerente aos profissionais de saúde (a situação de tensão associada à carga de trabalho e jornadas de trabalho excessivas) permitiam que situações de conflito entre os diversos profissionais de saúde aflorassem, conflitos estes que passaram a ter como mediadores as Comissões de Ética.

Estima-se que a maior parte de denúncias levadas à discussões em Comissões de Ética em hospitais decorram de conflitos entre colegas de profissão, tais como divergências sobre conduta frente a pacientes, abuso de poder, ofensas pessoais, conduta inadequada

* Professor Adjunto. Doutor do Departamento de Pediatria e Cirurgia Pediátrica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina; Membro da Comissão de Ética do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná.

frente a familiares e/ou outros profissionais. Em muitas ocasiões, a questão atém-se dentro da própria instituição de saúde, a fim de não sobrecarregar o próprio Conselho Regional com discussões muitas vezes intra-hospitalares de importância menor, com diferenças de cunho pessoal que poderiam ser resolvidas de maneira adequada sem delongas.

Sobre os direitos e deveres do médico:

A situação frente à mudanças de condutas frente a pacientes, alteração de prescrições ou procedimentos envolve deveres e direitos do médico e do paciente envolvido, sendo estes sumarizados abaixo.

O Código de Ética Médica(1), esclarece em seu capítulo VII, em artigo 81, que é vedado ao médico:

“alterar prescrição ou tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável”.

Cientificamente pode-se considerar conveniente o que melhor apraz ao paciente do ponto de vista terapêutico e, se deste ponto de vista, determinado procedimento ou prescrição for melhor para o mesmo, podemos considerar que a alteração da prescrição ou procedimento poderia ser sugerida por outro profissional ao colega, desde que explicados os motivos e feitas as ponderações necessárias.

Diz o Código em seu capítulo I, artigo 2º:

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

E ainda, em seu artigo 5º:

“O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente”.

Observamos que a intenção de atitude de profissionais que muitas vezes procuram sugerir mudanças de conduta visa justamente a de atender os artigos 2º e 5º do Código.

Entretanto, fato é que muitas condutas ou procedimentos não são de urgência, mas sim considerados procedimento de rotina, devendo, neste caso, os proponentes de mudança informarem (ou argumentarem) em tempo hábil, as mudanças de padrões de prescrição ou conduta terapêutica. Encontram-se, dentro desta esfera, colegas que em certas ocasiões possuem sua conduta inicialmente tomada, quando alterada propositalmente por outro colega, amparado no capítulo II do Código, referente aos direitos do médico, que em seu artigo 22 diz:

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

Neste sentido, pode-se considerar como correta a conduta do colega em apontar esta falha na rotina de comunicação entre 2 profissionais (ou equipes) a fim de aprimorar o atendimento ao paciente nesta instituição de saúde.

Em muitas ocasiões, colegas de diferentes especialidades opinam sobre conhecimento médico a respeito de determinada matéria que envolva atuação conjunta. Este tipo de afirmação é, muitas vezes, feita por colegas que, na realidade, não se encontram em condições de julgar o conhecimento técnico do médico em questão (ou de outros de sua equipe), estando impossibilitados de afirmar o grau de conhecimento técnico do colega citado. Não se pode atribuir uma característica comparativa a situações

que não se prestam para tal. Para que fossem comparáveis, dever-se-ia ter dupla formação (no caso de uma equipe, médicos com diferentes especializações) e, ainda, em Instituições diferentes, pois a qualidade entre as mesmas varia, o que teoricamente permitiria uma melhor formação geral em determinada matéria.

Observando-se ainda a questão, existem publicados Manuais sobre questões éticas ligadas às equipes multiprofissionais. Um dos mais citados é o do *American College of Physicians (Ethics Manual, ACP)*, publicado em *Ann Intern Med* 1998; 128: 576-594, o qual se refere a este assunto em parágrafo específico (*The Physician's Relationship to other Clinicians*):

"(...) A habilidade da equipe em cuidar efetivamente dos pacientes depende da habilidade de pessoas individuais em tratar o outro com integridade, honestidade e respeito na interação profissional diária, independentemente de raça, religião, etnia, nacionalidade, sexo, orientação sexual, idade ou deficiência. Particular atenção deve ser dada a certos tipos de relacionamentos e desequilíbrios de poder que poderiam ser abusivos ou exploradores ou que poderiam levar a abuso, tais como aqueles entre médicos residentes e seus orientadores". (tradução livre)

No capítulo sobre "Avaliação de colegas" - "Peer Review" -, afirma:

"Não é ético da parte de médicos desencorajar a competência profissional, conhecimento, qualificações ou serviços de outro médico ao paciente ou a terceiros (...)" (tradução livre)

Na parte "Conflitos entre membros de equipe de saúde" - "Conflicts among members of a Health Care Team" - lê-se:

"Todos profissionais de saúde compartilham o dever de trabalhar em equipe para servir os interesses do paciente (...). Quando um profissional de saúde possui objeções éticas maiores a atender uma ordem médica, ambos devem discutir o tema adequadamente. Devem ser disponíveis mecanismos hospitalares para a resolução de diferenças de opinião entre membros da equipe de saúde". (tradução livre).

É considerado dever, portanto, a tentativa de homologação de ambas as partes e consenso sobre o ocorrido. Caso, ainda após esta tentativa, não se chegue a acordo, o Código de Processo Ético-Profissional (3), em seu capítulo I, seção II, refere-se à Sindicância:

"Artigo 8º - O julgamento do Relatório de Sindicância poderá resultar:

I - Arquivamento da denúncia com sua fundamentação em baixa em diligência.

II - Homologação de procedimento de conciliação.

III - Instauração de Processo Ético-profissional".

CONCLUSÕES

Toda equipe multiprofissional deve estar alerta para minimizar conflitos externos que possam comprometer o bem estar do paciente, razão de ser da profissão médica. O entendimento através de reuniões periódicas da equipe, bem como constante atualização de conhecimentos por parte de todos poderiam, talvez, diminuir o número de processos levados às Comissões de Ética e aos Conselhos Regionais de Medicina.

Referências Bibliográficas

- 1 - Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. 6º ed. Brasília, 2001: 26.
- 2 - American College of Physicians. Ethics Manual. *Ann Intern Med* 1998; 128:576-594.
- 3 - Conselho Federal de Medicina. Código de Processo Ético-profissional. 6º ed. Brasília, 2001: 44.

- **Endereço:** marctavares@uol.com.br; Centro de Ciências da Saúde - UEL - Av. Robert Koch, 60 Londrina - PR 86038-440 - Fone: 0xx 43 33 71 22 74, fax: 0xx 43 33 37 51 00

ASPECTOS ÉTICOS DA INFERTILIDADE

Alessandro Schuffner*

Lídio Centa*

Palavras-chave: infertilidade, ética, reprodução assistida, consentimento, risco de doenças

ETHICAL ASPECTS OF INFERTILITY

Key words: infertility, ethics, assisted reproduction, consent, risk of diseases

O rápido desenvolvimento de novas tecnologias médica em reprodução humana tem levantado muitos aspectos éticos e legais. A sociedade está apenas começando a idealizar respostas aceitáveis.

Filósofos e teólogos perguntam se humanos teriam o direito de intrometer com o processo natural da procriação. Os esterileutas e seus pacientes têm preocupações mais imediatas – o que deve ser feito com os óvulos excedentes, espermatozóides e embriões? Devem ser mantidos congelados indefinidamente? A quem “pertence” caso os pais se divorciem ou morram?

Novas tecnologias reprodutivas estão mudando muitas idéias apreciadas sobre relação familiar. Hoje uma criança pode nascer de um óvulo doado, com espermatozóide doado, do útero de uma mulher “carreadora da gestação”. Desta forma, uma mulher sem elo hereditário com a prole pode dar a luz à uma criança que não é geneticamente relacionada aos eventuais pais. Quando todas as partes concordam à essa combinação não convencional, esta pode ser bastante satisfatória. Mas quando desacordos aparecem, os aspectos legais são extraordinários.

Outro aspecto envolvido é a seleção dos melhores espermatozóides, óvulos e embriões. Muitas pessoas desejam saber o efeito moral na nossa sociedade de qualquer tentativa em evitar que crianças com defeitos de nascerem.

Nos Estados Unidos, quando tratamentos de fertilidade resultam em gestações múltiplas, os casais enfrentam ainda mais uma questão, que é a possibilidade do abortamento seletivo de um ou mais embriões para melhorar as chances dos outros sobreviverem e para reduzir o fardo de terem quintuplos, sêxtuplos ou sétuplos, sendo esta é uma difícil decisão para o casal. Surgindo, nos Estados Unidos, questões como: seria este ato justificável?; este diferencia do abortamento tradicionalmente praticado?

Os seguros de saúde debatem se o tratamento para a infertilidade seria direito básico que deveria ser pago pelas seguradoras ou uma luxúria eletiva, similar à cirurgias cosméticas, disponíveis apenas para aqueles que podem “pagar” por isso.

* Ginecologista. Especialista em Reprodução Humana pela Universidade Norfolk, USA. Mestrando no Departamento de Ginecologia e Obstetria da UFPR.

** Professor Assistente de Ginecologia e Obstetria da UFPR. Responsável pelo Serviço de Reprodução Humana.

Devido a infertilidade e seus tratamentos levantar todas essas questões, e também por este tratamento envolver um tempo considerável, gastos financeiros, perda de privacidade, muitos casais acham o procedimento extremamente estressante. Médicos experientes no campo recomendam um aconselhamento privado e um suporte de grupos de infertilidade para ajudar os casais nesta jornada através desse processo.

Uma avaliação em 38 países das regulamentações/orientações atualmente praticados no cenário internacional foi publicado por Jones e Cohen (1999) que concluiu: (1) a maioria achou que as técnicas em reprodução assistida (TRA) são mais bem aplicada em casais heterossexuais. No entanto, mulheres solteiras tem tido acesso à TRA; (2) gestações múltiplas de maior ordem são indesejáveis. Para evitar esta situação muitos países limitaram o número de embriões a serem transferidos, no Brasil em particular temos o limite máximo de 4 embriões. Há uma tendência mundial no sentido de transferir menos embriões; (3) o consenso geral foi de disponibilizar a criopreservação de gametas e embriões; (4) doação de gametas e embriões funciona bem e particularmente no Brasil é anônima, tanto para o doador (a) quanto para o receptor (a), não podendo ter caráter comercial. Um doador (a) não poderá produzir mais de 2 gestações de sexos diferente, numa área de um milhão de habitantes (CFM, 1992). É necessário fornecer orientação para o risco potencial de transmissão de doenças quando utilizando esta tecnologia; (5) a injeção intracitoplasmática de espermatozóide é mundialmente utilizada e deve ser oferecida para os casais que necessitarem dessa técnica. Mas ainda há preocupação no sentido de transmissão de riscos que poderá resultar em infertilidade masculina em qualquer filho do sexo masculino; (6) consentimento ao tratamento deve garantir uma responsabilidade legal, de ambos os pais, para o futuro bem-estar da criança, independente da situação matrimonial destes; (7) o diagnóstico pré-implantação é um procedimento útil no sentido de aumentar o bem-estar da mãe e criança, sendo permitido no Brasil com a finalidade de detecção de doenças hereditárias (CFM, 1992), embora os riscos imediatos para crianças nascidas após este procedimento ainda não foram determinados num seguimento a longo prazo; (8) a gravidez de substituição é permitida no Brasil desde que exista um problema médico que impeça ou contra-indique a gestação na doadora genética, não podendo ter caráter lucrativo e a doadora temporária do útero deverá pertencer à família, num parentesco até segundo grau (CFM, 1992).

Referências:

- 1- Conselho Federal de Medicina, Resolução 1358,. Normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Arq. Cons Region Med do PR 1993, 10:34-6.
- 2- Jones HWJr, Cohen J. Surveillance 1998. Fertil Steril 1999, 71:796-7.

Endereço para correspondência: Alessandro Schuffner, Rua Bom Jesus, 758, Curitiba, PR, CEP 80.035-010, FAX:(41) 253-7999; e-mail: schuffner@androlab.com.br

COOPERATIVAS DE TRABALHO E MEDICINA

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho¹

Mônica de Andrade Nascimento²

Márcia Santos Sampaio³

Fernando Martins Carvalho⁴

RESUMO - Mudanças na organização e gestão do trabalho tem significado desregulamentação, flexibilização, desemprego, subemprego e precarização das condições de trabalho, afetando trabalhadores em geral e os médicos em particular. O objetivo desse trabalho foi discutir as Cooperativas de Trabalho em geral e as de Trabalho Médico em particular. Consultou-se a legislação brasileira que regula o trabalho assalariado e as Cooperativas de trabalho. Aponta-se a importância das Cooperativas de Trabalho como alternativa dos trabalhadores e dos médicos, indicando a constituição de cooperativas fraudulentas, que deixam de ser instrumentos de defesa dos interesses dos trabalhadores, tornando-se instrumento de exploração dos empregadores.

Palavras-chave: cooperativas de trabalho, cooperativas médicas, medicina

WORK COOPERATIVE AND COOPERATIVE MEDICINE

SUMMARY - Change in the work organization have engender flexibility and precariousness in the work conditions, affected the general work and physician. The object this work talked about legislation. The conclusion to evidence the important work's cooperatives how alternation from the work's crisis.

Key words: medical cooperative, medicine

1 - Professor Assistente do Departamento de Saúde - Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS. Doutorando em Medicina - CPgMS - Faculdade de Medicina - FAMED - Universidade Federal da Bahia - UFBA. Conselheiro do Conselho Regional de Medicina - Bahia - 2003/2008

2 - Professora do Curso de Medicina - Universidade de Feira de Santana - UEFS. Médica Psiquiatra, Mestre em Neuropsiquiatria - CPgMS - Faculdade de Medicina - FAMED - Universidade Federal da Bahia - UFBA.

3 - Advogada do Serviço de Assistência Judiciária - SAJ/Juizado de Pequenas Causas/Poder Judiciário do Estado da Bahia

4 - Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva - Faculdade de Medicina - Universidade Federal da Bahia - UFBA. Professor do CPgMS - Faculdade de Medicina - FAMED - Universidade Federal da Bahia - UFBA. Phd in Occupational Health, London University. Pesquisador 1B do CNPq.

- Trabalho Financiado pelo CNPq, Processo nº 476514/01-0 (NV). Trabalho apoiado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia - CREMEB, Sindicato dos Médicos da Bahia - SINDMED. Parte da Tese de Doutorado "Condições de Trabalho e Saúde dos Médicos em Salvador". Desenvolvida no Curso de Pós-Graduação em Medicina e Saúde - CPgMS, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia - UFBA.

Endereço para correspondência - Km 03, Br 116, Campus Universitário, Departamento de Saúde, UEFS, Feira de Santana, Bahia, Brasil, Cep - 44031-460 - Tel/Fax - 75 - 224-8088 - e-mail: mon.ica@zaz.com.br

INTRODUÇÃO

A incorporação de inovações científicas, tecnológicas e econômicas, tais como a informática, a robótica, os modernos sistemas de comunicação à distância, a globalização da economia, tem gerado mudanças sociais, econômicas e políticas no mundo, ocasionando uma reconfiguração do mundo do trabalho.

Profundas mudanças ocorreram na organização e na gestão do trabalho, denominada por diversos autores de reestruturação produtiva. Essas mudanças vem ocorrendo nos diversos setores da economia, (primário, secundário e terciário), gerando diferentes formas de adaptação que, em muitos casos, tem significado desregulamentação e desregulação do trabalho, flexibilização do acesso e do processo de trabalho, desemprego, subemprego, precarização das condições de trabalho, afetando indistintamente os trabalhadores e os médicos em particular^{7,8}.

No Brasil, essas mudanças intensificaram os debates sobre a regulação das relações de trabalho. Como se sabe, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) é a principal fonte de regras disciplinadoras da relação de trabalho para a economia privada e para parte do emprego público. A Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) no capítulo dos Direitos Sociais, assegura como direito do trabalhador⁶:

- relação de emprego protegida contra demissão arbitrária ou sem justa causa;
- seguro-desemprego e fundo de garantia por tempo de serviço (FGTS);
- salário mínimo nacional unificado;
- décimo terceiro salário;
- remuneração superior para trabalho noturno;
- participação nos lucros e excepcionalmente na gestão das empresas;
- jornada de trabalho normal não superior a oito horas diárias e quarenta e quatro semanais;
- gozo de férias anuais e direito a repouso semanal;
- aposentadoria por tempo de serviço e idade;
- proteção ao trabalho da mulher e dos jovens;
- reconhecimento das convenções e acordos coletivos de trabalho;

Já o trabalho no setor público tem regulação especial. A começar, pelas normas de ingresso no setor público. A Constituição Federal de 1988 estabelece que a investidura em cargo ou emprego público dá-se por concurso público. Constituem-se como exceção a esta regra os cargos em comissão, nomeados pelas autoridades competentes e os casos de contratação temporária para atenderem a necessidade de excepcional interesse público. Reza a Constituição Federal que os governos federal, estaduais e municipais instituem o Regime Jurídico Único nos respectivos âmbitos de competência, bem como planos de carreira para servidores da administração pública direta, das autarquias e fundações públicas. Ainda conforme o texto constitucional, tem estabilidade os servidores concursados após dois anos de exercício efetivo e é assegurado ao servidor público aposentadoria por tempo de serviço e idade^{2,6}.

Nos anos noventa com as mudanças ocorridas internacionalmente provocadas pela denominada globalização, a questão da regulação do trabalho no

Brasil, quer no setor privado, quer no setor público tem figurado na agenda política. De forma sintética, o cerne da discussão concentra-se nos argumentos de rigidez dos sistemas de relação de trabalho no setor privado (CLT/CF1988) no setor público (CF1988/Regime Jurídico Único), que geram um custo excessivo da força de trabalho, incompatíveis com o atual momento de competição internacional. Dessa forma, vem prosperando na agenda política das instituições públicas e privadas, o debate sobre a flexibilização das relações de trabalho e a expansão da contratação coletiva, consideradas por empresários do setor privado e gerentes públicos, como procedimentos necessários à modernização e eficiência do sistema de relações de trabalho no Brasil⁶.

Diante desse quadro geral, de reestruturação produtiva, várias empresas dos diversos setores da economia, tem optado pela terceirização da força de trabalho, como forma de alcançar objetivos econômicos e financeiros específicos, como a redução de custos e preços dos seus produtos e serviços.

No Brasil, essa estratégia, tem encontrado no sistema cooperativo, um potente instrumento para burlar e solucionar os custos com força de trabalho, de empresas dos diversos setores da economia, obrigadas a cumprir os ditames Constituição Federal de 1988, que ratificam e ampliam as conquistas e direitos trabalhistas consagrados na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Esse recurso ao sistema cooperativo, por parte dos setores empresariais e muitas vezes do próprio Estado, vem gerando certo descrédito por parte das entidades representativas dos trabalhadores, no sistema cooperativo, que, entretanto devem ser discutidas.

2 – COOPERATIVAS DE TRABALHO CONCEITO E DEFINIÇÃO

As cooperativas de trabalho devem ser entendidas do ponto de vista jurídico-social, como uma associação de iniciativa dos próprios trabalhadores de um mesmo ofício ou de trabalhadores de diversos ofícios de uma mesma categoria profissional, com a finalidade primordial de melhorar a remuneração e as condições de trabalho pessoal de seus associados e, dispensando a intervenção de um patrão ou empresário, se propõem a contratar e executar obras, tarefas, trabalhos ou serviços, públicos ou particulares (artigo 24 do Decreto 22.239, de 1932)^{10,12}.

Logo, as cooperativas de trabalho resultam da associação de trabalhadores com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, sem que haja ingerência ou intermediação de terceiros, sem o objetivo de aferir lucro e sim o favorecimento sócio-econômico e cultural dos associados. Nas cooperativas inexistente a subordinação. Trata-se, pois de indivíduos e/ou pessoas jurídicas que se reúnem em prol de um objetivo comum^{10,11,12}.

A constituição de cooperativas de trabalho, devem observar alguns princípios norteadores, como a ausência de subordinação jurídica entre os seus membros, pois os membros da cooperativa, caracterizam-se como indivíduos ou trabalhadores autônomos. Todos os membros são proprietários deste ente jurídico, dividem e compartilham suas atividades, sucessos e derrotas. São sócios, logo, estão em patamar de igualdade jurídica, diferentemente do que ocorre no vínculo empregatício, onde existe a subordinação manifesta em suas diversas esferas^{10,11,12}.

Como consequência desse princípio norteador, emerge outro princípio, o da iniciativa dos trabalhadores para a constituição de uma cooperativa de trabalho. Uma cooperativa de trabalho deve ser uma iniciativa espontânea de trabalhadores, que de uma forma associada, buscam o favorecimento social e econômico de todos os membros. Dessa forma, os trabalhadores devem ser sujeitos do processo de constituição de uma cooperativas de trabalho, não podendo existir subordinação jurídica entre os membros da cooperativa. A simples configuração desta situação de fato descaracteriza o instituto¹⁰.

Outro princípio norteador consequente aos demais é o de que o controle administrativo e fiscal seja acessível a qualquer membro da cooperativa de trabalho, não podendo haver qualquer limitação a esse direito. O processo para esse controle deve ser regulado pela Assembléia Geral, que deve contar com a participação de todos os membros, com direito a voz e voto.

No Brasil a lei 5764/71 regula a formação de cooperativas de trabalho nos seguintes termos³:

- a) uma cooperativa de trabalho deve ser constituída com um número mínimo de 20 (vinte) associados;
- b) capital variável, representado por quotas-partes, para cada associado, inacessíveis a terceiros ou estranhos à sociedade;
- c) limitação de número de quotas-partes para cada associado;
- d) singularidade do voto, podendo as cooperativas centrais, federações e confederações de cooperativas, exceção feita às de crédito, optarem pelo critério da proporcionalidade;
- e) quorum para as assembléias, baseado no número de associados e não no capital;
- f) retorno das sobras líquidas do exercício, proporcionalmente às operações realizadas pelo associado;
- g) prestação de assistência ao associado;
- h) fornecimento de serviços a terceiros atendendo os seus objetivos sociais;

Dessa forma as cooperativas de trabalho são definidas como sociedades que se constituem para prestar serviços a seus associados, com vistas ao interesse comum e sem o objetivo de lucro. Podem ser formadas por vinte participantes no mínimo, denominados cooperados, que, ao ingressar, integralizam as quotas-partes. Participação dos cooperados nos processos decisórios – cada trabalhador, um voto – e a divisão do lucro conforme o trabalho e não conforme o capital³.

3 – COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO

As cooperativas que comercializam planos de saúde são compostas por médicos cooperados, responsáveis pelo atendimento aos usuários em consultórios particulares próprios ou em hospitais, laboratórios e clínicas credenciados. Em geral operam em regime de pré-pagamento, ou, eventualmente, de pagamento por custo operacional (despesas por atendimentos efetivamente realizados, acrescidos de taxas de administração. Não há alternativas para o sistema de livre escolha de reembolso¹.

No Brasil o sistema cooperativo na área de prestação de serviços de saúde, iniciou-se na década de sessenta, por iniciativa de dirigentes do sindicato dos médicos de Santos, São Paulo, como uma reação ao surgimento das primeiras empresas de medicina de grupo criadas por advogados, empresários ou grupo de médicos não vinculados ao movimento de categoria, sendo denominada de UNIMED^{4,5,8}.

O modelo organizacional proposto pela cooperativa UNIMED caracteriza-se pela elevada descentralização horizontal, entendida como a extensão em que o poder formal ou informal é dispersado da linha hierárquica para as partes não gerenciais da estrutura. Assim, à parte chave da estrutura é o núcleo operacional (responsável direto pela produção de bens ou prestação de serviços), que atua com alto grau de autonomia^{4,5}.

O pressuposto desse modelo é que os cooperados são profissionais altamente especializados, são treinados e doutrinados em instituições formadoras externas ao ambiente da organização – as instituições de ensino – e sua conduta é regulada pelos órgãos de classe. Dessa forma, entende-se que são portadores de grande autonomia e controle sobre a sua força de trabalho (conhecimento, habilidade e postura), necessários à prestação de serviços de saúde. Os principais traços que caracterizam o sistema cooperativo UNIMED, são a participação dos cooperados nos processos decisórios – cada trabalhador, um voto – e a divisão dos resultados financeiros conforme o trabalha o e não conforme o capital^{1,4,5}.

A combinação dessas características imprime a UNIMED uma história e um desenho peculiar, que expressam o caminho percorrido por dirigentes da categoria médica para conformar uma organização capaz de otimizar as possibilidades de ocupação do mercado de trabalho e fugir da submissão salarial a empresas médicas, adotando o discurso do exercício liberal, ético e socialmente comprometido da profissão^{1,8}.

A estrutura da UNIMED está organizada em cooperativas de diferentes graus, a saber: cooperativas de primeiro grau ou basilares, denominada singulares, com áreas de trabalho exclusivas (um ou mais municípios); cooperativas de segundo grau ou federações que, dependendo de sua área de ação, podem ser intrafederais – estaduais ou regionais – ou interfederativas e a cooperativa de terceiro grau constituída pela confederação de âmbito nacional, UNIMED do Brasil⁴.

Os médicos cooperados filiam-se às cooperativas de primeiro grau, as quais vinculam-se às federações; estas, por sua vez, estão ligadas à confederação. A função expressa das cooperativas em todos os graus é prestar serviços aos seus associados. Não existe, formal ou informalmente, sistema decisório hierárquico estabelecido entre os diferentes graus, sendo as singulares autônomas e independentes, nos aspectos jurídicos, econômico e administrativo^{4,5}.

Como cooperativa, a UNIMED negocia, em nome dos profissionais, contratos de prestação de serviços, tendo como clientes pessoas físicas ou jurídicas. Apresenta como missão, *“o objetivo de agregar profissionais médicos para defesa do exercício liberal, ético e qualitativo de sua profissão, com adequadas condições de trabalho e remuneração justa, além de proporcionar, à maior parcela possível da população, um serviço médico de boa qualidade, personalizado e a custo compatível”*⁴.

A descrição do sistema cooperativo UNIMED e o histórico de sua constituição permitem uma noção da engenharia institucional que caracteriza a organização. A

intenção de seus líderes fundadores tem sido de manter sob controle dos médicos um amplo conjunto de atividades relacionadas a uma prática definida como liberal, desenvolvida no âmbito de uma organização complexa, buscando garantir a autonomia na prática profissional e competir no mercado de trabalho¹.

O modelo organizacional cooperativo é garantido com instâncias decisórias colegiadas e divisão de ganhos segundo produção. Esses procedimentos revelam-se bastante atrativos para a categoria médica. Aliado à relativa facilidade com que uma singular é constituída, esse modelo pode explicar as expressivas taxas de adesão dos médicos a UNIMED. Dessa forma, os médicos podem controlar o seu próprio trabalho, além de utilizar o sistema decisório existente para controlar as decisões que os afetam interferindo de forma significativa nos rumos tomados pela organização. Todas essas características fazem da UNIMED um exemplo singular de Cooperativa de Trabalho⁵.

4 – CONCLUSÃO

É exatamente nesse contexto que se insere a importância das Cooperativas de Trabalho, que podem constituir-se em instrumento de solução para os trabalhadores de determinadas categorias, proporcionando novos mecanismos de regulação do trabalho para uma parcela expressiva de trabalhadores, que dessa forma poderiam alcançar e/ou preservar certa autonomia, através da união de esforços e objetivos^{2,3}.

Inegável, entretanto, que o instituto das Cooperativas de Trabalho, apresenta-se interessante tanto para trabalhadores, como para empregadores do setor público e do setor privado. Dessa forma, as iniciativas mais recentes de constituição de Cooperativas de Trabalho, não tem sido incrementadas por trabalhadores, mas sim, por parte de empresários e intermediários estimulados por gestor público e privado e assim, descaracterizando o instituto⁷.

Esse mecanismo constitui-se em fraude, desvirtuando os princípios norteadores do sistema cooperativo, que se caracterizam pela autonomia, independência e iniciativa dos trabalhadores que se associam livremente, sem que haja empregatício, sendo desnecessário a ratificação formal do contrato de trabalho, uma vez que o Direito do Trabalho pugna pela busca da verdade real.

Ademais, não se pode confundir um cooperado, senhor de suas ações, autônomo, proprietário da sua força de trabalho, com um empregado subordinado. O cooperado exerce a sua atividade de forma autônoma, livre da ingerência de um terceiro. A relação jurídica firmada entre a cooperativa e os tomadores de serviço é de natureza civil, decorre de um contrato de prestação de serviço, resulta da execução de uma atividade certa e determinada, sem que para sua configuração seja necessária a direção e fiscalização do contratante³.

O cooperado é um especialista no serviço que desempenha, para o qual é contratado, podendo exercê-lo sozinho, mas optando pela atuação em conjunto com colegas de mesmo ofício. A cooperação entre os sócios faz com que possam esses se relacionar com terceiros, com uma maior força de negociação³.

Dessa forma, a tentativa de burlar as relações, através da criação de cooperativas fraudulentas, por parte de empresários e intermediários, deve ser denunciada pelos trabalhadores em geral e pelos trabalhadores médicos em particu-

lar, indevidamente cooperados, para que tal prática seja severamente coibida, pela aplicação eficaz do ordenamento jurídico vigente, através da ação dos fiscais do trabalho (Ministério do Trabalho e Emprego/Delegacias Regionais de Trabalho) e Ministério Público de Trabalho, através de Ações Civis Públicas propostas contra as cooperativas fraudulentas.

5 – Referências Bibliográficas

- 1 – Akamine O. UNIMED 30 Anos. São Paulo: Cortez Editorial, 1997.
- 2 – Brasil. Constituição Brasileira de 1988. 2ª edição, Rio de Janeiro: Forense Universitário. 1993.
- 3 – Brasil. Lei 5764/1971. Dispõe sobre as Cooperativas de trabalho, 1998.
- 4 – Confederação Nacional de Cooperativas Médicas. APO 145. São Paulo, 1996.
- 5 – Duarte CMR. UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2001,; v. 17: 1-15.
- 6 – Druck MG. (Des)fordizando a fábrica. EDUFBA, Salvador, 1999.
- 7 – Girardi SN e Chechiglia ML. Relações de trabalho no setor público: Alguns aspectos sobre sua regulação. Saúde em Debate, 1995,; v. 46: 5-13.
- 8 – Machado MH e Nigenda G. Modelos de regulación profesional de los médicos en América Latina: elementos teóricos para sua análise. Cadernos de Saúde Pública, 1997,; v. 13 (4): 135-45.
- 9 – Ministério da Saúde/FIOCRUZ/ENSP Trabalhadores de Saúde em Números, Rio de Janeiro, 1998.
- 10 – Pinho DB. Manual de Cooperativismo. V. 1, São Paulo, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, 1982.
- 11 – _____. Evolución del Pensamiento Cooperativista. Cadernos de Cultura Cooperativa, 76. Buenos Aires: Intercoop Editora, 1987.
- 12 – Schneider JO. As origens do cooperativismo moderno. In: Compêndio de Cooperativismo UNIMED (NL May, org.) pp. 21-34, Porto Alegre, WS Editor, 1998.

BIOÉTICA - WASHINGTON

AMERICANOS NÃO APOIAM CASAMENTO GAY

Dois terços da população americana (62%) são contra a legalização do casamento entre homossexuais, segundo uma pesquisa feita pela Time /CNN. Mas 53% dos entrevistados disseram que não se oporiam caso a Justiça pedisse às autoridades de seus estados que reconhecessem legalmente esta uniões. A Suprema Corte de Massachusetts tomou na última Terça-feira uma decisão favorável ao casamento gay.

Transcrito da Gazeta do Povo – 24/11/2003

RESOLUÇÕES

É PROIBIDA A EXIGÊNCIA DE CAUÇÃO DEPÓSITO PELOS PRESTADORES DE SERVIÇO DE SAÚDE

ASN *

EMENTA - Dispõe sobre a proibição da exigência de caução por parte dos Prestadores de serviços contratados, credenciados, cooperados ou referenciados das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

Palavras-chave: caução, depósito, garantia, serviços de saúde, nota promissória, cheque caução

HEALTH SERVICES AGENCIES ARE FORBIDDEN TO REQUIRE GUARANTEE DEPOSIT

Key words: collateral security, guarantee deposit, health services, collateral security check

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso VII do art. 4º da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, considerando as contribuições da Consulta Pública n.º 11, de 12 de junho de 2003, em reunião realizada em 23 de julho de 2003, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º Fica vedada, em qualquer situação, a exigência, por parte dos prestadores de serviços contratados, credenciados, cooperados ou referenciados das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e Seguradoras Especializadas em Saúde, de caução, depósito de qualquer natureza nota promissória ou quaisquer outros títulos de crédito, no ato ou anteriormente à prestação do serviço.

Art. 2º Fica instituída Comissão Especial Permanente para fins de recepção, instrução e encaminhamento das denúncias sobre a prática de que trata o artigo anterior.

§ 1º As denúncias instruídas pela Comissão Especial Permanente serão remetidas ao Ministério Público Federal para apuração, sem prejuízo das demais providências previstas nesta Resolução.

§ 2º Os Processos encaminhados ao Ministério Público Federal serão disponibilizados para a orientação dos consumidores no site da ANS, www.ans.gov.br.

Art. 3º A ANS informará à operadora do usuário reclamante quanto às denúncias relativas a prestador de sua rede, bem como a todas as demais operadoras que se utilizem do referido prestador, para as providências necessárias.

Art. 4º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

Januário Montone
Diretor-Presidente

* Agência Nacional de Saúde Suplementar

Resolução ANS-RN n.º 44/2003
Publicado no D.O.U. de 28/07/2003

RESPONSABILIDADE ÉTICA DOS MÉDICOS E INSTITUIÇÕES AOS PORTADORES DA AIDS

CFM*

EMENTA - Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS) e soropositivos.

Palavras-chave: AIDS, responsabilidade médica, ética, diretor técnico

MEDICAL AND INSTITUTIONAL RESPONSABILITY TOWARDS THE AIDS PATIENTS

Key words: AIDS, medical responsibility, ethics, technical director

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a 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 determina o artigo 5º da Constituição Federal no que tange aos direitos e garantias do cidadão;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios aos seus alcances, pelo perfeito desempenho técnico e ético da Medicina;

CONSIDERANDO que o artigo 1º do Código de Ética Médica determina que a Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza;

CONSIDERANDO as normas emanadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o atendimento e tratamento dos pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS);

CONSIDERANDO a persistência da epidemia do vírus da SIDA (AIDS) no país, a progressiva mudança em seu perfil e sua crescente feminização, atingindo grupos populacionais cada vez mais amplos, a despeito das campanhas preventivas até aqui desencadeadas;

CONSIDERANDO o profundo impacto que a doença provoca no paciente portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV), limitando sua atividade física e tornando-o vulnerável física, moral, social e psicologicamente;

CONSIDERANDO a freqüente violação dos direitos e da dignidade humana destas pessoas, expressa por recusas de atendimento e internações ou realização de

* Conselho Federal de Medicina

procedimentos invasivos, bem como a interrupção de cuidados ou de pagamento dos mesmos após o conhecimento do diagnóstico;

CONSIDERANDO as altas taxas de transmissão vertical do vírus HIV no país, apesar da disponibilização de tratamento gratuito às gestantes na rede pública, incluindo o acesso aos medicamentos anti-retrovirais;

CONSIDERANDO a comprovada eficácia de tratamento anti-retroviral durante a gravidez, o trabalho de parto e as primeiras semanas de vida, o que permite redução significativa do risco de um recém-nascido contrair o vírus HIV de gestante soropositiva;

CONSIDERANDO que o médico é obrigado a notificar aos serviços de saúde os casos de infecção pelo vírus HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical, de acordo com a Portaria n.º 993, de 4 de setembro de 2000, do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO que no contexto da assistência integral à saúde da mulher a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, de acordo com o Manual Técnico do Ministério da Saúde/ 2000 – Assistência Pré-Natal;

CONSIDERANDO o disposto no Capítulo IX do Código de Ética Médica, que trata do Segredo Médico, além dos Códigos Civil e Penal em seus artigos específicos, 144 e 154, respectivamente;

CONSIDERANDO os termos dos Pareceres CFM n.ºs 14/88 e 11/92 e as resoluções vigentes dos Conselhos Regionais de Medicina dos estados de Alagoas, Pará, Rio de Janeiro e São Paulo;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 7.05.2003.

RESOLVE:

Art. 1º - O atendimento profissional a pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana é um imperativo moral da profissão médica, e nenhum médico pode recusá-lo.

Parágrafo 1º - Tal imperativo é extensivo às instituições assistenciais de qualquer natureza, pública ou privada.

Parágrafo 2º - O atendimento a qualquer paciente, independente de sua patologia, deverá ser efetuado de acordo com as normas de biossegurança recomendadas pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, razão pela qual não se pode alegar desconhecimento ou falta de condições técnicas para a recusa da prestação de assistência.

Parágrafo 3º - As instituições deverão propiciar ao médico e demais membros da equipe de saúde as condições dignas para o exercício da profissão, o que envolve, entre outros fatores, recursos para a proteção contra a infecção, com base nos conhecimentos científicos disponíveis a respeito.

Parágrafo 4º - É responsabilidade do diretor técnico da instituição a efetiva garantia das condições de atendimento.

Art. 2º - É da responsabilidade da instituição pública/privada e de seu diretor técnico garantir e promover a internação e tratamento dos portadores do vírus da SIDA (AIDS), quando houver indicação clínica para tal.

Parágrafo único - O diagnóstico do vírus da SIDA (AIDS), por si só, não justifica o isolamento ou confinamento do paciente.

Art. 3º - É responsabilidade do diretor técnico das instituições intermediadoras dos serviços de saúde de qualquer natureza, inclusive seguradoras, a autorização de internação, a manutenção do custeio do tratamento e a autorização para exames complementares dos pacientes associados ou segurados portadores do vírus da SIDA (AIDS).

Parágrafo único - O custeio dos meios necessários à segurança do Ato Médico, inclusive ambulatorial, deve ser garantido pelas empresas de planos de saúde, seguradoras e Sistema Único de Saúde.

Art. 4º - É vedada a realização compulsória de sorologia para HIV.

Art. 5º - É dever do médico solicitar à gestante, durante o acompanhamento pré-natal, a realização de exame para detecção de infecção por HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, resguardando o sigilo profissional.

Art. 6º - É dever do médico fazer constar no prontuário médico a informação de que o exame para detecção de anti-HIV foi solicitado, bem como o consentimento ou a negativa da mulher em realizar o exame.

Art. 7º - Os serviços e instituições de saúde, públicos e privados, devem proporcionar condições para o exercício profissional, disponibilizando exames, medicamentos e outros procedimentos necessários ao diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV em gestantes, bem como assistência ao pré-natal, parto, puerpério e atendimento ao recém-nascido.

Art. 8º - É responsabilidade do médico, da instituição e de seu diretor técnico garantir a preservação dos direitos de assistência médica das pessoas portadoras do vírus HIV.

Art. 9º - O sigilo profissional que liga os médicos entre si e cada médico a seu paciente deve ser absoluto, nos termos da lei, e notadamente resguardado em relação aos empregadores e aos serviços públicos.

Parágrafo único - O médico não poderá transmitir informações sobre a condição do portador do vírus da SIDA (AIDS), mesmo quando submetido a normas de trabalho em serviço público ou privado, salvo nos casos previstos em lei, especialmente quando disto resultar a proibição da internação, a interrupção ou limitação do tratamento ou a transferência dos custos para o paciente ou sua família.

Art. 10 - O sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação aos pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS), salvo nos casos determinados por lei, por justa causa ou por autorização expressa do paciente.

Art. 11 - Revogam-se todas as disposições em contrário, especialmente a Resolução CFM n.º 1.359, de 11 de novembro de 1992.

Art. 12 - Esta resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

Brasília-DF, 7 de maio 2003

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

Resolução CFM n.º. 1665/2003
Publicado no D.O.U. de 03/06/2003

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE PACIENTES

CFM*

EMENTA - Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências.

Palavras-chave: transporte, paciente, transferência hospitalar, remoção

PATIENT'S INTER-HOSPITAL TRANSPORTATION

Key words: patients transportation, hospital transference, transferal

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 os Conselhos Federal e Regionais de Medicina são os órgãos supervisores e disciplinadores da classe médica, bem como fiscalizadores do exercício profissional médico, devendo, portanto, zelar pelas condições adequadas dos serviços médicos prestados à população;

CONSIDERANDO que a responsabilidade fundamental da atividade médica é procurar preservar a vida, aliviar o sofrimento, promover a saúde e melhorar a qualidade e a eficácia do tratamento emergencial;

CONSIDERANDO a existência de serviços de atendimento pré-hospitalar que prestam atendimentos de urgência/emergência à população, com veículos já padronizados;

CONSIDERANDO que o transporte de pacientes através de ambulâncias, com os equipamentos necessários e competente classificação, está devidamente estabelecido pelas Resoluções CFM n.º 1.671/2003 e n.º 1.596/2000 (transporte aeromédico), além de normatização específica do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO que a ambulância tipo A, denominada ambulância de transporte, é o veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo;

CONSIDERANDO que a ambulância tipo B, denominada ambulância de suporte básico, é o veículo destinado ao transporte pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido e transporte inter-hospitalar, contendo apenas os equipamentos mínimos à manutenção da vida;

CONSIDERANDO que a ambulância tipo C, denominada ambulância de resgate é o veículo de atendimento de emergências pré-hospitalares de pacientes

* Conselho Federal de Medicina

com risco de vida desconhecido, contendo os equipamentos necessários à manutenção da vida;

CONSIDERANDO que a ambulância tipo D, denominada ambulância de suporte avançado (ASA) ou ambulância UTI móvel, é o veículo destinado ao transporte de pacientes de alto risco de emergências pré-hospitalares e transporte inter-hospitalar, contendo os equipamentos médicos necessários para esta função, sendo obrigatória, quando em serviço a presença do médico em seu interior;

CONSIDERANDO que a ambulância tipo E, denominada aeronave de transporte médico, é a aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte de pacientes por via aérea, dotada de equipamentos médicos homologados pelos órgãos competentes;

CONSIDERANDO que a ambulância tipo F, denominada nave de transporte médico, é o veículo motorizado hidroviário destinado ao transporte de pacientes por via marítima ou fluvial, devendo possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento dos mesmos conforme sua gravidade;

CONSIDERANDO que, de acordo com o Decreto Lei n.º 20.391/32 e as Resoluções CFM nas 1.342/91 e 1.352/92, nenhum estabelecimento de assistência médica pode funcionar sem um responsável médico;

CONSIDERANDO que os procedimentos e orientações nas ações de transferência da rede hospitalar devem ser supervisionados por médico, não podendo este se omitir na sua função tutelar da vida como bem indisponível;

CONSIDERANDO que os Conselhos devem regulamentar as condições dos transportes inter-hospitalares no atendimento prestado à população, visando que neles o desempenho ético-profissional da Medicina seja efetivo;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 9/07/03,

RESOLVE:

Art. 1º - Que o sistema de transporte inter-hospitalar de pacientes deverá ser efetuado conforme o abaixo estabelecido:

I- O hospital previamente estabelecido como referência não pode negar atendimento aos casos que se enquadrem em sua capacidade de resolução.

II- Pacientes com risco de vida não podem ser removidos sem a prévia realização de diagnóstico médico, com obrigatória avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico, além da realização de outras medidas urgentes e específicas para cada caso.

III- Pacientes graves ou de risco devem ser removidos acompanhados de equipe composta por tripulação mínima de um médico, um profissional de enfermagem e motorista, em ambulância de suporte avançado. Nas situações em que seja tecnicamente impossível o cumprimento desta norma, deve ser avaliado o risco potencial do transporte em relação à permanência do paciente no local de origem.

IV- Antes de decidir a remoção do paciente, faz-se necessário realizar contato com o médico receptor ou diretor técnico no hospital de destino, e ter a concordância do(s) mesmo(s).

V- Todas as ocorrências inerentes à transferência devem ser registradas no prontuário de origem.

VI- Todo paciente removido deve ser acompanhado por relatório completo, legível e assinado (com número do CRM), que passará a integrar o prontuário no destino. Quando do recebimento, o relatório deve ser também assinado pelo médico receptor.

VII- Para o transporte, faz-se necessária a obtenção de consentimento após esclarecimento, por escrito, assinado pelo paciente ou seu responsável legal. Isto pode ser dispensado quando houver risco de morte e impossibilidade de localização do(s) responsável(is). Nesta circunstância, o médico solicitante pode autorizar o transporte, documentando devidamente tal fato no prontuário.

VIII- A responsabilidade inicial da remoção é do médico transferente, assistente ou substituto, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor.

a) a responsabilidade para o transporte, quando realizado por Ambulância tipo D, E ou F é do médico da ambulância, até sua chegada ao local de destino e efetiva recepção por outro médico.

b) as providências administrativas e operacionais para o transporte não são de responsabilidade médica.

IX- O transporte de paciente neonatal deverá ser realizado em ambulância do tipo D, aeronave ou nave contendo:

a) incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts), suporte em seu próprio pedestal para cilindro de oxigênio e ar comprimido, controle de temperatura com alarme. A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância;

b) respirador de transporte neonatal;

c) nos demais itens, deve conter a mesma aparelhagem e medicamentos de suporte avançado, com os tamanhos e especificações adequadas ao uso neonatal.

Art. 2º - Os médicos diretores técnicos das instituições, inclusive os dos serviços de atendimento pré-hospitalar, serão responsáveis pela efetiva aplicação destas normas.

Art. 3º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, sendo revogadas as disposições em contrário.

Brasília-DF, 9 de julho de 2003.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

Resolução CFM N.º 1.672/2003
Publicado no D.O.U. de 29/07/2003

NORMAS PARA ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

CFM*

EMENTA - Dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências.

Palavras-chave: atendimento pré-hospitalar, assistência, responsabilidade médica, urgência, emergência, definição, conceito, ambulatório, ato médico

NORMS FOR PRE-HOSPITAL ASSISTANCE

Key words: pre-hospital assistance, medical assistance, medical responsibility, urgency, emergency transportation resources, definition

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 os Conselhos Federal e Regionais de Medicina são os órgãos supervisores e disciplinadores da classe médica, bem como fiscalizadores do exercício profissional médico, devendo, portanto, zelar pelas condições adequadas dos serviços médicos prestados à população;

CONSIDERANDO que a responsabilidade fundamental da atividade médica é procurar preservar a vida, aliviar o sofrimento, promover a saúde e melhorar a qualidade e a eficácia do tratamento emergencial;

CONSIDERANDO que o médico tem a obrigação de proteger o paciente e não pode delegar a outro profissional nenhum ato de sua exclusiva competência;

CONSIDERANDO a necessidade da existência de serviços pré-hospitalares para o atendimento da urgência/emergência, visando prestar assistência adequada à população;

CONSIDERANDO a definição de ATO MÉDICO, emanada nos termos da Resolução CFM n.º 1.627/2001;

CONSIDERANDO que o diagnóstico é ato médico não-compartilhado e, portanto, atividade exclusiva de médico;

CONSIDERANDO que somente ao médico compete indicar, prescrever e diagnosticar como meio de auxílio no tratamento dos sintomas de diversas doenças;

CONSIDERANDO a jurisprudência sobre a matéria exarada dos Tribunais Superiores (Rep.1056-2-DF-STF);

CONSIDERANDO que após ocorrido o agravo à saúde, nas ocorrências pré-hospitalares, impõe-se a necessidade de ser efetuado diagnóstico imediato;

CONSIDERANDO que, de acordo com o Decreto Lei n.º 20.391/32 e as Resoluções CFM n.º 1.342/91 e 1.352/92, nenhum estabelecimento de assistência médica pode funcionar sem um responsável médico;

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO que os procedimentos delegados a profissionais não-médicos podem ser estabelecidos pelo médico regulador através de protocolos específicos, cabendo ao médico responsável técnico da instituição a supervisão de todas as atividades do serviço;

CONSIDERANDO que os procedimentos iniciais de terapêutica, orientações de transferência e condutas quanto ao tratamento definitivo na rede hospitalar devem ser supervisionados por médico no local ou através de sistema homologado de comunicação;

CONSIDERANDO que um adequado funcionamento do atendimento pré-hospitalar trará diminuição dos riscos em todos os agravos de urgência/emergência e o interesse público na minimização das seqüelas em vítimas de traumas, com conseqüente redução dos custos hospitalares;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina deve regulamentar e normatizar as condições necessárias para o pleno e adequado funcionamento dos serviços pré-hospitalares no atendimento prestado à população, visando que neles o desempenho ético-profissional da Medicina seja efetivo;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 9/07/03,

RESOLVE:

Art. 1º - Que o sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico e, portanto, sua coordenação, regulação e supervisão direta e a distância deve ser efetuada por médico, com ações que possibilitem a realização de diagnóstico imediato nos agravos ocorridos com a conseqüente terapêutica.

Art. 2º - Que todo serviço de atendimento pré-hospitalar deverá ter um responsável técnico médico, com registro no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde se localiza o serviço, o qual responderá pelas ocorrências de acordo com as normas legais vigentes.

Parágrafo único - Os serviços de atendimento pré-hospitalar vinculados a estabelecimentos hospitalares deverão ter um médico responsável técnico específico.

Art. 3º - Aprovar a "Normatização da Atividade na Área da Urgência-Emergência na sua Fase Pré-Hospitalar", que constitui o ANEXO I da presente resolução.

Art. 4º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, sendo revogada a Resolução CFM n.º 1.529/98 e demais disposições em contrário.

Brasília-DF, 9 de julho de 2003

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

Resolução CFM N.º 1.671/2003
Publicado no D.O.U. de 29/07/2003

ANEXO I

NORMATIZAÇÃO DA ATIVIDADE NA ÁREA DA URGÊNCIA-EMERGÊNCIA NA SUA FASE PRÉ-HOSPITALAR

DEFINIÇÃO E OBJETIVO

Consideramos como nível pré-hospitalar na área de urgência-emergência aquele atendimento que procura chegar à vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à sua saúde, agravo esse que possa levar à deficiência física ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento adequado e transporte a um hospital devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O serviço de atendimento pré-hospitalar pode ser constituído por uma ou mais unidades de atendimento, dependendo da população a ser atendida, mantendo uma relação mínima de uma ambulância para cada cem mil habitantes. Por unidade, entenda-se uma ambulância dotada de equipamentos, materiais e medicamentos, guarnecida por uma equipe de pelo menos dois profissionais, além do condutor(a), treinados para oferecer suporte básico de vida sob supervisão e condições de funcionamento pré-hospitalar.

É importante frisar e definir que o sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico. Assim, sua coordenação, regulação e supervisão direta e a distância deve ser efetuada unicamente por médico.

Na urgência-emergência deverá haver uma ação integrada com outros profissionais, não-médicos, habilitados para prestar atendimento de urgência-emergência em nível pré-hospitalar, sob supervisão e coordenação médica.

O treinamento do pessoal envolvido no atendimento pré-hospitalar, em especial ao trauma, deverá ser efetuado em cursos ministrados por instituições ligadas ao SUS, envolvendo as escolas médicas e de enfermagem locais, sob coordenação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Deverá haver um programa mínimo que contemple todo o conhecimento teórico e prático necessário à realização eficaz dos atos praticados. A aprovação dos treinandos deverá obedecer ao critério da competência, ou seja, o aluno deverá demonstrar, na prática, em exercícios simulados, plena capacidade e competência para realizar os atos.

O sistema deverá dispor de um programa de treinamento continuado e supervisão médica e de enfermagem em serviço.

Deverá existir uma Central de Regulação, de fácil acesso ao público, com presença permanente de médico coordenador (médico regulador) que, quando pertinente, despachará o atendimento emergencial para a unidade mais próxima, colhendo, ainda, informações adicionais que poderão exigir a presença do médico no local. Igualmente, deverá ser possível repassar maiores informações, via rádio ou outro meio, à equipe da ambulância. Também deverá existir uma rede de comunicação entre a Central e os hospitais conveniados, para equacionar o encaminhamento do paciente. Considerando-se as particularidades regionais, os CRMs poderão normatizar sobre outro modo de regulação médica.

1) REGULAÇÃO MÉDICA

A chamada "regulação médica" das emergências é o elemento ordenador e orientador da atenção pré-hospitalar. Faz o enlace com o nível hospitalar e abarca

duas dimensões de competência: a decisão técnica ante os pedidos de socorro e a decisão gestora dos meios disponíveis.

1.1- A competência técnica do profissional médico é a de julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, enviar os recursos necessários ao atendimento (com ou sem a presença do médico na ocorrência), monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado ou por médico intervencionista e definir e acionar o hospital de referência ou outro meio necessário ao atendimento. No caso de julgar não ser necessário enviar meios móveis de atenção, o médico deverá explicar sua decisão e orientar o demandante do socorro quanto a outras medidas que julgar necessárias, mediante orientação ou conselho médico que permitam ao demandante assumir cuidados ou ser orientado a buscá-los em local definido ou indicado pelo profissional médico. Em todo o caso, estamos tratando do exercício da telemedicina, onde é impositiva a gravação contínua das comunicações, o correto preenchimento das fichas médicas de regulação e de atendimento no terreno e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados (tanto no setor público quanto no privado) que definam os passos e as bases para a decisão do regulador. O protocolo de regulação deve ainda estabelecer, claramente, os limites do telefonista auxiliar de regulação médica, o qual não pode, em nenhuma hipótese, substituir a prerrogativa de decisão médica e seus desdobramentos, sob pena de responsabilização posterior do médico regulador.

Igualmente, os protocolos de intervenção médica pré-hospitalar deverão ser concebidos e pactuados, garantindo perfeito entendimento entre o médico regulador e o intervencionista quanto aos elementos de decisão e intervenção, garantindo objetividade nas comunicações e precisão nos encaminhamentos decorrentes.

O monitoramento das missões é dever do médico regulador.

Como, freqüentemente, o médico regulador irá autorizar atos não-médicos por radiotelefonia (sobretudo para profissionais de enfermagem, bombeiros, policiais rodoviários, enfermeiros), os protocolos correspondentes deverão estar claramente constituídos e a autorização deverá estar assinada na ficha de regulação médica e no boletim/ficha de atendimento pré-hospitalar. O médico regulador tem o dever de saber com exatidão as capacidades/habilidades de seu pessoal não-médico e médico, de forma a dominar as possibilidades de prescrição e fornecer dados que permitam viabilizar programas de capacitação/revisões que qualifiquem/habilitem os intervenientes.

O próprio médico regulador terá de se submeter à formação específica e habilitação formal para a função, e acumular, também, capacidade e experiência na assistência médica pré-hospitalar.

O regulador deverá, ainda, velar para que todos os envolvidos na atenção pré-hospitalar observem rigorosamente o sigilo profissional, mesmo nas comunicações radiotelefônicas (uso de códigos).

A competência técnica médica do regulador se sintetiza em sua capacidade de “julgar”, discernindo a urgência real da urgência aparente, e é em torno a este desafio que devemos centrar suas prerrogativas, deveres e garantias de regulamentação, sobre o que o Conselho Federal de Medicina pode e deve se manifestar.

Ao médico regulador deverão ser oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos como de equipamentos, para o bom exercício de sua função.

1.2- A outra competência do médico regulador refere-se à decisão gestora dos meios disponíveis, onde se insere e deve possuir autorização e regulamentação por parte dos gestores do SUS em seus níveis de coordenação operacional, notadamente nos municípios.

Cabe, nesta dimensão, a decisão médica do regulador sobre qual recurso deverá ser mobilizado frente a cada caso, procurando, dentre suas disponibilidades, a resposta mais adequada a cada situação. Suas prerrogativas devem, ainda, se estender à decisão sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar, considerando o conceito de que nas emergências não existe número fechado de leitos ou capacidade limite a priori. O médico pode também acionar planos de atenção a desastres, pactuados com os outros interventores nestas situações excepcionais, coordenando o conjunto da atenção médica de emergência. Também em situações excepcionais poderá requisitar recursos privados, com pagamento ou contrapartida a posteriori, conforme pactuação a ser realizada com as autoridades competentes. O regulador do sistema público de emergências terá, obrigatoriamente, que ser consultado pela atenção pré-hospitalar privada, sempre que esta conduzir paciente ao setor público. O regulador deverá contar, ainda, com acesso à Central de Internações, de forma a que possa ter as informações necessárias e o poder de dirigir os pacientes para os locais mais adequados em relação às suas necessidades.

É desejável que, através de pactuação com todos os setores sociais pertinentes, o médico regulador seja reconhecido formalmente como autoridade pública na área da saúde, com suas prerrogativas e deveres devidamente estabelecidos e documentados.

O setor privado que atua em atendimento pré-hospitalar deverá contar, obrigatoriamente, com médicos reguladores e de intervenção, o que pode ser exigido, inclusive, nos códigos municipais de saúde, sendo estas centrais reguladoras privadas submetidas ao regulador público sempre que suas ações ultrapassem os limites estritos das instituições particulares não-conveniadas ao SUS, inclusive nos casos de medicalização de assistência domiciliar não-emergencial.

Em caso de necessidade de atuar como porta-voz em situações de interesse público, o médico regulador deverá se manter nos limites do sigilo e da ética médica.

2) DEFINIÇÃO DOS PROFISSIONAIS

A) Profissionais não - oriundos da área de saúde:

A-1. TELEFONISTA – Auxiliar de Regulação

Profissional de nível básico, habilitado a prestar atendimento telefônico às solicitações de auxílio provenientes da população. Trabalha em centrais de comunicação (regulação médica), podendo anotar dados básicos sobre o chamado (localização, identificação do solicitante, natureza da ocorrência) e prestar informações gerais. Sua atuação é diretamente supervisionada por profissionais médicos em regime de disponibilidade integral (24 horas).

A-2. CONDUTOR

Profissional de nível básico, habilitado a conduzir veículos de emergência e auxiliar a equipe de atendimento, quando necessário. Sua atuação nos assuntos referentes ao manejo do paciente é diretamente supervisionada pelos profissionais da equipe.

OBS: Nesta categoria incluem-se pilotos de aeronaves aeromédicas ou condutores de outros tipos de veículos de emergência (lanchas, embarcações, etc.) destinados a transportar pacientes.

A-3. BOMBEIROS, AGENTES DE DEFESA CIVIL e POLICIAIS

Profissionais que serão habilitados, após treinamento específico em instituições ligadas ao SUS, para prestar atendimento pré-hospitalar e credenciados para integrar a guarnição de ambulâncias do serviço de atendimento pré-hospitalar. Fazem intervenção conservadora (não-invasiva) no atendimento pré-hospitalar, sob supervisão médica direta ou a distância, utilizando materiais e equipamentos especializados. As atividades dos bombeiros atendem aos princípios constitucionais que estabelecem suas competências para atendimento e proteção da vida.

A- 4. RÁDIO OPERADOR

Profissional de nível básico, habilitado a operar sistemas de radiocomunicação e realizar o controle operacional de uma frota de veículos de emergência.

B) Profissionais oriundos da área de saúde:

B-1. PESSOAL DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Profissionais habilitados para o atendimento pré-hospitalar e credenciados para integrar a guarnição de ambulâncias do serviço de atendimento pré-hospitalar. Além da intervenção conservadora no atendimento do paciente, são habilitados a realizar procedimentos, sob prescrição médica, na vítima do trauma e de outras emergências médicas, no âmbito de sua qualificação profissional.

B-2. ENFERMEIRO

Profissional de nível superior, habilitado para ações de enfermagem no atendimento pré-hospitalar aos pacientes e ações administrativas e operacionais em sistemas de atendimentos pré-hospitalares, inclusive cursos de capacitação dos profissionais do sistema e ações de supervisão e educação continuada dos mesmos. Nos termos da legislação específica que regulamenta a profissão de enfermagem – Lei n.º 7.498/86 e Decreto n.º 94.406/87.

B-3. MÉDICO

Profissional de nível superior, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, atuando nas áreas de regulação médica, suporte avançado de vida em ambulâncias e coordenação do sistema.

3) PERFIL PROFISSIONAL E COMPETÊNCIAS

Requisitos Gerais para todos os profissionais:

- Disposição pessoal para a atividade;
- Equilíbrio emocional e autocontrole;
- Disposição para cumprir ações orientadas;
- Manter sigilo profissional;
- Capacidade de trabalhar em equipe.
- Treinamento em suporte básico de vida.

COMPETÊNCIAS:

3-1. TELEFONISTA

- Atender solicitações telefônicas da população;
- Anotar informações colhidas do solicitante, segundo questionário próprio;
- Prestar informações gerais ao solicitante;
- Auxiliar o médico regulador nas suas tarefas;
- Estabelecer contato radiofônico com ambulâncias e/ou veículos de atendimento pré-hospitalar;
- Estabelecer contato com hospitais e serviços de saúde de referência, para colher dados e trocar informações;
- Anotar dados e preencher planilhas e formulários específicos do serviço;
- Obedecer aos protocolos de serviço;
- Atender às recomendações do médico regulador.

3-2. CONDUTOR

- Trabalhar em regime de plantão, operando veículos destinados ao atendimento e transporte de pacientes;
- Conhecer integralmente o veículo e seus equipamentos, tanto a parte mecânica quanto os equipamentos médicos;
- Realizar manutenção básica do veículo;
- Auxiliar a equipe de atendimento no manejo do paciente, quando solicitado;
- Estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a Central de Comunicação (regulação médica) e seguir suas orientações;
- Conhecer a malha viária local;
- Conhecer a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema pré-hospitalar local.

3-3. BOMBEIROS, AGENTES DE DEFESA CIVIL e POLICIAIS

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

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

3-4. RÁDIO OPERADOR

- Operar o sistema de radiocomunicação e telefonia nas Centrais de Regulação;
- Exercer o controle operacional da frota de veículos do sistema de atendimento pré-hospitalar;
- Manter a equipe de regulação atualizada a respeito da situação operacional de cada veículo da frota;
- Conhecer a malha viária e as principais vias de acesso a todas as áreas do(s) município(s) abrangido(s) pelo sistema de atendimento pré-hospitalar local.

3-5. PESSOAL DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS MÉDICAS

- Todas as competências e atributos listadas para os bombeiros e policiais rodoviários;
- Habilitação profissional como técnico de enfermagem;
- Administração de medicamento por via oral e parenteral, sob prescrição médica e supervisão de enfermagem.

3-6. ENFERMEIRO

- Administrar tecnicamente o serviço de atendimento pré-hospitalar;
- Fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão;
- Participar da formação dos bombeiros, policiais rodoviários e dos demais profissionais na área de urgência/emergência pré-hospitalar;
- Prestar assistência direta às vítimas, quando indicado;
- Avaliar a qualidade dos profissionais atuantes nos atendimentos pré-hospitalares e proporcionar-lhes supervisão em serviço;
- Subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe;
- Participar do desenvolvimento de recursos humanos para o serviço e a comunidade caso integre ao Núcleo de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos da área.
- Exercer todas as funções legalmente reconhecidas à sua formação profissional. Nos termos da legislação específica que regulamenta a profissão de enfermagem – Lei n.º 7.498/86 e Decreto n.º 94.406/87.

3-7. MÉDICO

- Exercer a regulação médica do sistema, compreendendo: recepção dos chamados de auxílio, análise da demanda, classificação em prioridades de atendimento, seleção de meios para atendimento (melhor resposta), acompanhamento do atendimento local, determinação do local de destino do paciente, orientação telefônica;
- Manter contato diário com os serviços médicos de emergência integrados ao sistema;
- Prestar assistência direta aos pacientes nas ambulâncias, quando indicado, realizando os atos médicos possíveis e necessários ao nível pré-hospitalar;
- Exercer o controle operacional da equipe assistencial;
- Fazer controle de qualidade do serviço, nos aspectos inerentes à sua profissão;
- Avaliar a qualidade dos profissionais atuantes no atendimento pré-hospitalar e subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe;
- Participar do desenvolvimento de recursos humanos para o serviço e a comunidade, caso integre ao Núcleo de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos da área.
- Quando investido no cargo de diretor técnico do serviço, deverá efetuar a supervisão geral e demais atividades pertinentes à função.

4) CONTEÚDO CURRICULAR

O conteúdo técnico-científico referente à capacitação para início das atividades profissionais em nível pré-hospitalar pode ser dividido em módulos comuns. Para todos os profissionais, os módulos são, de modo geral, os mesmos. Há necessidade, porém, da separação de alguns dos módulos propostos em conhecimentos básicos e conhecimentos avançados, a fim de propiciar, especialmente, a diferenciação dos aspectos práticos do treinamento. O conteúdo do treinamento deve seguir a seguinte divisão:

Módulos Básicos: para capacitação de telefonistas, motoristas, bombeiros militares, policiais rodoviários e técnicos em emergências médicas;

Módulos Avançados: para capacitação de médicos e enfermeiros;

Módulos Comuns: para capacitação de todos os profissionais, contendo o mesmo conteúdo e carga horária.

Todos os módulos comportam exposições teóricas e exercícios práticos, sendo sugerido o método didático de problematização (estudo por problemas) como modelo pedagógico a ser adotado. Sendo assim, os cursos de capacitação devem alternar exposições teóricas, estudo de cenários e sessões de treinamento de habilidades práticas.

Os instrutores, de modo geral, são da área da saúde (médicos e enfermeiros), salvo nos capítulos específicos de outras atividades profissionais: radiocomunicação, extricação de ferragens, salvamento terrestre e em altura, direção defensiva e cargas perigosas, capacitação pedagógica e gerencial.

4-1. MÓDULO COMUM - Todos os profissionais

I) Introdução ao atendimento pré-hospitalar

- Qualificação pessoal
- Atendimento pré-hospitalar
- Sistema de saúde local
- Radiocomunicação
- Telefonia
- Rotinas operacionais
- Biocinética /cinemática do trauma
- Registros e documentos

4-2. MÓDULOS BÁSICOS - Telefonista, motorista, bombeiros, policiais militares, policiais rodoviários e técnicos em emergenciais médicas

I – Regulação médica

II – Abordagem do paciente

- Anatomia e fisiologia
- Abordagem do paciente
- Abordagem do politraumatizado
- Manejo de vias aéreas
- Ressuscitação cardiopulmonar
- Oxigenoterapia
- Monitorização
- Biossegurança

III – Emergências clínicas

- Abordagem de sinais vitais em emergências: cardiológicas, respiratórias, neurológicas, gastrointestinais, geniturinárias, endócrino-metabólicas, oftalmo/otorrinolaringológicas

IV – Intervenções específicas

- Intoxicações/envenenamentos
- Lesões térmicas
- Afogamento
- Assistência ao parto
- Emergências psiquiátricas/suicidas/alteração comportamental
- Catástrofes/desastres

V – Trauma

- Ferimentos/hemorragias/bandagens
- Sinais de choque
- Imobilizações: coluna/extremidades
- Manejo de gestantes/crianças

VI – Remoção de vítimas; remoção/extricação de ferragens; salvamento terrestre/altura

VII – Estágios práticos

VIII – Trânsito - Direção defensiva

- Produtos perigosos

4-3. MÓDULOS AVANÇADOS - médicos e enfermeiros

I – Regulação médica

II – Abordagem do paciente - Manejo de vias aéreas - Manejo da parada cardíopulmonar - Oxigenoterapia Monitorização

III – Emergências clínicas cardiológicas, respiratórias, neurológicas, gastrointestinais, geniturinárias, endócrino-metabólicas, oftalmo/otorrinolaringológicas

IV – Situações especiais - Intoxicações/envenenamentos - Lesões térmicas - Afogamento - Emergências obstétricas - Emergências psiquiátricas - Catástrofes/desastres - Sedação/analgesia - Identificação do óbito.

V – Trauma - Controle de hemorragias - Manejo do choque hipovolêmico - Manejo do trauma de tórax, abdômen, raquimedular - Músculo-esquelético, crânio, olhos/ouvidos - Trauma na gestante - Trauma na criança.

VI – Remoção de vítimas - Remoção/extricação de ferragens - Salvamento terrestre/altura.

VII – Estágios práticos.

VIII – Trânsito - Produtos perigosos

IX – Capacitação profissional - Capacitação pedagógica - Capacitação gerencial.

O conteúdo de cada item dos módulos deve ser adaptado ao nível profissional (médico ou enfermeiro), porém a carga horária e o número de itens são os mesmos.

5) AVALIAÇÃO

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

6) CERTIFICAÇÃO

A certificação dos profissionais atuantes no sistema pré-hospitalar deve ser obtida através de Centros de Capacitação, constituídos sob coordenação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, envolvendo as escolas médicas e de enfermagem locais. Os médicos responsáveis técnicos pelos serviços de atendimento pré-hospitalar deverão supervisionar a documentação de todos os profissionais participantes de suas respectivas instituições.

6-1. OS CENTROS DE CAPACITAÇÃO DEVEM PROVER

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

6-2. Os serviços pré-hospitalares devem prover condições para a re-capacitação, desenvolvida junto aos Centros de Capacitação, cabendo ao médico responsável avaliar a qualidade e o desempenho do serviço, sugerindo as reavaliações e treinamentos para a manutenção da qualidade da assistência.

NORMAS PARA VEÍCULOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

1- AMBULÂNCIAS

I – Conceito e definições

I.1. Define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou hidroviário) exclusivamente destinado ao transporte de enfermos.

I 2. As dimensões e outras especificações do veículo deverão obedecer às normas da ABNT.

II - Classificação das ambulâncias

II 1. As ambulâncias são classificadas em :

Tipo A – Ambulância de transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.

Tipo B - Ambulância de suporte básico: veículo destinado ao transporte pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido e transporte inter-hospitalar, contendo apenas os equipamentos mínimos à manutenção da vida.

Tipo C - Ambulância de resgate: veículo de atendimento de emergências pré-hospitalares de pacientes com risco de vida desconhecido, contendo os equipamentos necessários à manutenção da vida.

Tipo D - Ambulância de suporte avançado (ASA) ou ambulância UTI móvel: veículo destinado ao transporte de pacientes de alto risco de emergências pré-hospitalares e transporte inter-hospitalar. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.

Tipo E - Aeronave de transporte médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte de pacientes por via aérea, dotada de equipamentos médicos homologados pelos órgãos competentes.

Tipo F - Nave de transporte médico: veículo motorizado hidroviário destinado ao transporte de pacientes por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento dos mesmos conforme sua gravidade.

2. OUTROS VEÍCULOS

2.1 - Veículos habituais adaptados para transporte de pacientes de baixo risco sentados (ex. pacientes crônicos, etc.). Este transporte só pode ser realizado com anuência médica.

2. II - Veículos de intervenção rápida (veículos leves) para transporte de médicos e/ou equipamentos especiais para ajuda no atendimento de campo.

III – Materiais e equipamentos das ambulâncias

III 1. As ambulâncias deverão ter no mínimo dos seguintes materiais e equipamentos ou similares com eficácia equivalente:

III 1.1. Ambulância de transporte (tipo A):

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo (obrigatório apenas para ambulâncias que façam parte do sistema de atendimento pré-hospitalar); maca com rodas; suporte para soro e oxigênio medicinal, maleta de emergência contendo: estetoscópio adulto; luvas descartáveis; esparadrapo; esfigmomanômetro adulto/infantil; pacotes de gaze estéril.

III 1.2. Ambulância de suporte básico (tipo B):

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo (e móvel opcional); maca com rodas e articulada; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com tripla saída, para permitir a alimentação do respirador; fluxômetro e umidificador de oxigênio; aspirador tipo Venturi; pranchas curtas e longas para imobilização de coluna, maleta de emergência contendo: estetoscópio adulto e infantil; ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas orofaríngeas de tamanhos variados; luvas descartáveis; tesoura reta com ponta romba; esparadrapo; esfigmomanômetro adulto/infantil; ataduras de 15 cm; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gaze estéril; cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; talas para imobilização e conjunto de colares cervicais; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte do cordão; saco plástico para placenta; absorvente higiênico grande; cobertor ou similar para envolver o recém-nascido; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gases estéreis e braceletes de identificação.

III 1.3. Ambulância de Resgate (tipo C);

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; suporte para soro, desfibrilador semi-automático, oxímetro de pulso portátil, instalação de rede de oxigênio como descrita no item anterior; prancha longa para imobilização de coluna; prancha curta ou colete imobilizador; conjunto de colares cervicais; cilindro de oxigênio portátil com válvula; manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; maleta de emergência como descrita no item anterior, acrescida de protetores para queimados ou eviscerados; maleta de parto como descrito no item anterior; frascos de soro fisiológico; bandagens triangulares; talas para imobilização de membros; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção; fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas.

Materiais de resgate dos Corpos de Bombeiros, conforme normatização específica dos mesmos, não deverão ser componentes das ambulâncias tipo C mas sim fazer parte de veículos específicos dessas corporações.

III 1.4. Ambulância de Suporte Avançado (tipo D), também denominada ambulância UTI móvel:

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; dois suportes de soro; cadeira de rodas dobrável; instalação de rede portátil de oxigênio como descrito no item anterior (é obrigatório que a quantidade de oxigênio permita ventilação mecânica por no mínimo duas horas); respirador mecânico de transporte, com alarmes de desconexão de circuito, pressão alta em vias aéreas, falha de ciclo, baixa pressão de gás, PEEP até 15 cm de H₂O; monitor multiparâmetro ou aparelhos separados contendo, no mínimo, oximetria de pulso, pressão arterial não - invasiva; unidade geradora de marca-passo transvenoso portátil; eletrocardiógrafo capaz de registrar ECG de 12 derivações; monitor cardíaco e cardioversor com marca-passo externo com bateria e instalação elétrica disponível; duas ou mais bombas de infusão com bateria e equipo; maleta de vias aéreas

contendo: máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20 ml para insuflar o “cuf”; ressuscitador manual adulto/infantil; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil; lidocaína geléia e “spray”; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas orofaríngeas adulto/infantil; fios-guia para intubação; pinça de Magyl; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; drenos para tórax; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com antiséptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos, incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão de 4 vias; frascos de solução salina; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto como descrito nos itens anteriores; frascos de drenagem de tórax; extensões para drenos torácicos; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipo para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras e aventais; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; prancha longa para imobilização da coluna.

III 1. 5 Aeronave de Transporte Médico (tipo E):

Deverá conter os mesmos equipamentos descritos para as ambulâncias de suporte avançado, tanto adulto como infantil, com as adaptações necessárias para o uso em ambientes hipobáricos, homologados pelos órgãos competentes.

III 1. 6. Nave de Transporte (tipo F):

Poderá ser equipada como descrito nas ambulâncias de tipos A, B ou D, dependendo da finalidade de emprego.

III 2. Transporte de paciente neonatal:

Deverá ser realizado em ambulância do tipo D, aeronave ou nave contendo:

a. incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts), suporte em seu próprio pedestal para cilindro de oxigênio e ar comprimido, controle de temperatura com alarme. A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância;

b. Respirador de transporte neonatal;

c. Nos demais itens deve conter a mesma aparelhagem e medicamentos de suporte avançado, com os tamanhos e especificações adequadas ao uso neonatal.

IV. Medicamentos

IV. 1. Medicamentos obrigatórios que deverão constar em toda ambulância de suporte avançado, aeronaves e naves de transporte médico (tipos D, E ,F).

- a) Lidocaína sem vasoconstritor; adrenalina, atropina; dopamina; aminofilina; dobutamina; hidrocortisona; glicose 50%;
- b) Soros: glicosado 5%; fisiológico 0,9%;
- c) Psicotrópicos: hidantoína; meperidina; diazepam; midazolan;
- d) Outros: água destilada; metoclopramida; dipirona; hioscina; nifedipina; dinitrato de isossorbitol; furosemide; amiodarona; lanatosideo C.

V. Identificação

V.1. – As ambulâncias do tipo B, C, D e E serão identificadas com símbolo próprio indicativo dos serviços de resgate e emergências.

VI. Tripulação mínima

VI. 1 - Ambulância do tipo A: motorista

VI. 2 - Ambulância do tipo B: motorista com treinamento em APH e um auxiliar de enfermagem habilitado em APH.

VI. 3 - Ambulância do tipo C: dois profissionais com treinamento em APH e resgate e motorista capacitado em APH.

VI. 4 - Ambulância do tipo D: motorista, enfermeira e médico com treinamento em APH.

VII.5 - Aeronaves e naves devem ter tripulação equivalente, conforme a gravidade do paciente a ser resgatado ou transportado.

VII. Requisitos gerais

VII. 1 - Cada veículo deverá ser mantido em bom estado de conservação e em condições de operação.

VII. 2 - O uso de sinalizador sonoro e luminoso somente será permitido durante a resposta aos chamados de emergência e durante o transporte de pacientes, de acordo com a legislação em vigor.

VII. 3 - A maca deverá ter um sistema de fixação no veículo e cintos de segurança em condições de uso. Os cintos de segurança são também obrigatórios para todos os passageiros.

VII. 4 - É obrigatória a desinfecção do veículo após o transporte de pacientes portadores de moléstia infectocontagiosa, antes de sua próxima utilização, de acordo com a Portaria MS nº 930/92.

Resolução CFM N.º 1.671/2003
Publicado no D.O.U. de 29/07/2003

LAUDO MÉDICO PERICIAL

Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior*

EMENTA - A solicitação de prova de qualificação especializada por parte de um perito não é criticável. Contudo, o médico não deve se anunciar como médico legista se não tiver título de especialista em Medicina Legal ou desempenhar essa função no serviço público.

Palavras-chave: médico legista, título de especialista, anúncio, laudo pericial, ato médico

FORENSIC MEDICAL REPORT

Key words: forensic medical, specialist title, medical expert examination, medical report, medical act

HISTÓRICO

Em 7 de maio de 2002, o interessado dirige mensagem eletrônica ao CFM queixando-se de que uma promotora exigira dele declaração de especialidade para responder a laudo pericial. Alega ser médico legista, apesar de não contar com o registro dessa especialidade no CREMEPE, embora seja funcionário concursado do estado de Pernambuco naquela atividade.

Da notícia trazida pelo consulente ressalta a necessidade deste Conselho informar ao dr. M. V. D. C. que:

1. O CFM apóia a antiga e sábia doutrina de que qualquer médico, seja ou não especialista, está habilitado a realizar qualquer ato médico, limitado e dirigido apenas por sua consciência; mas deve responder se ocasionar algum dano ao paciente por imperícia, negligência ou imprudência;

2. A exigência de prova de especialização, contudo, pode ser uma exigência do cliente ou do usuário do serviço, fenômeno que tende a se tornar cada vez mais comum;

Deve-se encaminhar esta resposta ao CREMEPE para posterior comunicação ao médico interessado

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 14 de novembro de 2002.

Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior
Cons. Relator

* Conselheiro Relator Federal.

Processo-Consulta CFM N.º 2415/2002

Parecer CFM n.º 02/2003

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 15/01/2003

TRATAMENTO FISIOTERÁPICO DA RETROVERSÃO UTERINA

Pedro Pablo Magalhães Chacel*

EMENTA - Retroversão uterina não é considerada doença, não merecendo tratamento.

Palavras-chave: retroversão uterina, fisioterapia, distopia uterina, osteopatia

PHYSIOTHERAPY TREATMENT OF THE UTERINE RETRO-VERSION

Key words: uterine retro-version, uterine dystopia, physiotherapy, osteopathy

O Ministério Público do Distrito Federal e Territórios – Promotoria de Justiça Criminal de Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde solicita, deste Conselho, resposta a quesitos resultantes de queixa apresentada àquela Promotoria por M. V. C., com 18 anos de idade, e sua mãe, Z. F. V., na qual relatam que o fisioterapeuta C. A. P. V. procedeu manipulação uterina através de toque vaginal para tratamento de dor lombossacral, segundo o denunciado decorrente de retroversão uterina.

O promotor de Justiça solicita que sejam dirimidas as seguintes questões:

1 - Existe alguma patologia identificada como "restrição à mobilidade uterina ou da região do útero" ?

2 - Se existe, qual é o CID?

3 - O diagnóstico dessa patologia é clínico ou exige exames complementares, incluindo-se os imagiológicos?

4 - O toque ginecológico, neste caso, é meio de diagnóstico ou meio de cura?

5 - Esse tipo de diagnóstico ou de cura, se for o caso, é ato médico privativo?

6 - O Conselho Federal de Medicina reconhece as técnicas de osteopatia apreoadas por Jean Pierre Barral e Pierre Mercier (*Médecine Osteopathique, Manipulations Viscerales*) e François Ricard (*Tratamiento osteopático de las lumbalgias e ciáticasII*), anexas?

7 - Favor comentar o seguinte parágrafo contido em documento escrito e assinado pelo acusado, também anexo: "Na quinta sessão a paciente relatou dor à menstruação. Então foi avaliada quanto à mobilidade uterina e, foi falado à paciente sobre sua disfunção uterina (que por meio das lâminas sacro uterinas exerce influência sobre o osso sacro e por consequência sobre a coluna lombar baixa, local da dor da paciente) e explicado a ela sobre o problema e o tratamento que é realizado por via interna (vaginal) (*Transcrição literal*)".

Queira, por fim, apresentar os comentários complementares às respostas apresentadas, se cabíveis.

Respostas aos quesitos:

1 – Não. Existem posições anômalas do útero, chamadas de distopias – posição anormal do útero não-grávido. Anteversão, retroversão, retroflexão.

* Conselheiro Relator Federal.

No útero grávido – encarceramento, prolapso, retroversão.

2 – No útero não-grávido – CID 10-N 85.4

No útero grávido - CID 10-O 34.5

3 – O diagnóstico é clínico – toque vaginal.

4- Meio de diagnóstico.

5- Entendo como ato médico privativo. A função do fisioterapeuta é de reabilitação, o que não é o caso.

6 – Não.

7 – Não há disfunção uterina, há distopia uterina. Desconheço o tratamento clínico através de manipulação útero-vaginal.

Comentários:

Retiramos dos Dicionários Houaiss e Stedman (*Dicionário Médico*, 25ª edição); Houaiss – Osteopata – S.f. pessoa que sofre de osteopatia.

Medicina – indivíduo que trata dos estados patológicos por meio de manipulações raquidianas e articulares.

Osteopatia – S.f. 1 – Doença dos ossos. 2 – Terapia criada por Andrew Taylor Still (1828/1917) - baseada na teoria de que o corpo é capaz de criar seus próprios medicamentos contra doenças, quando está equilibrado em suas estruturas e conta com condições ambientais favoráveis e nutrição adequada. Utiliza métodos tradicionais da medicina para diagnóstico e tratamento, embora dê maior ênfase aos métodos mecânicos e manipulativos de detectar e corrigir falhas na estrutura corpórea.

Stedman - Osteopatia – Qualquer doença do osso.

Medicina osteopática – uma escola da medicina baseada em um conceito de corpo normal, como uma máquina vital capaz, quando em ajustamento correto, de fabricar seus próprios remédios contra infecções e outras condições tóxicas. Os profissionais utilizam as medidas diagnósticas e terapêuticas da medicina comum, além da manipulação.

No Brasil, a osteopatia não é reconhecida como especialidade ou prática médica. Diagnosticar e tratar são atos médicos exclusivos. As distopias uterinas, retroversão e retroflexão foram no passado objeto de tratamento cirúrgico para tratamento da infertilidade. Em um útero retrovertido o colo uterino aponta para a parte superior da vagina. Assim, o esperma depositado por ocasião do coito não banharia o orifício externo do colo, dificultando a ascensão dos espermatozóides ao colo, útero e trompas. As técnicas cirúrgicas visavam encurtar os ligamentos redondos, provocando a anteversão do útero - isto foi usado até o fim dos anos 50 do século XX. Na época, os conhecimentos da reprodução humana eram pequenos, haja vista que os mecanismos da ovulação e fecundação só se tornaram conhecidos no fim da década de 20 do século passado. Além disso, admitindo-se a dificuldade de ascensão dos espermatozóides na retroversão uterina, bastaria que a pessoa que desejasse engravidar assumisse no coito, ou após ele, uma posição de decúbito ventral. Ainda que descritos no CID 10, não é prática corrente da Medicina tratar das retroversões e retroflexões uterinas. Entendemos como um detalhe anatômico e não como uma patologia. Quando há retroversão, os úteros grávidos, à medida que crescem, deslizam sobre o sacro, tornando-se antevertidos. Se tal não acontecer ocorre o encarceramento

uterino, que com seu crescimento, antes de provocar um abortamento, causa, por compressão da uretra pelo colo uterino que se desloca para a frente e para o alto, uma retenção urinária. Estes fatos estão descritos em antigos livros de obstetria.

Este relator, em seus 45 anos de exercício profissional, tendo trabalhado por 35 anos em hospitais públicos de grande movimento, jamais observou ou teve conhecimento de um único caso de encarceramento uterino.

Desconheço o tratamento osteopático relatado nos trabalhos apresentados. Desconheço a prescrição do mesmo por qualquer ginecologista brasileiro. Entendo que o fisioterapeuta executa práticas fisioterápicas por indicação médica.

Este é o parecer, SMJ

Brasília, 7 de março de 2003.

Pedro Pablo Magalhães Chacel
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 849/2003
Parecer CFM n.º 23/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/04/2003

BIOÉTICA

FRANÇA PODE PUNIR QUEM OCASIONAR ABORTOS POR NEGLIGÊNCIA

Paris (Das Agências Internacionais) – A maioria conservadora da Assembleia Nacional da França aprovou um controverso projeto de lei com o objetivo de punir qualquer um que provoque o aborto de uma mulher contra sua vontade. O projeto, vigorosamente condenado por parlamentares de esquerda, pode tornar criminosa qualquer pessoa que cause o fim de uma gravidez “por falta de jeito, descuido, desatenção ou negligência”.

Ele foi inspirado no caso de uma mulher grávida de seis meses que perdeu o bebê depois de baterem em seu carro. O motorista foi acusado de homicídio culposos, mas apelou já que o feto não pode ser vítima de um crime de acordo com a lei francesa.

Líderes do governo negaram que o projeto de lei limite o direito ao aborto. A oposição socialista discordou e ameaçou apelar à Corte Constitucional caso o projeto se transforme em lei. “O governo não está desafiando o aborto voluntário, só cobrindo um vácuo legal”, disse Philippe Douste-Blazy, líder do partido do governo à rede de tevê LCI. O Senado tem que aprovar o projeto para que ele se transforme em lei.

Transcrito da Gazeta do Povo - 29/11/03

MÉDICO NÃO PERTENCENTE AO SUS E A SOLICITAÇÃO DE EXAME DE ALTA COMPLEXIDADE

(INTERPRETAÇÃO DOS ARTIGOS 44 E 94 DO CEM)

Alceu José Peixoto Pimentel*
Rafael Dias Marques Nogueira**

EMENTA - O médico em clínica privada deve exercer sua atividade com liberdade de solicitar os exames que julgar necessários para seu juízo clínico. O paciente tem a liberdade de realizar os exames onde lhe convier.

Palavras-chave: médico privado, solicitação de exame, atendimento público, sistema único de saúde

MEDICAL DOCTOR WHO DOES NOT BELONG TO THE PUBLIC HEALTH SYSTEM ASKING FOR COMPLEX TESTS

Key words: private practice doctor, tests requirements, public health system, public health department

CONSULTA

Em carta encaminhada ao CFM o auditor médico da Secretaria Municipal de São Bento do Sul, dr. Paulo César de Simas, solicita parecer deste Conselho sobre a conduta de médicos que não pertencendo ao Sistema Único de Saúde, atendem pacientes em caráter particular e solicitam exames considerados de maior complexidade, ou os encaminham a médicos especializados. Os pacientes, em seguida, procuram o SUS para realizar os referidos exames ou consultar-se com o especialista, evitando, assim, submeterem-se a um atendimento primário com um médico do Sistema.

Refere que o Sistema apresenta dificuldades para o acesso ao médico de atenção primária e as justifica pela falta de formação acadêmica e valorização do mercado a estes profissionais. Reconhecendo as dificuldades do Sistema, diz: *"Há limitações de oferta pelo Sistema como um todo, porém, por situações conjunturais que extrapolam a competência do gestor municipal"*.

Em sua consulta, o consulente questiona se aqueles profissionais não estariam infringindo os artigos 44 e 94 do CEM, já que proporcionam a seus pacientes acesso privilegiado ao Sistema (para exames de alta complexidade), entrando pela "janela do 2º andar", em detrimento daqueles que não podendo pagar uma consulta particular sujeitam-se a um atendimento (de atenção primária) mais demorado devido às limitações do Sistema.

* Conselheiro Relator Federal, ** Conselheiro Relator de Vista Federal.

Na tentativa de evitar a burla ao fluxo de atendimento do Sistema, o gestor reclama, que para haver um acesso universal e justo vê-se na situação de tomar atitudes antipáticas tais como obrigar que aqueles pacientes entrem na fila da atenção primária seguindo a mesma porta de entrada dos demais interessados.

DO PARECER

O art. 44 do CEM, expressa ser vedado ao médico “Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente”. Por sua vez, o art. 94 revela ser vedado ao médico “Utilizar-se de instituições públicas para execução de procedimentos médicos em pacientes de sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais”.

Da forma como a questão foi exposta, este parecerista entende que o médico ao consultar um paciente em sua clínica privada e daí resultar a solicitação de exames de alta complexidade não infringe nenhum dos artigos acima citados, mesmo que os pacientes resolvam realizar os exames através do SUS, Planos de Saúde ou Cooperativas Médicas.

O art. 44 refere-se principalmente a médicos do próprio SUS. Ao pronunciar-se sobre este artigo o ilustre professor Genival Veloso disse: *“O médico inserido na proposta política de reforma sanitária, através de um Sistema Único de Saúde, não pode deixar de colaborar como aqueles que planejam, organizam e executam os planos de saúde pública, pois esta é a forma mais racional de alcançar melhores resultados nessas ações”*. Na presente consulta fica claro que os médicos envolvidos não pertencem ao SUS e tampouco estão infringindo a legislação pertinente, motivo pelo qual não podem ser considerados infratores deste artigo.

O art. 94 refere-se à utilização das instituições públicas para executar procedimentos em pacientes oriundos da clínica privada visando a obtenção de vantagens pessoais. Ora, se os médicos mencionados não pertencem ao quadro de profissionais do SUS como poderiam realizar os exames por eles solicitados? E assim obter vantagens? Novamente não detectamos nenhuma infração ao CEM decorrente da conduta dos médicos citada na consulta.

CONCLUSÃO

Entendemos que o consulente inverte a ordem da questão ao julgar que os médicos são responsáveis pela burla do fluxo de atendimento planejado pelo SUS. Mas não são eles que procuram os pacientes, mas sim o inverso: os pacientes é que os procuram, e assim o fazem para fugir da demora decorrente das limitações do Sistema, citadas pelo próprio consulente.

Concordamos com o consulente quando se refere à atitude antipática de tentar corrigir o fluxo de atendimento penalizando aqueles que burlam a sistemática do SUS, para ser justo com os que não conseguem um atendimento primário particular. No entanto, achamos lícito que um paciente, aflito pela doença, pague uma consulta visando resolver seu problema com maior rapidez, mesmo que tal fato altere o fluxo do Sistema. Não é por sua culpa que existem dificuldades no SUS.

Na forma como foi apresentada a consulta, concluímos não haver nenhuma infração ética na conduta dos médicos. A questão trata-se apenas de um problema administrativo, cuja solução deve ser resolvida pelos gestores.

Este é o parecer, s.m.j.

Brasília, 9 de abril de 2003.

Rafael Dias Marques Nogueira
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 2468/2002
Parecer CFM n.º 15/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 10/04/2003

BIOÉTICA - TJ-RJ

ABORTO EUGÊNICO

A desembargadora Giselda Leitão Teixeira, da 2ª Câmara Criminal do Tribunal de Justiça do Rio, autorizou no último dia 19 que a jovem G. O., de 18 anos, interrompa a gravidez, uma vez que o feto sofre de anencefalia, ou seja, ausência de calota craniana e cérebro rudimentar. A jovem e o marido entraram com o recurso no TJ, após o indeferimento do pedido e extinção do processo pela Vara Criminal da Comarca de Teresópolis.

Ao fazer um exame médico em 31 de outubro foi constatado que o feto apresenta má-formação do sistema nervoso central, anencefalia, o que torna inviável a sobrevivência do mesmo. O resultado causou fortes transtornos psicológicos na mãe, que corre risco de vida. A desembargadora afirmou que “sobrevindo a notícia de que o feto padece de patologia irreversível e incontornável, fácil imaginar-se o desespero, a tristeza, que toma conta dos pais”. Ela também elogiou a iniciativa do casal, que ao invés de recorrer a ilegalidade, buscou junto ao judiciário obter a interrupção da gravidez.

A magistratura levou em consideração os documentos médicos anexados ao processo, que atestam que a má-formação é incompatível com a vida pós-natal. “Não se pode impor à gestante o insuportável fardo de ao longo dos meses prosseguir na gravidez já fadada ao insucesso”, concluiu.

Transcrito da Gazeta do Povo – 24/11/2003

PROGRAMA DE REMUNERAÇÃO MÉDICA INDIVIDUALIZADA

Pedro Pablo Magalhães Chacel*

EMENTA - É vedada a utilização de medidas que estimulem restringir a solicitação de exames complementares com o objetivo primordial de incrementar os honorários profissionais.

Palavras-chave: limitação de exames, exames complementares, cercear ato médico, remuneração

INDIVIDUAL MEDICAL PAYMENT PROGRAM

Key words: control of tests, medical care, public health, complementary tests, medical act limitation, ethics

DA CONSULTA

O Sindicato dos Médicos de Caxias do Sul, relata ter solicitado ao CREMERS o estabelecimento de valores mínimos e éticos para remunerar o trabalho médico, no que foi atendido. A partir daí, todos os planos de saúde da região, inclusive a UNIMED, foram contactados para negociar. Após quatro meses de tentativas infrutíferas de negociações com a medicina de grupo, autogestão e a UNIMED, em agosto, foram ajuizadas ações coletivas ordinárias contra os mesmos, exceto a UNIMED - foram realizadas consultas aos cooperados da UNIMED (1000 cooperados desta são filiados ao Sindicato, que conta com 1500 sindicalizados) e uma pequena maioria dos sindicalizados optou por prorrogar as negociações com a Cooperativa.

Em meio às negociações com a UNIMED Nordeste, com sede em Caxias do Sul, esta publicou um informativo instituindo um projeto intitulado PROGRAMA DE REMUNERAÇÃO MÉDICA INDIVIDUALIZADA, implantado a partir de 1º de dezembro - que o presidente do Sindicato entende ser igual ao antiético "Managed Care", combatido por diversas entidades médicas, inclusive o CFM.

O Sindicato recorreu, então, ao Judiciário, mediante ação coletiva ordinária inibitória.

Por entender que o PRMI fere os artigos 3º, 8º, 16, 17, 21, 57, 85, 96, e 97 do Código de Ética Médica, por cercear o médico em seu direito de solicitar e realizar exames complementares e outros procedimentos, tirando-lhe a autonomia e liberdade profissionais, indispensáveis para atender o paciente com zelo e o melhor de sua capacidade profissional, privando-o, portanto, de receber tratamento adequado.

Segundo o missivista, com relação à Resolução CFM nº 1642/2002, a direção da UNIMED Nordeste e o seu projeto denominado PRMI conseguem infringir

* Conselheiro Relator Federal.

6 das 7 alíneas do artigo 1º (a,b,c,d,e,f), bem como o artigo 2º, assumindo o risco de punição por infração aos artigos 4º e 5º. Infringe, também, a própria Lei das Sociedades Cooperativas (Lei nº 5.764/71), que em seu artigo 37 dispõe:

“A Cooperativa assegurará igualdade de direitos dos associados sendo-lhe defeso:

I -

II -

III – estabelecer restrições de qualquer espécie ao livre exercício dos direitos sociais”

Finalmente, solicita ao CFM que emita parecer sobre os aspectos éticos do PRMI e para tanto junta a Resolução CREMERS nº 07/2001 e o detalhamento do Programa de Remuneração Médica Individualizada, da UNIMED Nordeste, sediada em Caxias do Sul.

DISCUSSÃO

As operadoras de planos de saúde cobram uma quantia fixa mensal de seus usuários, a qual atende aos três componentes do preço: custo, despesas e lucro. Ao se estabelecer uma média dos gastos mensais, observa-se que alguns estarão acima da média estabelecida de acordo com a média de todas as quantias gastas, enquanto outros ficarão abaixo dessa média. Estabelece-se então um plus de remuneração àqueles que ficaram 1/2 a 1 desvio padrão abaixo da média e uma remuneração maior àqueles que ficaram abaixo de 1 desvio padrão da média. Ao contrário, serão penalizados aqueles que situarem-se acima da média de 1/2 a 1 desvio padrão acima da média e mais penalizados ainda aqueles que ultrapassarem 1 desvio padrão acima da média. Como os que ficam acima remuneram os que ficam abaixo, a arrecadação da operadora fica estável dentro de uma faixa, naquele momento.

É a aplicação da chamada curva de Gauss.

É natural que aqueles que ficaram acima da faixa média tentem diminuir as despesas adequando-se ao preço final da faixa média, por procedimentos específicos. Ao baixarem este preço final, o preço da faixa média diminuirá, pois este preço médio é o somatório de todos os gastos dividido pelo número de atendimentos/procedimentos. No mês seguinte, continuaremos a ter aqueles que se desviam, acima e abaixo do preço médio. Novamente haverá a tentativa de baixar os preços dos que ultrapassaram a faixa média, nova diminuição do preço médio e assim sucessivamente.

Os custos têm um componente fixo, chamado CH que remunerará os profissionais dentro de uma tabela. Assim, tomando-se o exemplo dado pela própria UNIMED Nordeste, uma cesariana tem um custo de remuneração de serviços em que o obstetra percebe 33,57%; o auxiliar da cirurgia, 10,00%; o anestesista, 31,57% e o pediatra, 24,86%. Não há como diminuir este custo total sem diminuir a CH, a não ser que, por exemplo, eliminemos algum dos participantes da atenção ao parto como o pediatra, o que traria uma economia de 24,86%.

Quanto às despesas, poderíamos dar uma alta mais precoce, economizando diárias; poderíamos economizar fios de sutura, por exemplo, dando pontos em intervalos

maiores, ou usando fios mais baratos. Seria também possível diminuir a utilização de materiais descartáveis, ou mesmo reutilizá-los. Poderíamos ainda economizar em medicamentos, utilizando uma menor quantidade de analgésicos ou fornecendo medicamentos de menor preço. Se conseguirmos diminuir os custos e as despesas, considerando que o usuário paga uma quantia fixa mensal, poderemos aumentar o lucro, que no caso das Cooperativas chama-se sobra.

Entende o presidente do Sindicato dos Médicos de Caxias do Sul que este programa nada mais é que o “Managed Care”, opinião com o qual não concordo. O “Managed Care” estabelece um pagamento global pela assistência a determinado número de pessoas, cujos custos e despesas correm às expensas do prestador de serviços, que ficaria com o restante.

No “Managed Care” o ganho da operadora é fixo, podendo também o prestador dos serviços ter melhor rendimento, através de serviços não prestados. No caso do PRMI o lucro ou sobra fixos são crescentes, porque tenderão a aumentar, com a diminuição dos custos e despesas – motivo pelo qual considero ser o PRMI algo ainda pior que o “Managed Care”, tanto para o prestador de serviço quanto para o usuário.

Percebo que a situação colocada é extremamente perigosa, podendo trazer danos irreparáveis à população, que poderá ser cada vez mais mal atendida por alguns prestadores de serviços - que procurarão manter seus ganhos, diminuindo custos e despesas com graves riscos para os usuários.

De acordo com todo o exposto, entendo que o CFM deve tomar uma medida urgente, através de resolução ou outro meio, visando impedir a utilização de valores médios variáveis através da utilização da curva de Gauss.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 20 de janeiro de 2003.

Pedro Pablo Magalhães Chacel
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 6598/2002

Parecer CFM n.º 13/2003

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 09/04/2003

PLANTÃO DE SOBREAVISO COM ESCALA OFICIAL E A REMUNERAÇÃO

Mauro Brandão Carneiro*
Francisco A. de C. R. de Souza**
José Alejandro Bullón**

EMENTA - Os plantões de sobreaviso constituem prática usual da organização de serviços médicos, devendo obedecer a normas rígidas de funcionamento para evitar prejuízos no atendimento à população e garantir a segurança do médico. O sobreaviso deve ser remunerado.

Palavras-chave: plantão remunerado, obrigatoriedade, responsabilidade, sobreaviso à distância, remuneração, disponibilidade de trabalho, conceito

ON-CALL SHIFT WITH OFFICIAL SCHEDULE AND PAYMENT

Key words: paid shift, obligation, responsibility, on-call at distance, payment, availability to work, concept

I – DA CONSULTA

Trata-se de consulta formulada pelo CRM-RO, solicitando que o Conselho Federal de Medicina se manifeste acerca da seguinte situação:

“(…) O Conselho Regional de Rondônia – CREMERO vem, através deste, solicitar que a respeitável Assessoria Jurídica desse egrégio Conselho Federal de Medicina elabore parecer sobre a legalidade de se impor aos médicos, servidores públicos estaduais, a obrigatoriedade de cumprir os chamados plantões a distância, mais conhecidos como “sobreaviso”, bem como se os períodos de cumprimento destes plantões anômalos devem ou não ser computados na carga horária de trabalho, e conseqüentemente remunerados na forma de horas extras caso ultrapassem as 40 horas normais de trabalho.

Os questionamentos acima se fazem necessários (...) haja vista que a Secretaria Estadual de Saúde refez as escalas de plantões dos servidores médicos e, além da carga horária de efetiva atividade, está exigindo que os médicos fiquem de “sobreaviso”, com o compromisso de só pagar as horas em que o profissional for efetivamente acionado para atender alguma ocorrência, ignorando todo o período de expectativa e espera(…)”

II – PARECER

Os plantões de sobreaviso são adotados nos diversos serviços de assistência médica, públicos ou privados, em todo o país. Caracterizam-se pela disponibilidade de especialistas, fora da instituição, alcançáveis quando chamados para atender

* Conselheiro Relator Federal, ** Assessor Jurídico.

pacientes que lhes são destinados. O médico “de sobreaviso” está obrigado a se deslocar até o hospital, quando acionado, para atender casos de emergência, realizar cirurgias, procedimentos diagnósticos e internações clínicas, sendo devidamente remunerado, seja pelo SUS, por convênios em geral ou mesmo por clientes particulares.

Poucos hospitais, em geral localizados nos grandes centros urbanos, conseguem manter em seus plantões de emergência um contingente de 20 a 25 especialistas. Para a esmagadora maioria das unidades, uma decisão deste tipo tornaria inviável a prestação dos serviços, tanto do ponto de vista econômico quanto pela inexistência de profissionais disponíveis em todas as localidades.

A presente consulta refere-se à exigência feita aos médicos servidores públicos do estado de Rondônia para exercerem o sobreaviso além de sua jornada normal de trabalho, mediante pagamento irregular, mas as considerações a seguir procurarão responder às várias demandas acerca deste tema.

DO PLANTÃO DE SOBREAVISO

Nas unidades de Pronto-Socorro, o atendimento às emergências deve ser previsto e assegurado nas 24 horas do dia, com alocação de recursos humanos conforme estabelecido na Resolução CFM nº 1.451/95.

Outras especialidades médicas não exigidas *in locum* podem, entretanto, estar disponíveis através de plantões de sobreaviso previamente definidos, o que atenderia perfeitamente as necessidades técnicas de demanda não-eletiva, além de não acarretar prejuízo ou riscos aos pacientes.

São especialistas que geralmente atuam num segundo momento, após a ação do plantonista que presta o atendimento imediato ao paciente visando manter as condições de suporte de vida. Esta característica de médico de segunda linha na atenção a uma emergência é que permite a adoção do plantão de sobreaviso, objetivando a otimização do atendimento.

Com efeito, há jurisprudência em nossa legislação ética para tais eventos. Em brilhante parecer, datado de 15 de fevereiro de 1993, o professor Genival Veloso de França exemplifica alguns serviços que não podem trabalhar com “plantões a distância”, como Obstetrícia, Trauma ou Medicina Intensiva. No entanto, ressalva, *in verbis*:

“Coisa diferente é o elenco de especialistas credenciado para complementar o diagnóstico ou a terapêutica nas ocorrências fortuitas, pois seria impossível manter-se num mesmo plantão duas ou três dezenas de facultativos capazes de atender um ou outro caso isoladamente. Certas especialidades, como Otorrino, Oftalmologia ou Neurologia, podem ser solicitadas a darem sua contribuição complementar. Todavia, este não é o modelo, *verbi gratia*, para a Anestesiologia”.

O Conselho Federal de Medicina, no Parecer nº 19, aprovado em 12 de novembro de 1993, analisa os plantões de sobreaviso e acolhe a opinião do relator, conselheiro Nilo Fernando Rezende Vieira, que respondendo à consulta: “poderia o hospital obrigar o médico a cumprir plantão a distância”, assim se manifesta:

“As características de cada cidade, de cada hospital e o número de especialistas disponíveis tornam heterogênea a organização deste tipo de trabalho. Um hospital

de grande porte, de uma grande cidade, geralmente mantém médicos de diversas especialidades de plantão. Já uma pequena cidade, como faria para manter tal leque de especialistas de plantão? A existência de "plantão a distância" - sobreaviso - é decorrência desta heterogeneidade de formas de organização. Estes plantões, naturalmente, não podem ser impostos e obrigatórios. O acordo entre os profissionais e a administração das instituições é o modo de estabelecer estas formas de prestação de serviços".

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo promulgou resolução específica para regulamentar os plantões de sobreaviso. Denominando-os como "plantões de disponibilidade de trabalho", define-os como "a atividade do médico que permanece à disposição da instituição, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado por intermédio de pager, telefone ou outro meio de comunicação, tendo condições de atendimento pronto e pessoal".

Decide, ainda, que o médico de sobreaviso só poderá ser acionado pela equipe médica do local, determinando ao plantonista que tomou tal decisão que "permaneça como responsável pelo atendimento do paciente até a chegada do colega, quando se definirá a responsabilidade pela continuidade da assistência". E enfatiza que "a responsabilidade pelas eventuais falhas de atendimento em decorrência dessa prática será assumida em conjunto pela instituição e pelo médico contratado". Por fim, ressalva que a Resolução não abrange a atividade médica em Pronto-Socorro, já regulamentada pela Resolução CFM nº 1.451/95.

As legislações citadas (e mais alguns pareceres do CRM do Paraná) são unânimes ao alertar para os riscos de omissão de socorro, especialmente nos casos de sobreaviso. Para sintetizar nossa compreensão sobre esta infração ética, tomaremos por empréstimo, uma vez mais, as palavras do professor Genival Veloso de Franca:

"Os médicos responsáveis pelo socorro e os seus superiores imediatos, coniventes ou co-responsáveis pela omissão, podem ser argüídos em suas responsabilidades ética e legal, mesmo estando eles escudados no que se chamou de plantonistas 'de retaguarda' ou de 'sobreaviso'. (...) Em tese, a falta ao plantão reveste-se de características de infração ética, seja por deliberada intenção, seja pela ausência de comunicação ao setor competente do hospital, para que sejam tomadas as devidas providências. Por isso, deve a autoridade hierarquicamente superior ao plantonista estar ciente para prover a imediata substituição, evitando, dessa maneira, a descontinuidade do atendimento".

Pelo exposto, verifica-se que o plantão de sobreaviso é uma realidade nacional e tem o condão de suprir as necessidades de diferentes localidades no tocante à assistência médica. No entanto, sua regulamentação deve estar sujeita a normas rígidas e claras, não apenas para evitar eventual omissão de socorro e prejuízo no atendimento à população mas também para a segurança e garantia do próprio médico.

Assim, o médico que fica de sobreaviso tem a obrigação de permanecer à disposição da instituição de saúde, em jornada preestabelecida, aguardando o seu chamado. Não pode se afastar a ponto de ficar inalcançável, nem praticar outros atos médicos (por exemplo, cirurgia) que o impediriam de responder quando solicitado.

DO PERÍODO DE SOBREAVISO COMO JORNADA EFETIVA DE TRABALHO

Não há como questionar o fato de que, enquanto o profissional estiver de sobreaviso para qualquer eventualidade, este tempo não seja computado como efetiva jornada de trabalho.

O médico escalado para o sobreaviso não pode se ausentar da cidade, ou das proximidades do hospital. Deve estar em condições de responder a um chamado com rapidez, e para tanto deve levar em consideração as condições de trânsito e distância. É obrigatório, também, que esteja alcançável por telefone ou outro meio de comunicação. São inaceitáveis as desculpas de que “não foi encontrado”.

Além da ausência de privacidade, o que caracteriza o fato de o profissional permanecer em serviço, mesmo a distância, é a existência do vínculo estabelecido com a instituição que o contratou. Se tanta responsabilidade é exigida ao profissional, é obrigação da contratante o devido pagamento pelo sobreaviso, e aí se incluem tanto as horas efetivamente trabalhadas como as horas de expectativa.

No caso em apreciação, estamos tratando de servidores estaduais, com vínculo efetivo de trabalho, mas que são exigidos em regime de sobreaviso além do período de jornada normal de trabalho. Portanto, a regra é a mesma. Não se pode deixar de remunerar integralmente o tempo que o profissional está à disposição da instituição contratante, seja ela pública ou privada.

A Resolução nº 74, de 25/6/96, do CREMESP, citada anteriormente, estabelece em seu artigo 4º a obrigação de remunerar o plantão de sobreaviso.

O citado Parecer CFM, nº 19/93, ao responder ao quesito de número dois: “Podem as instituições exigir dos médicos o cumprimento de escala de plantão obrigatória e gratuita por especialidade, quando os mesmos desejam apenas assistir seus pacientes conveniados e particulares”, assim se pronuncia:

“A exigência de cumprimento de plantão obrigatório e gratuito é descabida. Se existe uma escala de plantão e se o cumprimento desta é obrigatório, está claramente configurada a relação trabalhista. Ao médico que aceita cumprir tais escalas cabe o reconhecimento de vínculo empregatício e, portanto, de salários. Aos demais, não cabe a obrigatoriedade de prestar tal serviço”.

E cita, como exemplo, o artigo 244 da CLT, que define, estabelece prazo máximo e remunera o sobreaviso dos trabalhadores em estradas de ferro. No entanto, o Tribunal Superior do Trabalho (TST) mais de uma vez já se pronunciou vez contrário à analogia entre os ferroviários e os profissionais de saúde¹. Argumenta que, diferentemente daqueles, estes profissionais “têm legislação própria (Lei nº 3.999/61) a disciplinar seu trabalho, inclusive com fixação de jornada, e que não guardam semelhanças com os empregados ferroviários”.

Com efeito, a lei citada define a jornada regular (de rotina) dos médicos, fixando-a em quatro horas diárias, podendo chegar a seis horas, com duas horas extras. Entretanto, não existe regulamentação para outras jornadas adotadas pelos médicos, como o plantão, seja ele de seis, doze ou vinte e quatro horas. Muito menos para o plantão de sobreaviso médico.

¹ Processo nº TST – E – RR – 356-315/97.2 – Publicado no Diário da Justiça do dia 6.9.2001.

O instrumento com valor legal para regulamentar qualquer jornada de trabalho diferente daquela prevista em lei é o Acordo Coletivo de Trabalho, estabelecido entre os profissionais médicos de instituição privada e o Sindicato Médico da jurisdição correspondente. No caso das instituições públicas, o caminho é a negociação com o poder competente, ou a lei.

Podemos citar o exemplo do Hospital de Furnas, em Angra dos Reis/RJ, erguido para atender aos funcionários da empresa e a um eventual acidente nuclear na usina atômica, que mantém seus médicos de sobreaviso, através de escalas de plantão, devidamente remunerados.

DA LEGISLAÇÃO

Quando o empregado permanecer à disposição do empregador, dentro de sua jornada normal de trabalho, fará jus à remuneração, uma vez que se verificam todos os requisitos legais previstos no artigo 3º da CLT.

Além disso, é preciso destacar que se o contrato de trabalho estabelecer quatro horas diárias e se o empregado efetivamente prestar algum labor extraordinário, além da 4ª hora diária ele fará jus a essa remuneração, conforme dispõe o artigo 7º, inciso XXX da Constituição.

No entanto, se o contrato de trabalho fixar uma jornada de 8 (oito) horas deve ser observado o salário da categoria para a jornada de 4 (quatro) horas e só serão consideradas como horas extraordinárias aquelas realizadas além da oitava. Nesse sentido, temos o voto do ministro Rider Nogueira de Brito, no processo nº TST - E- RR - 140.343/1994 - publicado no Diário da Justiça do dia 14.11.1996².

Um exemplo da situação acima é o caso do médico que possui jornada de 40 (quarenta) horas semanais, trabalhou 20 (vinte) horas no hospital, ficou 19 (dezenove) horas à disposição e, nessa hora, foi chamando para uma cirurgia que durou 5 (cinco) horas.

Nesta circunstância, o médico fará jus à remuneração da jornada normal (40 horas), devendo também ser remunerado pela jornada superior, que foram as quatro horas de cirurgia. Observe-se que por 1 (uma) hora ele ainda estava à disposição, na jornada normal, e nas outras 4 (quatro) horas estava em jornada extraordinária.

No caso dos servidores estaduais, a situação acima retratada não será diferente, haja vista que juridicamente é assegurado a todos os trabalhadores o direito à remuneração do serviço extraordinário³. E também não há qualquer óbice para a criação do chamando sobreaviso.

² - EMENTA: HORAS DE SOBREAVISO. A NORMA CONSTANTE DO ARTIGO DUZENTOS E QUARENTA E QUATRO, PARÁGRAFO SEGUNDO, CONSOLIDADO, PRÓPRIA DOS FERROVIÁRIOS, NÃO PODE SER APLICADA ANALOGICAMENTE À RECLAMANTE, SUBSTITUÍDA PROCESSUALMENTE PELO SEU SINDICATO, JÁ QUE ELA, COMO TÉCNICA EM LABORATÓRIO QUE É, TEM A TUTELA DO DIREITO DO TRABALHO PREVISTA NA LEI TRÊS MIL NOVECENTOS E NOVENTA E NOVE DE SESSENTA E UM. HORAS EXTRAS - DIFERENÇAS. LEI TRÊS MIL NOVECENTOS E NOVENTA E NOVE DE SESSENTA E UM. O ENTENDIMENTO DA COLENDIA SDI É NO SENTIDO DE QUE " A LEI TRÊS MIL NOVECENTOS E NOVENTA E NOVE DE SESSENTA E UM NÃO ESTIPULA A JORNADA REDUZIDA PARA OS MÉDICOS, MAS APENAS ESTABELECE O SALÁRIO-MÍNIMO DA CATEGORIA PARA UMA JORNADA DE QUATRO HORAS. NÃO HÁ QUE SE FALAR EM HORAS EXTRAS, SALVO AS EXCEDENTES À OITAVA, DESDE QUE SEJA RESPEITADO O SALÁRIO-MÍNIMO HORÁRIO DA CATEGORIA" RECURSO DE REVISTA PROVIDO EM SUA INTEGRALIDADE."

³ - Artigo 7º, INC. XVI - remuneração do serviço extraordinário superior, no mínimo, em cinquenta por cento - Constituição Federal de 1988.

Neste sentido, é imperioso destacar o que dispõe a Lei n.º 8.112/90, ao tratar da remuneração do serviço extraordinário para o Servidor Público da União, *in verbis*

“... Do Adicional por Serviço Extraordinário

Art. 73. - O serviço extraordinário será remunerado com acréscimo de 50% (cinquenta por cento) em relação à hora normal de trabalho(...)”

Na mesma linha de raciocínio segue a Lei Complementar n.º 68/92, que trata do assunto:

“LEI COMPLEMENTAR Nº. 68, DE 9 DE DEZEMBRO DE 1992.

Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis do Estado de Rondônia, das Autarquias e das Fundações Públicas Estaduais, e dá outras providências.

Art. 56 - A jornada de trabalho dos ocupantes de cargos de médico e professor poderá ser de 20 horas e 40 horas semanais conforme dispuserem os respectivos regulamentos.

Parágrafo único - A jornada de trabalho dos ocupantes de cargos de provimento, mencionada no “caput” deste artigo poderá, atendido aos critérios da conveniência e oportunidade, ser reduzida de 40 para 20 horas semanais, a pedido do funcionário e com a conseqüente redução proporcional da sua remuneração.

SUBSEÇÃO III

DO ADICIONAL PELA

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EXTRAORDINÁRIOS

Art. 92 - O serviço extraordinário será remunerado com acréscimo de 50% (cinquenta por cento) em relação a hora normal de trabalho.

Art. 93 - O serviço extraordinário tem caráter eventual e só será admitido em situações excepcionais e temporárias, respeitado o limite máximo de 2 (duas) horas diárias.

Art. 94 - É vedado conceder gratificação por serviço extraordinário, com o objetivo de remunerar outros serviços de encargos.

Parágrafo 1º - O servidor que receber a importância relativa a serviço extraordinário que não prestou será obrigado a restituí-la de uma só vez, ficando ainda sujeito à punição disciplinar.

Parágrafo 2º - Será responsabilizado a autoridade que infringir o disposto no “caput” deste artigo.

Art. 95 - Será punido com pena de suspensão e, na reincidência, com a demissão, o servidor que:

I - atestar falsamente a prestação de serviço extraordinário;

II - se recusar, sem justo motivo, à prestação de serviço extraordinário(...)”

Assim, a questão ora suscitada deve ser analisada caso a caso, uma vez que poderá existir plantão a distância dentro e fora da jornada de trabalho. Observe-se que se houver o “sobreaviso” dentro da jornada normal o médico fará jus à

remuneração relativa a sua jornada normal de trabalho. Entretanto, se houver labor além da jornada normal, deve o empregador remunerar o profissional de acordo com a Constituição e demais legislações pertinentes.

III – DA CONCLUSÃO

Face ao exposto, entendemos, salvo melhor juízo, que:

1. O plantão de sobreaviso é forma ética de organização dos serviços de assistência médica, devendo ser adotado sob normas rígidas para evitar prejuízos no atendimento à população e garantir o trabalho do médico.
2. O sobreaviso deve ser remunerado, incluindo-se tanto as horas efetivamente trabalhadas como as horas de expectativa.
3. Não existe na legislação brasileira impedimento para que o empregador crie o “plantão de sobreaviso”, dentro da jornada normal, garantindo-se a sua remuneração normal.
4. Observe-se que se houver labor além da jornada de trabalho, sempre serão devidas as horas extraordinárias a fim de compensar o empregado pelo período de disposição ao empregador.
5. No que tange ao servidor estadual, regido pela Lei Complementar n.º 62/92, ou seja, estatutário, a situação é idêntica porque não existe qualquer óbice legal para a criação do sobreaviso, uma vez que a organização do serviço de saúde compete à Administração Pública.

Desse modo, opinamos pela aprovação de resolução por este Conselho Federal, a fim de regulamentar o plantão de sobreaviso, para que as instituições de saúde possam ter um correto parâmetro para a eventual adoção dessa modalidade de prestação de serviços.

É o parecer.

Brasília, 13 de janeiro de 2003.

Mauro Brandão Carneiro
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 137/2003
Parecer CFM n.º 09/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 16/01/2003

PRONTUÁRIO MÉDICO

Pedro Pablo Magalhães Chacel*

EMENTA - Serviços de auditoria só poderão ter acesso a prontuários no local onde os serviços médicos assistenciais foram prestados, sendo-lhes vedada a retirada de cópias; contratos entre operadoras de planos de saúde, de qualquer natureza, deverão obrigatoriamente conter cláusulas de reajuste anual dos honorários médicos.

Palavras-chave: prontuário médico, auditoria, cópia, consulta, ética, remuneração

MEDICAL RECORDS

Key words: medical records, audit, copy, ethics, payment/salary

DA CONSULTA

O conselheiro dr. C. B. S. F. encaminha para análise e providências cópia do Contrato de Prestação de Serviços Médicos do Serviço Social das Estradas de Ferro – SESEF como contratante para credenciamento.

Chama a atenção para o item 5.1 da Cláusula Quinta – Remuneração pelos Serviços, onde não trata de reajuste, e item 8.7 da Cláusula Oitava – Das Disposições Gerais, onde o credenciado é obrigado a remeter ao contratante os prontuários médicos, quando solicitados.

Entende que as cláusulas citadas ferem o Código de Ética Médica.

A Resolução CFM nº 1.642/2002, considerando que a Lei nº 9.656/98 institui, para que possam ter autorização de funcionamento, a obrigatoriedade do registro de empresas operadoras de planos de saúde, de qualquer forma ou situação que possam existir, nos Conselhos Regionais de Medicina da jurisdição onde estejam localizadas.

Resolve:

Art. 1º - As empresas de seguro-saúde, de medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico, empresas de autogestão ou outras que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares devem seguir os seguintes princípios em seu relacionamento com os médicos e usuários:

(...)

e. Negociar com entidades representativas dos médicos o reajuste anual da remuneração até o mês de maio, impedindo que o honorário profissional sofra processo de redução ou depreciação;

Art. 2º - Nos contratos de credenciamento ou similares de médicos para prestação de serviço às empresas citadas no art. 1º, deverá ser expressamente estabelecida a forma de reajuste dos honorários médicos.

* Conselheiro Relator Federal.

(...)

Art. 4º - As empresas que descumprirem a presente resolução poderão ter seus registros cancelados no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição e o fato comunicado ao Serviço de Vigilância Sanitária e à Agência Nacional de Saúde Suplementar, para as providências cabíveis.

Art. 5º - O descumprimento desta resolução também importará em procedimento ético-profissional contra o diretor técnico da empresa.

Art. 6º - Proibir, aos médicos, a prestação de serviços para instituições que descumpram o estipulado nesta resolução.

Art. 7º - Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação, ficando revogadas as Resoluções CFM nºs 264/65, 310/67, 808/77, 872/78, 1.084/82 e 1.340/90 e todas as disposições em contrário.

Brasília DF, 7 de agosto de 2002.

Esta resolução estabelece claramente a obrigatoriedade da negociação do reajuste anual. Portanto, o reajuste deve estar expressamente detalhado no contrato.

Quanto ao envio de prontuários para análise pela contratante de serviços assistenciais e posterior devolução, a Resolução CFM nº 1.614/2001 estabelece:

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

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

Considerando que o médico investido da função de auditor encontra-se sob a égide do preceituado no Código de Ética Médica, em especial o constante nos artigos 8º, 16, 19, 81, 108, 118 e 121;

Considerando o disposto no Decreto nº 20.931/32;

Resolve:

(...)

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

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

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

(...)

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

(...)

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

...

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

Art. 15 – Fica revogada a Resolução CFM 1.466/96.

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

Brasília/DF, 8 de fevereiro de 2001.

CONCLUSÃO

É expressamente vedada a retirada de prontuários para avaliação fora dos recintos da instituição onde os serviços profissionais médicos foram prestados.

As empresas administradoras da prestação de serviços, caso não incluam cláusula referente à reajuste anual de honorários médicos, poderão ter seus registros cancelados no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 6 de novembro de 2002.

Pedro Pablo Magalhães Chacel
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 3/23/2002
Parecer CFM n.º 05/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 15/01/2003

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

REPRESENTANTES EM ENTIDADES DE SAÚDE

COMITÊ ESTADUAL DE MORTALIDADE MATERNA – Conselheiros Raquele Rotta Burkiewicz, Membro Titular e Mauri José Piazza, Membro Suplente.

COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL – Conselheiro Maurício Marcondes Ribas, Membro Titular.

COMITÊ ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO PARANÁ – Conselheiros Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Membro Titular e Lúcia Helena Coutinho dos Santos, Membro Suplente.

COMITÊ DO MERCOSUL DO CRM-PR – Conselheiro Wadir Rúpollo, Membro Titular e Lúcia Helena Coutinho dos Santos, Membro Suplente.

COMITÊ PRÓ-VIDA DE PREVENÇÃO DA MORTE MATERNO-INFANTIL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – Conselheiros: Raquele Rotta Burkiewicz, Membro Titular e Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Membro Suplente.

COMITÊ ESTADUAL DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE – Conselheiros Célia Inês Burgardt, Membro Titular e Carlos Ehlke Braga Filho, Membro Suplente.

COMITÊ ESTADUAL DE CAPACITAÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – Conselheiro Donizetti Dimer Giamberardino Filho e Gerson Zafalon Martins, Membros Titulares.

COMITÊ GESTOR ESTADUAL INTERINSTITUCIONAL – Conselheira Raquele Rotta Burkiewicz, Membro Titular.

COMITÊ ESTADUAL DE MOBILIZAÇÃO PARA O COMBATE DA DENGUE NO ESTADO DO PARANÁ – Conselheiro Gerson Zafalon Martins, Membro Titular.

COMITÊ MUNICIPAL DE MOBILIZAÇÃO CONTRA A DENGUE EM CURITIBA – Conselheiro Gerson Zafalon Martins, Membro Titular.

COMITÊ MUNICIPAL DE CONTROLE E PROTEÇÃO DA DENGUE DE FOZ DO IGUAÇU – Conselheira Marta Vaz Dias de Souza Boger, Membro Titular.

COMITÊ ESTADUAL DE REVISÃO DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS – Conselheiros Renato S. Rocco, Membro Titular e Marco Antonio do Socorro M. R. Bessa, Membro Suplente.

COMISSÃO DE ESTUDO SOBRE A PARTICIPAÇÃO DE PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS E ATOS EXCLUSIVOS DA PROFISSÃO MÉDICA – Conselheiros Raquele Rotta Burkiewicz, Mauri José Piazza e Renato Seely Rocco, Membros Titulares.

COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR – CIST – CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ – CES/PR – Conselheiro Mário Stival, Membro Titular.

COMISSÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E ACESSO AO SUS: Conselheiro Wilmar Mendonça Guimarães.

COMISSÃO DE SAÚDE DA MULHER – Conselheira Raquele Rotta Burkiewicz, Membro Titular.

COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR – Conselheiro Mário Stival, Membro Titular.

COMISSÃO MUNICIPAL DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE – Conselheiros Célia Inês Burgardt, Membro Titular e Carlos Eklke Braga Filho, Membro Suplente.

COMISSÃO PROVISÓRIA DE CONTROLE SOCIAL DA MATERNIDADE VICTOR FERREIRA DO AMARAL – Conselheiros Raquele Rotta Burkiewicz, Membro Titular e Hécio Bertolozzi Soares, Membro Suplente.

COMISSÃO ESTADUAL DE FARMACOVIGILÂNCIA DO PARANÁ – Conselheiros Marco Antonio do Socorro M. R. Bessa, Membro Titular e Célia Inês Burgardt, Membro Suplente.

1. **Comissão Estadual de Saúde Mental** – Dr. Renato S. Rocco, Membro Titular e Conselheiro Marco Antonio do Socorro M. R. Bessa, Membro Suplente.
2. **Comissão de Acompanhamento à Municipalização e Consórcios** – Conselheiro Luiz Sallim Emed, Membro Titular.
3. **Comissão de Interiorização do CES/PR** – Sem representação.
4. **Comissão de Saúde da Mulher** – Conselheira Raquele Rotta Burkiewicz – Membro Titular.
5. **Comissão de Acompanhamento ao Orçamento Financeiro** – Conselheiro Gerson Zafalon Martins, Membro Titular.
6. **Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador** – Conselheiro Mário Stival, Membro Titular.
7. **Comissão Estadual de DST/AIDS** – Dr.º
8. **Comissão Estadual de Vigilância Sanitária** – Sem representação.
9. **Comissão Interinstitucional de Recursos Humanos** – Sem representação.
10. **Comissão Especial destinada a examinar os pedidos de indenização às pessoas detidas sob acusação de terem participado de atividades políticas, entre os dias 02/09/1961 a 15/08/1979**

ASSOCIAÇÃO DOS PORTADORES DE LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS – LER – Conselheiro Mário Stival, Membro Titular.

REPRESENTANTE NA CAMPANHA NACIONAL DE INCENTIVO AO PARTO NORMAL DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – Conselheiro Mauri José Piazza, Membro Titular.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ – CES/PR: Conselheiros Luiz Sallim Emed, Membro Titular e Romeu Bertol, Membro Suplente.

CÂMARA TÉCNICA DE ÉTICA E CIDADANIA EM DST/Aids – Conselheira Célia Inês Burgardt, Membro Titular.

INSTITUTO DE ACREDITAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE – IPASS – “PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR” – Conselheiro Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Membro Titular.

GRUPO TÉCNICO DA SESA – DEPT.º EM QUALIDADE DE SAÚDE – PRÁTICAS ALTERNATIVAS/NATURALISTAS – Conselheira Mariângela Batista Galvão Simão.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA – Conselheiro Romeu Bertol, Membro Titular.

COMISSÕES E CÂMARAS TÉCNICAS DO CRM

COMISSÃO TÉCNICA EM TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS – Drs. Ehrenfried Othmar Wittig, Carlos Eduardo Soares Silvado, Duilton de Paola, Júlio César Wiederkehr, Maria Júlia Camina Bugallo e Rossana Mariza Jacob.

COMISSÃO TÉCNICA EM ASSUNTOS RELACIONADOS À POLÍTICA DE SAÚDE – Conselheiros Romeu Bertol e Luiz Sallim Emed.

COMISSÃO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – Conselheiros Raquele Rotta Burkiewicz, Hélcio Bertolozzi Soares e Mauri José Piazza.

COMISSÃO DE ENSINO MÉDICO – Conselheiros Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, Mauri José Piazza e Luiz Sallim Emed.

COMISSÃO DE CONCURSO – Conselheiro Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Raquele Rotta Burkiewicz, Consultor Jurídico Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque, Funcionárias Ana Cristina Kokott e Gilda Soares de Lima.

COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL - CQP – Conselheiros Marília Cristina Milano Campos, Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, Sérgio Ossamu Ioshii e Zacarias Alves de Souza Filho.

COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS - CODAME – Conselheiros Alexandre Gustavo Bley, Carlos Edmundo Rodrigues Fontes, Edgard Luiz Westphalen, Ewalda Von Rosen Seeling Sthalke, Fernando Meyer, Joachim Graf, José Luiz de Oliveira Camargo e Monica De Biasi Wright Kastrup.

COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS – Conselheiros Luiz Ernesto Pujol, Roseni Teresinha Florencio e Sérgio Maciel Molteni.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO – Conselheiros Joachim Graf, Maurício Marcondes Ribas, Mauri José Piazza, Romeu Bertol, Assessor Jurídico Martim Afonso de Palma, Funcionária Eliza Maria Rocha Matiak.

COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL - DEFEP – Conselheiros Carlos Edmundo Rodrigues Fontes, Carlos Ehke Braga Filho, Carlos Puppi Buseti Mori, Célia Inês Buigardt, Hélio Delle Donne Júnior, Kemel Jorge Chammas, Luiz Antonio de Melo Costa, Marta Vaz Dias de Souza Boger, Paulo Roberto Mussi, Wilmar Mendonça Guimarães, Marcos Flávio Gomes Montenegro.

CÂMARA TÉCNICA SOBRE CIRURGIAS MÚLTIPLAS – Conselheiro Roberto Bastos da Serra Freire.

CÂMARA TÉCNICA EM PSIQUIATRIA – Conselheiros Marco Antônio do Socorro M. R. Bessa, Renato S. Rocco, Fernando Sielski e Dr. Osmar Ratzke.

CÂMARA TÉCNICA SOBRE BANCOS DE SANGUE – Conselheiro Luiz Sallim Emed, Drs Arnaldo Antônio Calixto, Ayrton Alfredo Russo, Benedito Valdecir de Oliveira, Denise Akemi Mashima, Giorgio Roberto Baldanzi, Paulo André Palhares de Miranda, Renato Merolli e Ricardo Pasquini.

CÂMARA TÉCNICA EM INFORMÁTICA E SAÚDE – Conselheiro Roberto Bastos da Serra Freire, Drs Lúcio Jorge Dias Matias e Carlos Eduardo Soares Silvado.

CÂMARA TÉCNICA EM DOENÇAS INFECCIOSAS – Conselheira Célia Inês Burgardt e Drs Clóvis Arns da Cunha, Luzilma Terezinha Flenik Martins e Marta Francisca de Fátima Fragoso.

CÂMARA TÉCNICA EM CIRURGIA PLÁSTICA – Conselheiros Monica De Biase Wright Kastrop, Zacarias Alves de Souza Filho e Drs Rogério Augusto Camargo Scheibe, Arnaldo Lobo Miró, Alfredo Benjamin Duarte da Silva e Manoel Augusto Ribas Cavalcanti.

CÂMARA TÉCNICA EM UTI – Conselheiro Wilmar Mendonça Guimarães (determinará a equipe).

CÂMARA TÉCNICA EM MEDICINA DO TRABALHO – Conselheiros Mário Stival e Nilson Jorge de Mattos Pellegrini; Drs Farid Sabbag, Ruddy César Facci, Leslie Marc D´Haese e Francisco Vairo.

CÂMARA TÉCNICA EM BIOÉTICA – Conselheiros Célia Inês Burgardt, José Eduardo de Siqueira, Carlos Ehlke Braga Filho, Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa, Gerson Zafalon Martins, Drs Cícero de Andrade Urban e Mário Antonio Sanches.

CÂMARA TÉCNICA EM AUDITORIA E PERÍCIA MÉDICA – Conselheiros Carlos Roberto Goytacaz Rocha, Sérgio Maciel Molteni e Drs José Roberto Tebet, Roberto Issamu Yosida, Cláudio José Trezub, Arthur Kubiak Filho, Rached Hajar Traya e Eduardo Mischiatti.

CÂMARA TÉCNICA SOBRE CONTROLE DE MEDICAMENTOS – Conselheiros Marco Antonio do Socorro M. R. Bessa e Renato S. Rocco.

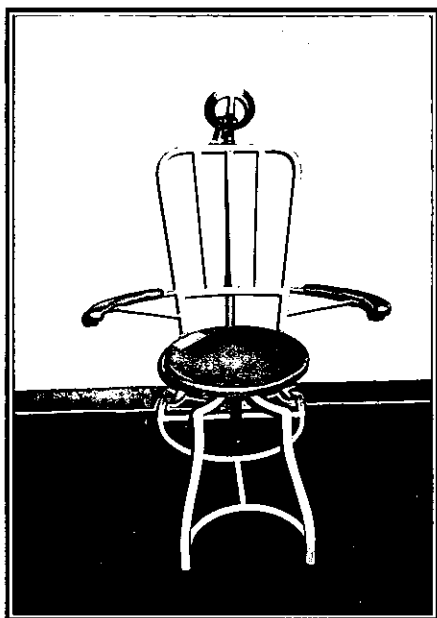
CÂMARA TÉCNICA SOBRE PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – Conselheiro Gerson Zafalon Martins e Drs Ana Maria Sant´Ana, Armando Henrique Norman, Dante Romanó Júnior, Fábio Aragão Klutheovsky, Fernando Luiz Gomes de Carvalho, Romeu Bertol, Sonia Maria Coutinho Orquiza e Vera Lúcia Ferreira Gomes Drehmer.

CÂMARA TÉCNICA EM MEDICINA LEGAL – Conselheiro Carlos Ehlke Braga Filho, e Drs Marilda Zauer Guimarães, Fernando Silveira Picheth, Aldo Pesarini, Carlos Alberto Peixoto Baptista (Membros Efetivos); Lúcio Sérgio Camargo Caldas, Hugo Bendhack Wachowicz e Luiz Antonio Lacerda do Amaral (Membros Suplentes).

CÂMARA TÉCNICA EM TABAGISMO – Conselheiro Gerson Zafalon Martins.

CÂMARA TÉCNICA EM OFTALMOLOGIA – Conselheira Monica De Biase Wright Kastrop e Drs Tania Mara Cunha Schaefer, Pedro Modesto Piccoli, Jayme Arana, Aramis de Castro Bach, Fernando César Abib, Naoye Shiokawa, Francisco Grupenmacher, e José Jorge Neto.

Ehrenfried O. Wittig *



CADEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGISTA

Esta bela e estética cadeira, um excelente exemplar, era um móvel utilizado nas atividades diárias dos otorrinolaringologistas.

Note-se o interessante recosto para a cabeça, o primeiro modelo a apresentá-lo e os harmoniosos braços laterais de apoio. Peça simples mas muito útil e higiênica.

Esta cadeira surgiu na década de 1920 e foi bastante usada pelos otorrinos até a década de 1960, quando começou a ser substituída por modelo pneumático de elevação, acento coberto, e hoje é dotado de assento com elevação elétrica, quase toda recoberta de couro, tecido ou plástico coloridos.

No Paraná foi utilizada pelo Prof. Celso Ferreira, na Santa Casa em 1920, no curso de Medicina da Universidade do Paraná, recém inaugurado.

Modelos mais simples a precederam.

Doação: Ralf Kirmse.

Palavras-chave - cadeira de otorrino, história da medicina
Key-words - otorrino chair, history of medicine

* 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 Ehike 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. Hélcio 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 CRMPPR: Luiz Carlos Sobania

7 - CORREGEDORIA DO CRMPPR

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 (1^o Secretário)
Dr. Ludovico Pieri Neto (2^o Secretário)
Dr. João Henrique Steffen Junior
Dr. Laércio Uemura
Dr. Marcos Menezes Freitas de Campos
Dr. Sylvio Carlos Silva Junior
Dr. Adelmo Ferreira (Suplente)
Dr. Edson Kenji Takaki (Suplente)
Dr. Marcelo Agudo Carvalho de Mendonça (Suplente)
Dr. Wanderley Zanotto Lopes dos Santos (Suplente)

DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

Dr. Kemel Jorge Chammas (Presidente)
Dr. Natal Domingos Gianotto (Vice-Presidente)
Dr^a. Maria Teresa de M. C. Coimbra (1^a Secretária)
Dr. Mário Massaru Miyazato (2^a 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 Truita (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 Gebrim Preto (Secretário)
Dr. Guilherme Augusto Storer (Colaborador)
Dr. Adail Rother Junior (Suplente)
Dr. Altmar José Carletto (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE CAMPO MOURÃO

Dr. Dairton Luiz Legnani (Presidente)
Dr. Moacir Ciulla Porciúncula (Secretário)
Dr. Antônio Carlos Cardoso (Colaborador)
Dr. Manual da Conceição Gameiro (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 Zairos (Secretário)
Dr. Isidoro Antonio Villamayor Alvarez (Colaborador)
Dr. Revison Ravagnani (Suplente)
Dr. Nelson Antônio Barufatti Filho (Suplente)
Dr. Hildegardis Zaccar (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

Dr^a. Vera Lúcia Dias (Presidente)
Dr. Osmani Edson de Andrade Góes (Licenciado)
Dr^a. Alicar Darwich (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 (1^o Secretário)
Dr. Eduardo Ernesto Obzut Filho (2^o Secretário)
Dr. Antônio Moltizuki (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. Marli Cybulski (Secretária)
Dr. Dêlcio Caran Bertucci Filho (Licenciado)
Dr. Achilles Buss Junior (Licenciado)
Dr^a. Margaret Zych (Licenciada)
Dr. Gilberto Luiz Ortolan (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE TOLEDO

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

DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

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