CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

COMISSÕES DE TRABALHO - GESTÃO 2003/2008

DELEGACIAS

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

Cons. Marcos Flávio Gomes Montenegro
Cons. Carlos Edmundo Rodrigues Fontes (Maringá)
Cons. Carlos Ehlke Braga Filho
Cons. Carlos Puppi Busetti Mori (Cascavel)
Consª. Célia Inês Burgardt
Cons. Hélio Delle Donne Júnior (Guarapuava)
Cons. Kemel Jorge Chammas (Maringá)
Cons. Luiz Antonio de Melo Costa (Umuarama)
Consª. Marta Vaz Dias de Souza Boger (Foz do Iguaçu)
Cons. Paulo Roberto Mussi (Pato Branco)
Cons. Wilmar Mendonça Guimarães

2 - COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS (CODAME)

Consª. Mônica de Biasi Wright Kastrup
Cons. Alexandre Gustavo Bley
Cons. Carlos Edmundo Rodrigues Fontes (Maringá)
Cons. Edgard Luiz Westphalen (Londrina)
Consª. Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke
Cons. Fernando Meyer
Cons. Joachim Graf
Cons. José Luis de Oliveira Camargo (Londrina)

3 - COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL (CQP)

Cons. Zacarias Alves de Souza Filho
Consª. Marília Cristina Milano Campos
Cons. Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Cons. Sérgio Ossamu Ioshi

4 - COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Consª. Roseni Teresinha Florencio
Cons. Luiz Ernesto Pujol
Cons. Sérgio Maciel Molteni

5 - COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Cons. Mauri José Piazza
Cons. Joachim Graf
Cons. Maurício Marcondes Ribas
Cons. Romeu Bertol
Cons Martin Afonso de Palma

6 - COMISSÃO DE PATRIMÔNIO

Cons. Afonso Proenço Branco Filho

DELEGACIA REGIONAL DE APUCARANA

Dr. José Marcos Lavrador (Presidente)
Dr. Carlos Alberto Gebrim Preto (Secretário)
Dr. Guilherme Augusto Storer (Vice-Presidente)
Dr. Adail Rother Júnior
Dr. Osmundo Pereira Saraiva
Dr. Enéas Peres Prado (Suplente)
Dr. Milton César Rodrigues Medeiros (Suplente)
Dr. Altimar José Carletto (Suplente)
Dr. Nércio Gonzales Estrada (Suplente)
Dr. Newton Benevenuto (Suplente)

DELEGACIA REGIONAL DE CAMPO MOURÃO

Dr. Antônio Carlos Cardozo (Presidente)
Dr. Manoel da Conceição Gameiro (Vice-Presidente)
Dr. Moacir Ciulla Porciúncula (Secretário)
Dr. Dairton Luiz Legnani
Dr. Wilfredo Sérgio Sandy Saavedra
Dr. Altair Gonçalves (Suplente)
Dr. Antonio Sérgio de Azevedo Rebeis (Suplente)
Dr. Carlos Roberto Henrique (Suplente)
Dr. José Alexandre Gargantini Reze (Suplente)
Dr. Silvio Xavier (Suplente)

DELEGACIA REGIONAL DE CASCAVEL

Dr. Keithe de Jesus Fontes (Presidente)
Dr. Fayez Mehanna (Vice-Presidente)
Dr. Hi Kyung Ann (Secretário)
Dr. Aldo Luis Hota
Drª. Gleice Fernanda Costa Pinto Gabriel
Dr. José Fernando Carvalho Martins (Suplente)
Dr. Nelson Ossamu Osaku (Suplente)
Dr. Allan Cezar Faria Araújo (Suplente)
Dr. André Pinto Montenegro (Suplente)
Dr. Paulo Marcelo Schiavetto (Suplente)

DELEGACIA REGIONAL DE FOZ DO IGUAÇU

Dr. Isidoro Antonio Villamayor Alvarez (Presidente)
Dr. Luiz Henrique Zaions (Vice-Presidente)
Dr. Nilson Jorge de Mattos Pellegrini (Secretário)
Dr. Tomás Edson Andrade da Cunha
Dr. Valter da Cruz Teixeira
Dr. José Antônio Rodrigues Júnior (Suplente)
Dr. Marco Aurélio Farinazzo (Suplente)
Dr. Michel Cotait Júnior (Suplente)
Dr. Rodrigo Lucas de Castilhos Vireira (Suplente)
Dr. Sebastião Pinto Leme Filho (Suplente)

DELEGACIA REGIONAL DE GUARAPUAVA

Dr. Wagner Novaes Carneiro (Presidente)
Dr. Stefan Wolanski Negrão (Vice-Presidente)
Dr. Augusto César Prado Alves (Secretário)
Dr. Amir Youssf Nasr
Dr. Frederico Eduardo W. Virmond
Dr. Edilson Rodrigues da Silva (Suplente)
Drª. Edina Ramos R. Carvalho (Suplente)
Dr. Audevir Benedito Ribeiro (Suplente)
Dr. David L. Alves Figueiredo (Suplente)
Drª. Iara Rodrigues Vieira (Suplente)

DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA

Dr. Marcos Menezes Freitas de Campos (Presidente)
Dr. Álvaro Luiz de Oliveira (Vice-Presidente)
Dr. Luís Fernando Rodrigues (Secretário)
Dr. Adelmo Ferreira
Dr. João Henrique Steffen Junior
Dr. Luis Gabriel Fernandez Turkowiski
Dr. Adel Mamprim (Suplente)
Drª. Alessandra Spironelli Pinheiro (Suplente)
Dr. Antônio César Marson (Suplente)
Dr. José Eduardo de Siqueira (Suplente)
Dr. Sylvio Ferreira Filho (Suplente)

DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

Dr. Mário Massaru Miyazato (Presidente)
Dr. Kemel Jorge Chammas (Vice-Presidente)
Dr. José Carlos Fernandes (1º Secretário)
Dr. Mário Lins Peixoto (2º Secretário)
Dr. Minao Okawa
Dr. Natal Domingos Gianotto
Dr. Luis Gabriel Fernandez Turkowiski
Dr. Aldo Yoshissuke Taguchi (Suplente)
Dr. Luís Francisco Costa (Suplente)
Dr. José Carlos Fernandes (Suplente)
Drª. Vera Lucia Alvarez Beltran (Suplente)
Drª. Mariane Arns (Suplente)

DELEGACIA REGIONAL DE PATO BRANCO

Dr. Paulo de Tarso Fernandes Furtado (Presidente)
Dr. João Antônio Schemberk Júnior (Secretário)
Drª. Giana Dacle Telles
Dr. Sylvio José Borela
Dr. Eduardo Ernesto Obrzut Filho
Dr. César Augusto Macedo de Souza (Suplente)
Dr. Gilberto José Lago de Almeida (Suplente)
Dr. Eduardo Katsusi Toshimitsu (Suplente)
Dr. José Bortolaz Neto (Suplente)

DELEGACIA REGIONAL DE PONTA GROSSA

Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Presidente)
Drª. Daniella Alvarez Mattar (1ª Secretária)
Dr. Gilberto Luiz Ortolan
Dr. Dalton Scarpin Gomes
Dr. Northon Arruda Hilgenberg
Dr. Dário de Melo Júnior
Dr. Marcelo Tessari (Suplente)
Dr. Cleverson Urcichi (Suplente)
Dr. Marcelo Jacomel (Suplente)
Dr. Meierson Reque (Suplente)

DELEGACIA REGIONAL DE RIO NEGRO

Dr. Enio Claudiomar Vieira Valim (Presidente)
Dr. Jacy Gomes
Drª. Dalva Streit da Silveira (Suplente)
Dr. Eloi Manfredini (Suplente)

DELEGACIA REGIONAL DE TOLEDO

Dr. Eduardo Gomes (Presidente)
Dr. Roberto Simão Roncatto (Secretário)
Dr. Celso Paulo Mariani Dall'Oglio
Dr. José Afrânio Davidoff Júnior
Dr. Sérgio Kazuo Akiyoshi
Dr. Wilson Botton (Suplente)
Dr. José Maria Barreira Neto (Suplente)
Dr. José Carlos Bosso (Suplente)
Dr. Federico Patino Cruzzati (Suplente)
Dr. Ivan Garcia (Suplente)

DELEGACIA REGIONAL DE UMUARAMA

Dr. João Jorge Hellú (Presidente)
Dr. Guilherme Antônio Schmitt (Secretário)
Dr. Luiz Renato Ribeiro de Azevedo
Dr. Mauro Acácio Garcia
Dr. Osvaldo Martins de Queiroz Filho
Dr. Adalberto Carlos Giovanini Filho (Suplente)
Dr. Fernando Elias Mello da Silva (Suplente)
Dr. Juscélio de Andrade (Suplente)
Dr. Luiz Antônio de Melo Costa (Suplente)
Dr. Luiz Lucacin Junior (Suplente)

DELEGACIA REGIONAL DE UNIÃO DA VITÓRIA

Dr. Ayrton Rodrigues Martins (Presidente)
Dr. Claudio de Melo
Dr. Adilson Cid Bastos (Suplente)
Dr. Wilson Martin Neubauer (Suplente)

ISSN 0104 - 7620

ARQUIVOS

do Conselho Regional de
Medicina do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 21	n. 82	p. 61-120	Abr/Jun.	2004

EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Donizetti D. Giamberardino Filho
Ehrenfried O. Wittig
Eloi Zanetti
Hernani Vieira
João M. C. Martins
Luiz Sallin Emed

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

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

ENDEREÇOS

CRM

Secretaria Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre
80810-340 Curitiba - Paraná - Brasil
e-mail Protocolo/Geral : protocolo@crmpr.org.br
Secretaria: secretaria@crmpr.org.br
Setor Financeiro: financeiro@crmpr.org.br
Diretoria: diretoria@crmpr.org.br
Departamento Jurídico: dejur@crmpr.org.br
Departamento de Fiscalização: defep@crmpr.org.br
Departamento de Recursos Humanos: rh@crmpr.org.br
Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos: codame@crmpr.org.br
Comissão de Qualificação Profissional: cqp@crmpr.org.br
Comissão de Atualização Cadastral de E-mails: correio@crmpr.org.br
Assessoria de Imprensa: jornal@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

CFM

cfm@cfm.org.br
Home-Page www.portalmedico@cfm.org.br
e-mail jornal@cfm.org.br

TIRAGEM

16.000 exemplares

CAPA

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

COMPOSIÇÃO

Marivone S. Souza - (0xx41) 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 mes de dezembro.Um único suplemento (I) foi editado em dezembro de 1997 e contém um índice remissívo 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 númeração das páginas no canto inferior direito da página direita e a esquerda na página esquerda. Os pareceres, leis, resoluções, monografias, transcrições, terão as palavras-chaves e key words inseridas no final do texto, que evidentemente não seguirão as normas para artigos técnicos ou científicos habituais. Esses devem conter inicialmente uma apresentação seguindo-se um resumo e abstract, palavras-chave e key words, texto, tabelas, ilustrações e referências bibliográficas, adotando as seguintes normas:

Título - sintético e preciso, em português.

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

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

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

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

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

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

Referências - devem ser limitadas ao essencial para o texto. Numerar em ordem seqüêncial de citação no texto. A forma de referência é a do Index Médicus. 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 dos primeiros 50 números, 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.82 , 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

RESOLUÇÕES

Critérios Para a Propaganda em Medicina
CFM 61
Normas Para a Sedação Anestésica Profunda
CFM 65

PARECERES

Composição de Junta Médica
Eliane de Souza 68
É Anti-Ética a Indicação Pelo Médico, de Farmácia de Manipulação de sua Preferência
Eliane de Souza 70
Autonomia das Juntas de Perícia Médica
Rodrigo Orlando Nabuco Teixeira 72
Implicações Éticas Quanto às Técnicas de Reprodução Assistida em Casais Sorodiscordantes Para HIV, Onde a Mulher é Soronegativa e o Homem é Soropositivo
Pedro Pablo Magalhães Chacel 74
Solicitação da Regulamentação do Atendimento Domiciliar
Eliane de Souza 77
Realização e Interpretação de Exame Cardiotocográfico
José Hiran da Silva Gallo 80
Limites do Cirurgião Geral
Ricardo José Baptista 82
Uso de Cartões de Descontos Para Serviços Médicos é Antiético
Antônio Gonçalves Pinheiro 84
Analgesia de Parto
Oliveiros Guanais de Aguiar 87
Responsabilidade Pela Emissão do Atestado de Óbito em Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar
Ricardo Fróes Camarão 89
Tecnologia de Enriquecimento de Espermatozóides Para Escolha de Sexo é Anti-Ética
Pedro Pablo Magalhães Chacel 92
Médico Residente e sua Atuação em Cirúrgia
Zacarias Alves de Souza Filho 94
Ato de Diagnosticar Doença, Atestar, Prognosticar, Avaliar Capacitação e Conceder Benefício Funcional é Ato Médico. A Perícia Médica é Ato Médico.
Dardeg de Sousa Aleixo 97
Resultado de Perícia Médica (INSS) Não Pode Ser Determinado Por Programa de Informática
Roberto Luiz d´Ávila 99
Procedimentos Administrativos na Apuração de Doença Incapacitante Para a Medicina Não Suspende o Andamento da Sindicância ou do Processo Ético-Profissional
Pedro Pablo Magalhães Chacel 103
Normatização dos Exames de Aptidão Física e Mental Para Candidatos a Carteira Nacional de Habilitação
Ricardo Fróes Camarão 111
Associação de Anfetamina e Sedativo é Incompatível
Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior 113
Presença do Anestesista Nas Cirurgias de Catarata
Oliveiros Guanais de Aguiar 115
Exame de Corpo de Delito em Hospital da Polícia Militar
Ricardo Fróes Camarão 117
Contenção Mecânica de Uma Pessoa é Ato Médico
Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior 119

NOTÍCIAS ÉTICAS NA IMPRENSA

Justiça Autoriza Transplante de Fígado Intervivos
Gazeta do Povo 86
Condenados Podem Receber Esterilização
Gazeta do Povo 114

HISTÓRIA DA MEDICINA

Mesa Cirúrgica de 1916
Ehrenfried Othmar Wittig 120

CRITÉRIOS PARA PROPAGANDA EM MEDICINA

CFM*

EMENTA - Estabelece os critérios norteadores da propaganda em Medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria.

Palavras-chave: anúncio, autopromoção, critério, conceito, proibição, divulgação, propaganda, sensacionalismo

ADVERTISEMENT CRITERIA IN MEDICINE

Key words: criterion, concept, prohibition, divulgence, sensationalism, self-promotion

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 que cabe ao CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA trabalhar por todos os meios ao seu alcance e zelar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente;

CONSIDERANDO a necessidade de uniformizar e atualizar os procedimentos para a divulgação de assuntos médicos em todo o território nacional;

CONSIDERANDO a necessidade de solucionar os problemas que envolvem a divulgação de assuntos médicos visando ao esclarecimento da opinião pública;

CONSIDERANDO que os anúncios médicos deverão obedecer a legislação vigente;

CONSIDERANDO o Decreto-Lei n.º 20.931/32, o Decreto-Lei n.º 4.113/42 e o disposto no Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que a publicidade médica deve obedecer exclusivamente a princípios éticos de orientação educativa, não sendo comparável à publicidade de produtos e práticas meramente comerciais;

CONSIDERANDO que o atendimento a estes princípios é inquestionável pré-requisito para o estabelecimento de regras éticas de concorrência entre médicos, serviços, clínicas, hospitais e demais empresas registradas nos Conselhos Regionais de Medicina;

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

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária de 10 de setembro de 2003.

* Conselho Federal de Medicina

RESOLVE:

Art. 1º - Entender-se-á por anúncio a comunicação ao público, por qualquer meio de divulgação, de atividade profissional de iniciativa, participação e/ou anuência do médico.

Art. 2º - Os anúncios médicos deverão conter, obrigatoriamente, os seguintes dados:

a) Nome do profissional;

b) Especialidade e/ou área de atuação quando devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina;

c) Número da inscrição no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único - As demais indicações dos anúncios deverão se limitar ao preceituado na legislação em vigor.

Art. 3º - É vedado ao médico:

a) anunciar que trata de sistemas orgânicos, órgãos ou doenças específicas, por induzir a confusão com divulgação de especialidade;

b) anunciar aparelhagem de forma a que lhe atribua capacidade privilegiada;

c) participar de anúncios de empresas ou produtos ligados à Medicina;

d) permitir que seu nome seja incluído em propaganda enganosa de qualquer natureza;

e) permitir que seu nome circule em qualquer mídia, inclusive na Internet, em matérias desprovidas de rigor científico;

f) fazer propaganda de método ou técnica não aceitos pela comunidade científica;

g) expor a figura de paciente seu como forma de divulgar técnica, método ou resultado de tratamento, ainda que com a autorização expressa deste, ressalvado o disposto no artigo 10 desta resolução;

h) anunciar a utilização de técnicas exclusivas;

i) oferecer seus serviços através de consórcio ou similares;

Art. 4º - Sempre que em dúvida, o médico deverá consultar a Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME) dos Conselhos Regionais de Medicina, visando enquadrar o anúncio dentro dos dispositivos legais e éticos.

Art. 5º - Nos anúncios de clínicas, hospitais, casas de saúde, entidades de prestação de assistência médica e outras instituições de saúde, deverá constar, sempre, o nome do diretor técnico e sua correspondente inscrição no Conselho Regional em cuja jurisdição se localize o estabelecimento de saúde.

Parágrafo único - Pelos anúncios dos estabelecimentos de saúde respondem, perante o Conselho Regional de Medicina, os seus diretores técnicos.

Art. 6º - Nas placas internas ou externas, as indicações deverão se limitar ao previsto no artigo 2º e seu parágrafo único.

Art. 7º - Nas entrevistas, o médico deverá exigir a revisão do texto antes da publicação.

Parágrafo único – Caso não lhe seja disponibilizado o texto para revisão ou a divulgação da matéria seja diversa do declarado, ferindo ditames desta resolução, o médico devera encaminhar ofício retificador ao órgão de imprensa que a divulgou e ao

Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, sem prejuízo de futuras apurações.

Art. 8º - O médico pode, usando qualquer meio de divulgação leiga, prestar informações, dar entrevistas e publicar artigos versando sobre assuntos médicos de fins estritamente educativos.

Art. 9º - Por ocasião das entrevistas, comunicações, publicações de artigos e informações ao público, o médico deve evitar sua autopromoção e sensacionalismo, preservando, sempre, o decoro da profissão.

Parágrafo 1º - Entende-se por autopromoção a utilização de entrevistas, informações ao público e publicações de artigos com forma ou intenção de:

a) angariar clientela;

b) fazer concorrência desleal;

c) pleitear exclusividade de métodos diagnósticos e terapêuticos;

d) auferir lucros de qualquer espécie;

e) permitir a divulgação de endereço e telefone de consultório, clínica ou serviço.

Parágrafo 2º - Entende-se por sensacionalismo:

a) a divulgação publicitária, mesmo de procedimentos consagrados, feita de maneira exagerada e fugindo de conceitos técnicos, para individualizar e priorizar sua atuação ou a instituição onde atua ou tem interesse pessoal;

b) utilização da mídia, pelo médico, para divulgar métodos e meios que não tenham reconhecimento científico;

c) a adulteração de dados estatísticos visando beneficiar-se individualmente ou à instituição que representa, integra ou o financia;

d) a apresentação, em público, de técnicas e métodos científicos que devem limitar-se ao ambiente médico;

e) a veiculação pública de informações que causem intranqüilidade à sociedade.

Art. 10 - Nos trabalhos e eventos científicos em que a exposição de figura de paciente for imprescindível, o médico deverá obter prévia autorização expressa do mesmo ou de seu representante legal.

Art. 11 - Quando da emissão de boletins médicos, os mesmos devem ser elaborados de modo sóbrio, impessoal e verídico, preservando o segredo médico.

Parágrafo 1º - Os boletins médicos poderão ser divulgados através do Conselho Regional de Medicina, quando o médico assim achar conveniente.

Parágrafo 2º - Os boletins médicos, nos casos de pacientes internados em estabelecimentos de saúde, deverão sempre, ser assinados pelo médico assistente e subscritos pelo diretor clínico da instituição ou, em sua falta, por seu substituto.

Art. 12 - O médico não deve permitir que seu nome seja incluído em concursos ou similares, cuja finalidade seja escolher o "médico do ano", "destaque" ou "melhor médico".

Art. 13 - Os sites para assuntos médicos deverão receber resolução específica.

Art. 14 - Os Conselhos Regionais de Medicina manterão uma Comissão Permanente de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME) composta, minimamente, por três membros.

Art. 15 - A Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos terá como finalidade:

a) emitir pareceres a consultas feitas ao Conselho Regional de Medicina a respeito de publicidade de assuntos médicos, interpretando pontos duvidosos, conflitos e omissões;

b) convocar os médicos e pessoas jurídicas para esclarecimentos quando tomar conhecimento de descumprimento das normas éticas sobre a matéria, devendo determinar a imediata suspensão do anúncio;

c) propor instauração de sindicância nos casos que tenham características de infração ao Código de Ética Médica;

d) rastrear anúncios divulgados em qualquer mídia, inclusive Internet, adotando as medidas cabíveis sempre que houver desobediência a esta resolução;

e) providenciar para que a matéria relativa a assunto médico, divulgado pela imprensa leiga, não ultrapasse, em sua tramitação na Comissão, o prazo de 60 (sessenta) dias;

Art. 16 - A presente resolução entra em vigor na data de sua publicação e ficam revogadas todas as disposições em contrário, e especialmente a Resolução CFM n.º 1.036/80.

Brasília-DF, 10 de setembro de 2003

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

Resolução CFM Nº 1.701/2003
Texto consolidado de acordo com retificações publicadas no D.O.U. em 23/12/2003 e 13/01/2004

CORREÇÃO

Recebemos correspondência de Flavia Daniela Pussi, autora do trabalho "O Médico na Moderna Sociedade do Século XXI", publicada nos "Arquivos 20(80):179-197,2003, premiado como Melhor Monografia de Ética Médica. 2003, em concurso promovido pelo CRMPR, com um pedido de desculpas ao Dr. Luiz Augusto Pereira (RS) e Arquivos.

A autora, por "omissão acidental", refere que deixou de colocar aspas, no texto do último parágrafo das páginas 190 e 191 continuação e citação nas referências bibliográficas, que constituem em partes do trabalho publicado: Pereira LA. A Medicina e os Médicos no Novo Código Civil. Medicina. Conselho Federal de Medicina. Ano XVII, nº 141, Fev/Mar, 2003.

NORMAS PARA SEDAÇÃO ANESTÉSICA PROFUNDA

CFM*

EMENTA - Sedação profunda só pode ser realizada por médicos qualificados e em ambientes que ofereçam condições seguras para sua realização, ficando os cuidados do paciente a cargo do médico que não esteja realizando o procedimento que exige sedação.

Palavras-chave: analgesia, conceito de sedação, sedação anestésica, ato médico, definição de sedação, níveis anestésicos, equipamentos de sedação

NORMS FOR A DEEP ANESTHETIC SEDATION

Key words: anesthetic sedation, sedation concept, classification of sedation, sedation equipment

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n° 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n° 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

CONSIDERANDO a importância do ambiente e da qualificação do pessoal envolvido para a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos sob sedação ou anagelsia, com uso de medicamentos para o conforto, alívio da dor e abolição de reflexos indesejáveis;

CONSIDERANDO o uso de drogas ou combinações de drogas que apresentam efeitos sobre o sistema nervoso, cardiovascular e respiratório;

CONSIDERANDO como prioritária a segurança do paciente durante o procedimento e após sua realização;

CONSIDERANDO a necessidade de se criar normas que definam os limites de segurança com relação ao ambiente, qualificação do pessoal, responsabilidades por equipamentos e drogas disponíveis para o tratamento de intercorrências e efeitos adversos;

CONSIDERANDO o que dispõem as Resoluções CFM n°s. 1.363/93 e 1.409/94;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 13 de junho de 2003,

RESOLVE

Art.1° - Nos ambientes em que se praticam procedimentos sob "sedação consciente" ou níveis mais profundos de sedação, devem estar disponíveis:

* Conselho Federal de Medicina

I. Equipamentos adequados para a manutenção da via aérea permeável, bem como a administração de oxigênio em concentração superior à da atmosfera;

II. Medicamentos para tratamento de intercorrências e eventos adversos sobre os sistemas cardiovascular e respiratório;

III. Material para documentação completa do procedimento, devendo ficar registrado o uso das medicações, suas doses e efeitos;

IV. Documentação com critérios de alta do paciente.

Parágrafo 1°- Deve-se dar ao paciente e ao acompanhante, verbalmente e por escrito, instruções relativas aos cuidados sobre o período pós-procedimento, bem como informações para o atendimento de emergências eventuais.

Parágrafo 2°- Todos os documentos devem ser assinados pelo médico responsável.

Art. 2°- O médico que realiza o procedimento não pode encarregar-se simultaneamente da administração de sedação profunda/analgesia, devendo isto ficar a cargo de outro médico.

Art. 3° - Todas as unidades que realizarem procedimentos sob sedação profunda devem garantir os meios de transporte e hospitais que disponham de recursos para atender a intercorrências graves que porventura possam acontecer.

Art. 4° - Os anexos I e II fazem parte da presente resolução.

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

Brasília-DF, 13 de junho de 2003

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

ANEXO I

DEFINIÇÃO E NÍVEIS DE SEDAÇÃO

Sedação é um ato médico realizado mediante a utilização de medicamentos com o objetivo de proporcionar conforto ao paciente para a realização de procedimentos médicos ou odontológicos. Sob diferentes aspectos clínicos, pode ser classificada em leve, moderada e profunda, abaixo definidas:

Sedação Leve é um estado obtido com o uso de medicamentos em que o paciente responde ao comando verbal. A função cognitiva e a coordenação podem estar comprometidas. As funções cardiovascular e respiratória não apresentam comprometimento.

Sedação Moderada/Analgesia ("Sedação Consciente") é um estado de depressão da consciência, obtido com o uso de medicamentos, no qual o paciente responde ao estímulo verbal isolado ou acompanhado de estímulo tátil. Não são necessárias intervenções para manter a via aérea permeável, a ventilação espontânea é suficiente e a função cardiovascular geralmente é mantida adequada.

Sedação Profunda/Analgesia é uma depressão da consciência induzida por medicamentos, e nela o paciente dificilmente é despertado por comandos verbais, mas responde a estímulos dolorosos. A ventilação espontânea pode estar comprometida e ser insuficiente. Pode ocorrer a necessidade de assistência para a manutenção da via aérea permeável. A função cardiovascular geralmente é mantida. As respostas são individuais.

Observação importante: As respostas ao uso desses medicamentos são individuais e os níveis são contínuos, ocorrendo, com freqüência, a transição entre eles. O médico que prescreve ou administra a medicação deve ter a habilidade de recuperar o paciente deste nível ou mantê-lo e recuperá-lo de um estado de maior depressão das funções cardiovascular e respiratória.

ANEXO II

EQUIPAMENTOS DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO	
Oxigênio	• Sistema para fornecimento de oxigênio a 100%
Aspirador	• Sistema para aspirar secreções • Sondas para aspiração
Manutenção das Vias Aéreas	• Máscaras faciais • Máscaras laríngeas· • Cânulas naso e orofaríngeas· • Tubos endotraqueais· • Laringoscópio com lâminas
Monitores	• Oxímetro de pulso com alarmes • Monitor cárdiaco· • Aparelho para medir pressão arterial
Equipamentos para Reanimação e Medicamentos	• Balão auto-inflável (Ambu) • Desfibrilador • Drogas para a reanimação· • Antagonistas: Naloxone, Flumazenil • Impressos com protocolos para reanimação (tipo ACLS)

Resolução CFM Nº 1.670/03
Publicada em D.O.U. de 14/07/2003

COMPOSIÇÃO DE JUNTA MÉDICA

Eliane de Souza*

EMENTA - Junta médica pode ser composta por 2 (dois) ou mais médicos, independente da especialidade.

Palavras-chave: junta médica, composição, conceito, perícia, conferência médica

MEDICAL COUNCIL COMPOSITION

Key words: medical council, team composition, concept, medical conference , medical expertise

Em 24 de julho de 2000, o consulente encaminha correspondência eletrônica ao CFM nos seguintes termos:

"Gostaria de saber no aspecto legal, se uma "JUNTA MÉDICA" pode ser composta pelo seguintes profissionais: oftalmologista, dentista, anestesista, e de quantos profissionais deverá ser composta a Junta? De quantos profissionais deverá a mesma ser composta? Gostaria de saber a legislação que devo consultar para achar tais questionamentos?"

PARECER

O parecer CFM n.º 15/95, aprovado em 6/4/95, em sua exposição e parte da conclusão atende ao questionamento acima citado; portanto, o transcreveremos *in verbis*:

Por junta médica, "lato sensu", entende-se dois ou mais médicos encarregados de avaliar condições de saúde, diagnóstico, prognóstico, terapêutica, etc, que pode ser solicitada pelo paciente ou familiares, ou mesmo proposta pelo médico assistente. Quando com finalidade específica, administrativa, tem a missão de avaliar condições laborativas ou não e, assim, fundamentar decisões de admissão, retorno ao trabalho, afastamento para tratamento ou aposentadoria. Nestes casos sua composição será definida em lei, decreto, regulamento, resolução ou orientação normativa. E este é o caso do Serviço Público Federal. A Orientação Normativa n.º 41 do Departamento de Recursos Humanos/ SAF (Secretaria de Administração Federal) estabelece:

"Compete aos dirigentes de pessoal dos órgãos da administração direta, das autarquias e das fundações federais a designação de juntas médicas oficiais, compostas de 3 (três) membros".

* Conselheira Relatora Federal.

O profissional componente da junta é, primeiramente, médico, e secundariamente especialista nessa ou naquela área, e avalia o homem em seu todo. Para isso tem competência técnica e legal. Assim estabelece a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, em seu:

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

Evidente que seria impossível contemplar todas as especialidades médicas na composição da junta. Junta médica oficial pode solicitar pareceres de médicos especialistas para esclarecer diagnóstico e fundamentar o laudo conclusivo, conforme o Parecer CFM n.º 15/95.

Nas juntas de inspeção de saúde, o dentista pode também participar.

Dentistas ou outros profissionais de saúde não podem fazer parte de junta médica, exceto quando convidados ou designados para opinar em assuntos de sua competência.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 5 de maio de 2002.

Eliane de Souza
Cons. Relatora

Processo-Consulta CFM N.º 6893/2002
Parecer CFM n.º 34/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/07/2002

É ANTI-ÉTICA A INDICAÇÃO PELO MÉDICO, DE FARMÁCIA PARA MANIPULAÇÃO DE SUA PREFERÊNCIA

Eliane de Souza*

EMENTA - É vedado ao médico indicar farmácia para manipulação de medicamento prescrito, pois isto configura infração ao artigo 44 do CEM e à legislação vigente (Decreto 20.931, de 11/01/32).

Palavras-chave: indicação de farmácia, manipulação de medicamento, indicação anti-ética

THE SUGGESTION OF A PHARMACY BY DOCTOR IS CONSIDERED UNETHICAL

Key words: suggestion of pharmacy, medicament manipulation, drug preparation

HISTÓRICO

A Associação Médica Homeopática Brasileira – AMHB encaminha ao CFM, em 6/6/2002, consulta nos seguintes termos:

"Considerando que a eficácia do tratamento proposto pelo médico, no que tange á prescrição de medicamento, dependerá da credibilidade do farmacêutico e conseqüente qualidade do laboratório, caracteriza alguma infrigência do Código de Ética Médica a indicação pelo médico, de farmácia de manipulação de sua preferência?"

Em 4 de julho de 2002, o presidente da AMHB, por correspondência, insiste que a referida consulta seja respondida pelo CFM.

PARECER

A preocupação expressa pelo consulente no tocante á qualidade dos medicamentos prescritos pelos médicos homeopatas e manipuladas pelas farmácias é pertinente.

Entretanto o Decreto n.º 20.931, de 11 de janeiro de 1932, estabelece em seu artigo 16 que:

"É vedado ao médico

c) Indicar em suas receitas determinado estabelecimento farmacêutico para as aviar, ou dar consulta em local contíguo a estabelecimento farmacêutico, em circunstâncias que induzam, a juízo do Departamento Nacional de Saúde, a existência de quaisquer ligações com o mesmo.

---

* Conselheira Relatora Federal.

g) fazer parte, quando exerça a clínica, de empresa que explore a indústria farmacêutica ou seu comércio. Aos médicos autores de fórmulas de especialidades farmacêuticas serão, porém, assegurados os respectivos direitos, embora não as possam explorar comercialmente.

Por sua vez, o artigo 44 do CEM estabelece que é vedado ao médico *"deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação vigente"*.

Portanto, ao indicar um estabelecimento farmacêutico de sua preferência o médico estará infringindo o artigo 16 do referido decreto, legislação ainda vigente. Assim procedendo, estará, consequentemente, também infringindo o artigo 44 do CEM.

Assim sendo, considero como infração ética e legal a indicação, pelo médico, em suas receitas, de farmácia de manipulação de sua preferência.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 12 de setembro de 2002.

Eliane de Souza
Cons. Relatora

Processo-Consulta CFM N.º 2929/2002
Parecer CFM n.º 17/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 10/04/2003

"Nenhum trabalho bem-feito é particular. Ele se torna um bem social. Faz parte do patrimônio universal."
Woodrow Wilson (1856-1924) presidente americano.

AUTONOMIA DAS JUNTAS DE PERÍCIA MÉDICA

Rodrigo Orlando Nabuco Teixeira*

EMENTA - A conduta das Juntas de Perícia Médica deve ser norteada pela legislação específica, Resolução CFM nº 1.488/98 e Código de Ética Médica.

Palavras-chave: perícia médica, autonomia, medicina do trabalho

AUTONOMY OF MEDICAL EXPERTISE COUNCILS

Key Words: medical expertise, medical examination, autonomy

DA CONSULTA

Em 13 de julho de 2002, o consulente indaga ao CFM as seguintes questões:

"Considerando a listagem de patologias ditas ocupacionais. inclusive as citadas na Ordem de Serviço 606, de 5 de agosto de 1998, publicada no DOU nº 158 de 19 de agosto de 1998, da Diretoria de Seguro Social do INSS, citando entre outras a tenossinovite de D'Quervain, pergunto: qual a conduta das Juntas de Perícia Médica diante de um diagnóstico firmado de uma dessas patologias? Proceder a investigação visando estabelecer o nexo causal e técnico entre a doença e o trabalho? Ou permanecer silente considerando-a apenas como mais uma "patologia", tendo como conduta apenas a homologação ou não de licença médica?"

A Ordem de Serviço 606 define a tenossinovite de D'Quervain como uma patologia específica de torção com o polegar em pinça. Portanto, para confirmar tal diagnóstico e afastar os diagnósticos diferenciais (doenças reumáticas, tendinite da gravidez, estiloidite do rádio), torna-se indispensável realizar investigação visando estabelecer o nexo causal e técnico (artigo 2º da Resolução CFM nº 1.488/98) entre a doença e o trabalho, o que fará com que a o perito a catalogue como doença do trabalho ou não.

Porém, para homologar ou não a licença médica faz-se necessário reportar-se à resolução supra, que em seu artigo 1º, inciso II, cita que a homologação deve ser feita sempre que necessário, considerando que o repouso, o acesso a terapias ou o afastamento de determinados agentes agressivos faz parte integrante do tratamento.

Caso seja catalogada como doença do trabalho ou DORT, como define a OS 606, isto implica que o perito comunique tal fato à autoridade competente e recomende ao empregador a adoção de procedimentos cabíveis, independentemente

* Conselheiro Relator Federal.

da necessidade de se afastar o empregado do trabalho (artigo 3°, inciso V, da Resolução CFM n° 1.488/98).

Desta forma respondendo ao consulente, considero que a conduta da Junta de Perícia Médica é: investigar o nexo causal entre a doença e o trabalho; adotar medidas que ajudem a sanear a agressão; comunicar o fato ao órgão público competente, quando necessário; considerar o repouso, o acesso à terapia ou o afastamento do trabalho como parte do tratamento.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 6 de março de 2003.

Rodrigo Orlando Nabuco Teixeira
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.° 4009/2002
Parecer CFM n.° 18/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 10/04/2003

IMPLICAÇÕES ÉTICAS QUANTO ÀS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA EM CASAIS SORODISCORDANTES PARA HIV, ONDE A MULHER É SORONEGATIVA E O HOMEM É SOROPOSITIVO

Pedro Pablo Magalhães Chacel*

EMENTA - Não há impedimento ético na utilização de fertilização assistida nos casos de pacientes sorodiscordantes para o HIV, com a finalidade de diminuir os riscos de transmissão de infecção.

Palavras-chave: fertilização assistida, sorodiscordantes para HIV, técnicas de reprodução, ética na fertilização, HIV na reprodução assistida

ETHICAL IMPLICATIONS RELATED TO ASSISTED REPRODUCTION TECHNIQUES WITH SERODISCORDANT COUPLES WHERE THE WOMAN IS SEROPOSITIVE FOR AIDS AND THE MAN IS SERONEGATIVE

Key words: assisted reproduction, pregnant woman, serodiscordancy for HIV, reproduction techniques, ethics in fertilization, HIV in assisted reproduction

A CONSULTA

O presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, dr. Luiz Sallim Emed, encaminha consulta feita pelos médicos A. G. S. e L. J. R. C., para análise e parecer deste Conselho Federal (fls. 2).

Às fls. 5, os médicos acima nominados, em documento assinado em papel timbrado da A. – Clínica e Laboratório de Reprodução Humana e Andrologia, apresentam ao CRM-PR o questionamento abaixo:

"Solicitamos parecer do ponto de vista ético pertinente ao seguinte caso: trata-se de casais HIV soro discordante, onde o homem está contaminado e que através de uma tecnologia no processamento do sêmen é possível a separação de espermatozóides sem a presença do vírus HIV na amostra. Para certificarmos a ausência de vírus na referida amostra, após o processamento, parte da suspensão contendo os espermatozóides é analisada através da PCR (Reação em Cadeia pela Polimerase) e outra parte é criopreservada. Após o resultado negativo, no que concerne à presença do vírus, a mulher é submetida à indução da ovulação para obtenção de óvulos que serão combinados com aqueles espermatozóides outrora criopreservados que serão agora descongelados.

* Conselheiro Relator Federal.

Já existe no Conselho Regional de Medicina de São Paulo, uma consulta (nº 27.013/00) referente ao mesmo assunto agora solicitado ".

Às fls. 6 e 7, anexam documento de consentimento informado, redigido de maneira clara, abrangendo todas as informações necessárias para uma decisão plenamente consciente, e perguntam se seria necessário realizar alguma alteração.

A bibliografia pertinente encontra-se às fls. 17 a 39.

A seguir, transcrevo o parecer referente à consulta feita ao CREMESP, de nº 27.013/00, analisada pelo conselheiro Pedro Paulo Roque Monteleone e aprovada e homologada por aquele Regional, cujos questionamentos são idênticos aos agora feitos.

"Assunto: Quanto às possíveis implicações éticas no tocante a realização de Técnicas de Reprodução Assistida em casais sorodiscordantes, em que a mulher é soronegativo e o marido soropositivo.

Ementa: Não há empecilhos éticos para utilização de técnicas de fertilização assistida para tais casos.

(...)

A presente solicitação visa esclarecer problemas éticos quanto à realização de Técnicas de Reprodução Assistida em casais sorodiscordantes para HIV, onde a mulher é soronegativo e o marido soropositivo.

Diz o consulente:

"O conceito prevalente é que casais onde a mulher é soronegativo para o HIV e o marido soropositivo, não devem ter filhos, mesmo que ambos sejam férteis. Isto porque a mulher e o feto poderiam ser contaminados através do sêmen, segundo Jaff e cols. 1993".

"O risco desta infecção, por sua vez, está diretamente relacionado à concentração de células e virus contidos no sêmen em questão (Levy, 1994), ao número de ocasiões em que entre em contato com o sêmen (Johnson, 1988) e à presença de lesões genitais por infecção por outros microorganismos (Levy 1988)."

"Um homem soropositivo para HIV, poderia infectar seu próprio filho através da contaminação da mulher. A literatura não faz referencia a uma mulher não infectada ter dado à luz um bebê infectado. O estado do HIV do pai, não afeta diretamente o risco de infecção do bebê. "

"Em 1992, Semprini e cols. publicaram o nascimento das primeiras crianças sadias geradas por casais sorodiscordantes, onde os homens eram soropositivos. As mulheres tinham sido inseminadas artificialmente, utilizando uma fração de espermatozóides móveis obtidos através de lavados seminais. Os mesmos autores publicaram, em 1997 um estudo mais extenso, onde referem ter realizado mais de 1000 casos de inseminações artificiais, nas mesmas condições acima, em 350 casais, resultando aproximadamente 200 nascimentos. Nenhuma criança nasceu com a infecção. Na última publicação, o número de inseminações já crescia a 1585 inseminações, em 513 mulheres, obtendo 228 gravidezes sem contaminação (Semprini e cols, 1998)".

"A técnica utilizada baseia-se no conhecimento de que a grande maioria do HIV no sêmen encontra-se no líquido seminal e nos leucócitos presentes, e que uma separação cuidadosa dos espermatozóides reduz o nível de HIV no sêmen em 10.000 vezes (Quayle e cols, 1998).

"Marina e cols. (1998) publicam os resultados de 101 inseminações, realizadas em 63 mulheres soronegativas de casais discordantes HIV. Nasceram 37 crianças sadias. O mesmo grupo publica o primeiro nascimento de bebê sadio, após o tratamento da infertilidade por ICSI, para este tipo de casais, utilizando a mesma técnica de lavagem de espermatozóides usada para inseminação artificial (Marina e cols, 1998)".

Por outro lado, quando os casais sorodiscordantes não se utilizam de técnicas de Reprodução Assistida para obter gravidez, as chances da mulher ficar contaminada com o vírus é de aproximadamente 5% (Mandelbrodt e cols, 1997)."

"Os dados apresentados parecem suficientes para justificar a utilização destas técnicas, nestes casais em particular, trazendo-lhes a felicidade de poder ter seus próprios filhos com mínimo risco de disseminar a doença na própria família."

"Solicitamos a confirmação do CRM que ao utilizar estas técnicas em casais sorodiscordantes que o solicitam, não estaríamos infringindo qualquer preceito ético."

Ao final, o conselheiro Pedro Paulo Roque Monteleone emite seu parecer:

"O ilustre consulente oferece-nos dados resumidos da literatura sobre a problemática de casal sorodiscordante para HIV em relação à fertilização. Deve ser dito, que, apesar de dados condensados, os trabalhos citados oferecem subsídios suficientes para este parecer.

Não resta dúvida que o casal em que a mulher é soronegativa e o marido soropositivo para HIV tem sérios riscos para gravidez. O relacionamento sexual poderá contaminar a mulher e esta, na vigência da gravidez, contaminar o feto e o recém-nascido. Com a técnica de fertilização "in vitro" a possibilidade de ocorrer tal contaminação é infinitamente menor.

Portanto não há empecilhos éticos para a utilização de técnicas de fertilização assistida para tais casais".

Concordo integralmente com o parecer do eminente conselheiro do CREMESP, prof. Pedro Paulo Roque Monteleone, a respeito da consulta n° 27.013/00 feita ao CREMESP, idêntica à consulta CFM n° 1.636/2003, a nós solicitada. Quanto ao documento de consentimento informado aditado, entendo que cumpre fielmente sua finalidade.

Este é meu parecer, SMJ.

Brasília, 30 de abril de 2003.

Pedro Pablo Magalhães Chacel
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 1636/2003
Parecer CFM n.º 48/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 08/08/2003

SOLICITAÇÃO DE REGULAMENTAÇÃO DO ATENDIMENTO DOMICILIAR

Eliane de Souza*

EMENTA - Cabe ao médico a coordenação da equipe multiprofissional na assistência domiciliar.

Palavras-chave: atendimento domiciliar, equipe multiprofissional, responsabilidade médica

APPEAL FOR REGULATION OF HOME CARE

Key words: home care, multi-professional team, medical responsability

Em agosto de 2002, o presidente do Conselho Regional de Medicina de São Paulo encaminha ao CFM o protocolo nº 72.583/02, no qual as signatárias, após ter sido sancionada a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, pelo presidente da República, solicitam a regulamentação do atendimento domiciliar

Em 15 de julho de 2002, as médicas I. A. P., M. C. P. e A. M. C. encaminharam ao CREMESP o seguinte ofício:

"Tem este ofício o objetivo de encaminhar a Vossas Senhorias uma solicitação para que seja deflagrado o processo de regulamentação do atendimento domiciliar pelo Conselho Federal de Medicina, tendo em vista a difusão desta modalidade terapêutica no País e a recente publicação de lei federal, aprovada pelo Senado e assinada pelo presidente da República que estabelece o atendimento domiciliar e a internação domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Acompanha este ofício um conjunto de documentos em anexo encadernado, onde Vossas Senhorias podem encontrar um pequeno histórico da nossa experiência em atendimento domiciliar a pacientes portadores de insuficiência respiratória crônica junto à população de pacientes atendida pelo Hospital de Clínicas da UNICAMP e também cópias xerográficas de publicações em Diário Oficial pertinentes ao assunto.

A atenção à saúde sempre foi, em qualquer ambiente (hospitalar, ambulatorial), multiprofissional, e a chefia desta equipe de diferentes profissionais tradicionalmente sempre coube ao médico. No atendimento domiciliar temos enfrentado questionamento constante do COREN, que não concorda com a atribuição ao médico da prerrogativa de definir quais profissionais devem compor a equipe de atenção a cada paciente em particular, de acordo com suas necessidades específicas. Esta posição tem gerado inúmeros atritos, que no nosso entender devem ser discutidos no Conselho Federal de Medicina.

* Conselheira Relatora Federal.

Esperando poder contar com a participação de Vossas Senhorias no encaminhamento desta solicitação, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que Vossas Senhorias julgarem necessários e aproveitamos a oportunidade para renovar nossos protestos de elevada estima e consideração".

HISTÓRICO

Em 15 de abril de 2002, o Senado Federal aprovou a Lei nº 10.424 que acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, nos seguintes termos:

CAPÍTULO VI
DO SISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNACÃO DOMICILIAR

Art.19-1 São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§1º - Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapeuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

§2º – O atendimento e a internação domiciliares serão realizadas por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§3º – O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizadas por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.

A Resolução CFM nº 1.529/98 estabelece que o Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar é um serviço médico. Portanto, sua coordenação, regulação e supervisão direta e à distância deve ser efetuada por médico – esta resolução também aprovou a normatização da atividade médica na área da urgência-emergência na sua fase pré-hospitalar.

Em 28 de julho de 1998, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo, após consulta da presidente do COREN-SP sobre a obrigatoriedade da presença do médico na composição de uma empresa prestadora de serviços de enfermagem especializada domiciliar – internação domiciliar, emitiu o seguinte parecer:

"Atos que visem diagnóstico, prognóstico ou terapêutica só podem ser praticados por médicos ou executados por outros profissionais quando prescritos e/ou supervisionados por médicos. Toda equipe de saúde deve ser chefiada por médico".

Em 13 de dezembro de 2000, o Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais aprovou a Resolução nº 208/2000, que normatiza a internação domiciliar.

PARECER

O objetivo da internação domiciliar é oferecer aos pacientes portadores de patologias crônicas ou de seqüelas após traumas, que não mais necessitem tratamento hospitalar, assistência realizada por uma equipe multiprofissional composta por médico,

enfermeira, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, psicóloga, terapeuta ocupacional e fonoaudióloga.

As atribuições de cada um desses profissionais são amplamente definidas em cada regulamentação específica, mas cabe aos profissionais do serviço social e de psicologia a prévia avaliação das condições sociais do domicílio e das condições psicológicas dos familiares.

O médico deve assumir as funções de coordenação da equipe, definindo sua composição, e a ele cabe a prerrogativa da eleição do paciente a ser contemplado por este sistema, assumindo os riscos de toda a medicação prescrita, procedimentos realizados e feitura do prontuário, além de elaborar, eventualmente, a declaração de óbito ocorrido nesta circunstância.

Proponho que o CFM elabore resolução normatizando o assunto.

Este é o meu parecer, SMJ.

Brasília, 9 de fevereiro de 2003.

Eliane de Souza
Cons.ª Relatora

Processo-Consulta CFM N.º 4517/2002
Parecer CFM n.º 19/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 10/04/2003

REALIZAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DE EXAME CARDIOTOCOGRÁFICO

José Hiran da Silva Gallo*

EMENTA - A cardiotocografia é um exame dignóstico, configurando-se, portanto, como ato exclusivo do médico.

Palavras-chave: cardiotocografia, ato médico

CARDIOTOCOGRAPHY TEST AND ITS INTERPRETATION

Key words: cardiotocography, medical act

O dr. J.F.K.S. indaga ao Conselho Federal de Medicina acerca de impedimento ético na realização e interpretação do exame cardiotocográfico. O interessado faz a seguinte exposição:

"A cardiotocografia é o exame de avaliação da vitalidade fetal mais empregado em todo o mundo, tanto durante a gestação (cardiotocografia anteparto) quanto no parto (cardiotocografia intraparto).

A realização e interpretação do exame são pontos que julgo fundamentais para que o mesmo cumpra a sua finalidade. De nada valerá o concurso de exímio especialista na interpretação do registro se quem o realizou não teve conhecimentos singelos, porém básicos, acerca do procedimento.

Tenho experiência com o método desde 1984. Publiquei vários trabalhos sobre o tema, inclusive tese de mestrado, e sou o responsável na UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo) Escola Paulista de Medicina.

Preocupado com o(s) profissional (is) que têm realizado e interpretado o método, faço aos distintos conselheiros os seguintes questionamentos:

"1 – Pode um profissional não ligado à área da saúde (secretário de consultório, etc.) ou indivíduo de nível médio proceder a realização do exame cardiotocográfic?"

Resposta: Não. A cardiotocografia é um exame dinâmico, onde o diagnóstico é construído à medida que diversas variações são observadas. É, portanto, obrigatoriamente, um ato médico.

"2 – Pode um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem ou um atendente de enfermagem, à semelhança do que ocorre com a eletrocardiografia, proceder a realização do exame cardiotocográfico?"

---

* Conselheiro Relator Federal.

Resposta: Não. Considerando que quando o feto não apresenta movimentação no período do exame é feito um estímulo sonoro, entendo que a decisão de proceder ou não o estímulo sonoro se baseia em conhecimentos de fisiopatologia fetal. Assim, o exame cardiotocográfico deve ser efetuado pelo médico, que é o profissional detentor deste conhecimento.

"3 – Pode um enfermeiro, um enfermeiro com especialização em obstetrícia (enfermeiro obstetra) ou uma obstetra proceder a realização do exame cardiotocográfico?"

Resposta: Não. Por todo o exposto nas duas questões respondidas anteriormente.

"4 – Pode um enfermeiro, um enfermeiro com especialização em obstetrícia (enfermeiro obstetra) ou uma obstetra proceder a interpretação do exame cardiotocográfico?"

Resposta: Não. Mesma resposta anterior.

" 5 – Pode um médico generalista de família ou de outra especialidade médica proceder a interpretação do exame cardiotocográfico, ou esta é uma atribuição apenas do tocoginecologista habilitado para o exame?"

Resposta: Sim, se o médico considerar-se habilitado para realizar o exame. Não importa que o mesmo seja tocoginecologista. Qualquer médico que se considere habilitado para realizar o exame pode fazê-lo, independente da especialidade que exerça.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 12 de junho de 2002.

José Hiran da Silva Gallo
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 2132/2001
Parecer CFM n.º 60/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/12/2002

LIMITES DO CIRURGIÃO GERAL

Ricardo José Baptista*

EMENTA - O cirurgião geral tem seus limites de atuação na competência, bom senso, recursos disponíveis e contexto social. O cirurgião geral é imprescindível e pode fazer tudo dentro de sua área de atuação, desde que esteja realmente habilitado e, na medida do possível, em ambiente adequado, nunca se esquecendo de respeitar o Código de Ética Médica.

Palavras-chave: limite do cirurgião, cirurgião geral, competência do cirurgião, habilitação do cirurgião

LIMITS OF GENERAL SURGEON

Key words: general surgeon, limits of surgeon, competence of surgeon, qualification of surgeon

PARECER

A discussão sobre o assunto em questão surgiu no envento "Cirurgia 99", no Congresso de Cirurgia Geral, em Belo Horizonte, promovido pelo Curso de ós-Graduação em Cirurgia da UFMG, FUPEC (Fundação de Pesquisa e Ensino de Cirurgia) e pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

Houve uma discussão ampliada com a participação ativa e constante de vários cirurgiões das capitais e interior, além de renomados professores acerca dos "limites do cirurgião geral".

Partimos do princípio de que o cirurgião geral tem conhecimento prático adequado nas especialidades diretamente ligadas à sua, como, por exemplo: cirurgias vascular, ginecológica, plástica, cabeça e pescoço, urológica, ortopédica, torácica e coloproctológica.

É evidente que em se tratando de boa formação médica, a residência de Cirurgia Geral, que hoje tem como exigência do MEC a duração de dois anos, deveria passar para três, como sugere o Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

sabemos que por sua própria formação geral é o cirurgião das linha de frente, peça de vital importância no atendimento de urgência e emergência em Pronto-Socorro. Nos locais que não possuem todos os especialistas citados anteriormente, o atendimento do cirurgião geral reveste-se de suma importância.

A partir do momento em que o médico recebe o seu diploma e tem o seu registro no Conselho Regional de Medicina, está devidamente habilitado a exercer qualquer especialidade dentro da Medicina, conforme explicita o art. 17 da Lei nº

* Conselheiro Relator Federal.

3.268/57: *"Os médicos só poderão exercer legalmente a Medicina, em qualquer dos seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.* Mas todos sabemos que estará também submetido às regras do CEM, principalmente nos arts. 2º, 5º e 9º, mas principalmente o 29, haja vista a consciência que a população hoje, possui acerca a cidadania, indústria do erro médico e globalização, dentre outros, e da responsabilidade civil e pena.

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

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

Art. 5º - O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

Art. 9º - A Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio.

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

CONCLUSÃO

O cirurgião geral tem seu limites de atuação na competência, bom senso, recursos disponíveis e contexto social. O cirurgião geral é imprescindível e pode fazer tudo dentro de sua área de atuação, desde que esteja realmente habilitado e, na medida do possível, em ambiente adequado, nunca se esquecendo de respeitar o Código de Ética Médica.

" O princípio da moralidade médico-cirúrgia consiste em nunca executar no homem uma experiência que possa produzir nele malefício de qualquer espécie, mesmo que o resultado possa ser altamente vantajoso para a ciência, isto é, para a saúde de outros". Claude Bernard.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 11 de setembro de 2002.

Ricardo José Baptista
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 5993/1999
Parecer CFM n.º 62/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 13/12/2002

USO DE CARTÕES DE DESCONTOS PARA SERVIÇOS MÉDICOS É ANTIÉTICO

Antônio Gonçalves Pinheiro*

EMENTA - O sistema de cartões de desconto para serviços médicos é considerado antiético pelo CFM. A ANS também veda operações através deste sistema na área de saúde.

Palavras-chave: cartão de desconto, serviço médico, intermediário, anti-ético, Agência Nacional de Saúde, empresa de saúde

THE USE OF DISCOUNT CARDS FOR MEDICAL SERVICES IS UNETHICAL

Key words: discount cards, medical services, unethical, intermediary, national health agency, health companies

EXPOSIÇÃO

O dr. R. A. M., envia consulta ao seu Conselho sobre o assunto em tela, frente à Resolução CFM n° 1.649/2002. Diz ele:

"1. Em Uberaba temos algumas empresas de serviços de saúde (médicos, odontólogos, etc.) que fecham contrato com o profissional médico onde reza que concordamos em atender os pacientes do referido plano pelo valor 'X' da consulta médica baseado na tabela AMB 92, cujo CH pode variar de 0,21 a 0,40 conforme a empresa. Algumas delas inclusive divulgavam em notas publicitárias a frase 'consultas com descontos'. Pois bem, com a resolução do CFM artigo 3, torna infração ética o credenciamento ou referenciamento de médicos junto a estas empresas, o que acho correto. Entretanto, entrei em contato por telefone com os dirigentes de 2 empresas (CARTÃO REAL SAÚDE e ODONTO-MED – Omega business) que me informaram que a situação de ambas era legal, e que já estavam retirando a respectiva publicidade de 'consultas com desconto'. Porém, receio que estas empresas estão ilegais pois não possuem registro no CRM (como obriga a lei 9.676, dos planos de saúde) e ainda configuram como desconto médico, visto que o paciente paga a consulta no momento da mesma, fora a mensalidade que paga a referida empresa. O plano não repassa qualquer quantia ao médico. Todo acerto é médico-paciente, segundo a CH do contrato.

2. Estas duas empresas que citei possuem registro na ANS, segundo informação dos dirigentes. Ora, se elas são condenadas pelo CFM, como podem ter

* Conselheiro Relator Federal.

registro na ANS? A quem cabe a fiscalização? CRM? ANS?

3. Visto que elas são registradas na ANS, qual deve ser a postura ética do médico? Sair do plano?

4.É responsabilidade do CRM fiscalizar estas empresas para que tenham registro junto ao mesmo?

5. Há ainda uma outra empresa, GLOBAL SAÚDE, que funciona de maneira semelhante porém o acerto não é paciente-médico. A própria empresa deposita na conta do médico o valor da consulta após o profissional enviar a planilha de atendimentos. Este caso configura cartão de desconto?

6. Na empresa ODONTO-MED alguns médicos estão atendendo o chamado 'pacotinho'. São consultas de 'check-up', no valor de 17 reais, nas áreas de clínica médica de gineco-obstetrícia. As consultas normais são por 35 a 40 reais. Gostaria de informações sobre estes 'check-up's' inventados pela empresa. Pelo que entendo, consulta médica é uma consulta completa,mesmo que seja de rotina, e devemos aplicar todo nosso conhecimento para orientação e prevenção de doenças ao paciente. Acho extremamente desleal e anti-ético consultas mais baratas de 'check-up'."

CONCLUSÃO

Pontualmente, podemos responder os questionamentos:

1- Os médicos devem ter o cuidado de estudar a legalidade de empresas que oferecem tais contratos, especificamente consultando seu CRM. É de bom alvitre que o CRM alerte aos médicos de seu estado que não se alistem em empresas não registradas no CRM, pois estas não serão solidárias na prestação do serviço, expondo o profissional a riscos legais alertados nos "considerando" da resolução.

2- Além do papel de fiscalização dos Conselhos Regionais, cada médico, individualmente, deve denunciar tais "atravessadores", para que os Conselhos atuem coibindo tais práticas.

3- Sim, se a empresa não tiver registro no CRM o médico deve sair do plano.

4- O CRM está proibido de registrar empresas que comercializem os cartões de desconto, explícitos ou não.

5- Consulte o CRM sobre a legalidade da empresa. O CRM estudará o contrato oferecido e verificará o se modus operandi, é ou não ético.

6- Em 1º lugar, verificar a empresa frente ao CRM. Em seguida, verificar com o CRM se esta tabela é ética. Se não for, deverá alertar os médicos para não participarem sob pena de responderem por possível infração ética.

É importante citarmos nesta resposta que a Agência Nacional de Saúde Suplementar regulamentou esta questão pela Resolução Normativa nº 40, de 6 de junho de 2003, que veda a operação através de sistema de descontos ou garantia de preços diferenciados pagos diretamente pelo consumidor.

Este é o nosso parecer, SMJ.

Brasília, 9 de julho de 2003.

Antônio Gonçalves Pinheiro
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 1711/2003
Parecer CFM n.º 49/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/09/2003

JUSTIÇA AUTORIZA TRANSPLANTE DE FÍGADO INTERVIVOS

A Santa Casa de Curitiba fará hoje o segundo transplante de fígado entre duas pessoas vivas em uma semana na capital. Portador de insuficiência hepática grave, o pedreiro Manoel Nunes da Silva será submetido a uma cirurgia para receber parte do órgão da cobradora de ônibus Maria da Silva Lialu. O procedimento foi autorizado pela Justiça a pedido do Núcleo de Prática Jurídica (NPJ) da Universidade Tuiuti do Paraná, uma vez que Maria e Manoel vivem juntos há 13, mas não são casados legalmente.

A intervenção do Judiciário foi necessária porque doador e receptor não são parentes consangüíneos ou cônjuges. Há uma semana, a dona de casa catarinense Eliete de Oliveira Cercal Bleichwelh recebeu parte do órgão de seu enteado Maqueverson Mack Bleichwelh. Neste caso também foi necessária autorização da Justiça. Com o apoio do NPJ da Tuiuti, o pedreiro curitibano poderá receber 40% do fígado de sua companheira. O órgão da doadora tem a capacidade de regeneração plena em poucas semanas.

Maria é uma das centenas de pessoas que recebem assistência gratuita de uma das equipes do NPJ da Tuiuti. Ela é atendida diretamente por uma professora e pelas alunas de Direito Terezinha Carvalho Túlio e Cléia Policarpo Santos Queiroz. O núcleo faz, em média, 5 mil atendimentos gratuitos por mês em diversas áreas do Direito. Alunos do quinto ano de Direito montam o processo, intimam as partes envolvidas e dão a orientação necessária a pessoas que não podem pagar um advogado.

Há pouco mais de um mês, a Tuiuti inaugurou no campus do Mossunguê o Núcleo Avançado de Conciliação e Julgamento das Varas de Família de Curitiba, que atende a casos de reconciliação conjugal, investigação de paternidade, pensão alimentícia e guarda dos filhos, por exemplo. O programa tem ajudado a reduzir a média de 5 mil processos encalhados em cada uma das quatro Varas de Família da capital.

Transcrito da Gazeta do Povo – 18/010/2003

ANALGESIA DE PARTO

Oliveiros Guanais de Aguiar*

EMENTA - O anestesista não deve realizar analgesias obstétricas simultâneas pelo risco a que pode expor as pacientes de que cuida.

Palavras-chave: parto, analgesia simultânea, risco na analgesia, ato anestésico, ato médico

DELIVERY ANALGESIA

Key words: delivery , simultaneous analgesia, anesthesic act, medical act, analgesia risk

PARECER

A consulente, pela experiência que deve ter pelo cargo que ocupa, está, certamente, em condições bem favoráveis, do ponto de vista técnico, para responder à indagação que formula. Desta forma, não parece razoável imaginar queira ela pronunciamento do CFM sobre os aspectos científicos da questão.

Considerando que não é isto que está em jogo, somos levados a imaginar que a consulente procura a manifestação do CFM sobre a licitude (ou aspectos éticos) da conduta apontada na consulta que fez, isto é, analgesias simultâneas.

Inicialmente, cabe indagar: de que analgesia de parto se trata?

Desde o anátema que incidiu sobre Eva (In dolore paries filios tuos, Bíblia, Vulgata), muitos recursos foram usados para aliviar as dores do parto. No entanto, foi a cloroformização de uma rainha que inaugurou a etapa moderna da analgesia de parto, consistindo, portanto, numa forma de anestesia geral. Mas parece claro que as analgesias simultâneas a que se refere a consulente são as aplicadas por via vertebral, porque essas é que permaneceram no quadro das preferências e práticas no Brasil.

Outra pergunta: as analgesias de parto que se aplicam por via vertebral (intra-aracnoidianas e, principalmente, peridurais, em doses únicas ou contínuas) fazem parte do gênero ato médico e, dentro deste, da espécie ato anestésico? Parece-nos que a resposta é clara. As técnicas para se atingir o espaço peridural ou subaracnoidiano fazem parte do currículo de especialização em anestesia e constituem procedimentos delicados, seguros apenas em mãos hábeis. E não fica aí a essência do problema. As drogas injetadas, por um caminho ou por outro, produzem respostas que podem afetar não apenas a mãe, mas também o nascituro em vias de conhecer o mundo.

A analgesia obstétrica não tem respostas padronizadas, como tudo o mais que diz respeito ao campo da medicina. Embora pouco freqüentes, alterações da fisiologia materna, já alteradas no curso da própria gravidez, podem ser comprometidas de modo a merecer interferência do médico anestesista, sem falar na possível interatividade de injeção de doses suplementares para interromper as dores que recomeçam, o que é comum em casos de trabalhos de parto prolongados.

---

* Conselheiro Relator Federal.

Que diferença existe entre analgesia e anestesia? No contexto de que estamos tratando, a diferença é a mesma que existe, segundo Paracelsus, entre o remédio e o veneno. A diferença é a dose. Mas considerando que num e noutro caso podem surgir complicações, o médico que cuida da paciente poderá ser chamado a responder pelos resultados adversos que vierem a acontecer, podendo recair sobre ele a responsabilidade e a culpa.

Considerando que as analgesias simultâneas a que se refere a consulta são peridurais contínuas, é possível que o anestesista aplique mais de uma e permaneça vigilante no ambiente (estamos considerando o mundo das realidades). No entanto, se isto for feito, presume-se um tranqüilo desenrolar das circunstâncias (o que nos levaria ao mundo das idealidades), coisa em que o médico não pode amparar-se, por razões demais sabidas.

Se no curso de um ato médico surgir uma complicação, cabe ao médico entregar-se de modo absoluto à solução do problema que lhe foi posto. Dedicação absoluta, tornando sem importância tudo o mais que estiver na periferia dos seus interesses.

Configuremos uma situação hipotética, mas não impossível de ocorrer:

Um anestesista, em ambiente anexo ao Centro Obstétrico, cuida, ele só, de três pacientes em evolução de trabalho de parto. Passa cateter peridural e injeta doses adequadas em todas as parturientes a que presta serviços. De repente, o obstetra detecta sofrimento fetal que requer realização de cesariana. O anestesista, nessa circunstância, não será mais assistente das analgesias do pré-parto, porque a sua ocupação integral transfere-se para o ato operatório de que vai cuidar, talvez de forma dupla, envolvendo mãe e nascituro.

Por outro lado, o anestesista não pode, de maneira alguma, ausentar-se do ambiente em que administra anestesia e cuida de paciente antes que o objetivo procurado seja atingido (no caso, a parturição, com estabilidade materna). É inadmissível que um anestesista aplique anestesia e retire-se do ambiente antes do trabalho concluído, mesmo estando seguro de que as condições decorrentes do seu ato estejam estabilizadas (Isto só pode ser admitido se os cuidados forem transferidos a um de seus pares, capaz de fazer o que ele faria em qualquer eventualidade). Dando-se a transferência, paciente [se em condições], cirurgião ou obstetra devem ser avisados, sendo de esperar-se a sua concordância.

E por fim, para justificar nossas razões, não fossem os dispositivos difusos do Código de Ética Médica que orienta para o paciente a razão de ser da Medicina, seria bastante o que diz a Resolução CFM nº 1.363/93, no inciso IV do art. 1:

É ato atentatório à ética médica a realização simultânea de anestesias em pacientes distintos pelo mesmo profissional, ainda que seja no mesmo ambiente cirúrgico.

Este é parecer, smj.

Brasília, 26 de janeiro de 2003.

Oliveiros Guanais de Aguiar
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 5462/2002
Parecer CFM n.º 43/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 06/08/2003

RESPONSABILIDADE PELA EMISSÃO DO ATESTADO DE ÓBITO EM SERVIÇOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Ricardo Fróes Camarão*

EMENTA - Os médicos dos serviços de atendimento pré-hospitalar, para efeito de emissão de declaração de óbito, poderão ser considerados assistentes ou substitutos e devem obedecer o disposto na Resolução CFM n° 1.601/2000.

Palavras-chave: atendimento pré-hospitalar, atestado de óbito, óbito pré-hospitalar, médico plantonista, médico assistente, conceito

WHO IS RESPONSIBLE FOR THE EMISSION OF DEATH CERTIFICATE AT PRE-HOSPITAL CARE

Key Words: pre-hospital care, death certificate, duty doctor, assistant doctor, concept

CONSULTA

O médico R.K.T., mediante correspondência eletrônica protocolizada sob o n° 2.478/2001, faz o seguinte questionamento:

"Sou médico, gostaria de saber quais são as responsabilidades do médico, com relação ao atestado de óbito, quando este trabalha em serviços médicos de remoção, emergência e urgência domiciliar (ambulância).

(...) nas possibilidades de encontrar o paciente já falecido em seu domicílio, encontrar ele parado e iniciar manobras de ressuscitação sem sucesso, ao exame o paciente parar e se iniciar RCP sem sucesso, durante o transporte para um hospital o paciente falecer apesar dos procedimentos de ressuscitação.

O médico que tem esta atuação (sem nunca ter entrado em contato com o paciente) é considerado médico assistente deste paciente ou substituto?

No caso do paciente possuir um médico assistente, que no entanto não está presente, mas tem ciência que seu paciente faleceu, quem fornece o atestado? E se o médico assistente alegar que não possui o livro de óbito ou atestado de óbito? O médico da ambulância deverá fornecer atestado?

Grato desde já"

PARECER

A emissão do atestado de óbito sempre suscitou, entre os médicos, dúvidas quanto a quem caberia a responsabilidade. Na verdade, todos sabemos que não são dúvidas, mas sim uma verdadeira repugnância de enfrentar o seu preenchimento e,

* Conselheiro Relator Federal.

por fim, assiná-lo. O que traduz esse sentimento é o que diz o adágio popular: "os médicos fogem do atestado de óbito assim como o diabo da cruz."

É preciso perder esse medo. O professor Juarez Montanaro, da Universidade São Paulo, ensina que: "o atestado de óbito não pode ficar parecendo, por toda a vida do profissional, um gárgula monstruoso e dominador, que só quer o mal do médico. Lembremo-nos que a declaração de óbito é parte integrante do ato médico."

O atestado de óbito é um documento que tem por objetivo confirmar a morte, determinar sua causa e fornecer dados estatísticos que possibilitem aos órgãos de Saúde Pública a elaboração de políticas de saúde.

Como se pode perceber, é um documento importantíssimo para o planejamento, pois trás no seu bojo o diagnóstico/perfil de uma determinada comunidade. Daí a importância de seu correto preenchimento, tantas vezes relegado por alguns.

Recentemente, o Conselho Federal de Medicina publicou resolução normativa sobre a responsabilidade médica no fornecimento da declaração de óbito. É a Resolução nº 1.601/2000, que revogou a anterior resolução nº 1.290/89 e na qual o médico encontra todas as orientações a respeito.

Com relação à consulta do dr. R.K.T., a dúvida principal é a responsabilidade do médico que atua em serviços de transporte, remoção, emergência e urgência domiciliar. Esse tipo de serviço foi regulamentado pela Resolução CFM nº 1.529/98, que em seu artigo 1º o conceitua como sendo: "um serviço médico e sua coordenação, regulação e supervisão direta e a distância deve ser efetuada por médico". Portanto, o médico que atua nesse tipo de serviço, ao se deslocar para realizar qualquer atendimento, já dispõe de algumas informações prévias a respeito do quadro do paciente que irá atender, pois essas deverão obrigatoriamente ser informadas à Central de Regulação, antes do envio da ambulância.

Toda nova atividade médica realmente pode trazer dúvidas. Para melhor esclarecimento, faremos a seguinte comparação: quando da instalação dos serviços de terapia intensiva nos hospitais, muitas pelejas foram estabelecidas entre os médicos para definir de quem seria a responsabilidade no fornecimento do atestado de óbito do paciente que falecia nas recentes criadas Unidades de Terapia Intensiva. Naquela época, isso ocorreu pelo fato deste ser um novo tipo de assistência prestada aos pacientes internados nos leitos comuns dos hospitais, e que já tinham o seu médico responsável.

Para dirimir as dúvidas e a fuga de responsabilidade, o CFM se pronunciou através do Parecer nº 9/85, de 12 de abril de 1985, cuja ementa transcrevo *in totum*:

"Quando o paciente falecer nas instalações de UTI, ao médico plantonista de UTI cabe a incumbência do fornecimento da Declaração de Óbito".

Fazendo-se uma analogia entre os serviços de atendimento pré-hospitalar e os serviços de UTI, ao médico do atendimento pré-hospitalar caberá o fornecimento do atestado de óbito, só não o fazendo em caso de violência ou suspeita desta.

A meu ver, o fato de o paciente estar em sua casa, na ambulância ou no hospital é questão topográfica e não médica. Nesse tipo de serviço, mesmo com suas particularidades, é possível determinar a causa do óbito. Através de informações prestadas à central reguladora/APH, pela família ou mesmo hospital (ambulância de Home Care), ao exame *in loco* do doente ou qualquer outro meio disponível.

CONCLUSÃO

Médicos que atuam em serviços de atendimento pré-hospitalar estarão isentos de fornecer o atestado de óbito quando o óbito for decorrente de causa externa ou mesmo suspeita, circunstância em que deverá dar ciência à autoridade competente ou, quando não tiver condições de estabelecer a *causa mortis,* enviar o caso para o Serviço de Verificação de Óbito, onde houver.

Portanto, para efeito de emissão de atestado de óbito os médicos desses serviços serão considerados médicos assistentes ou substitutos e devem obedecer o que dispõe a Resolução CFM nº 1.601/2000.

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

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 22 de agosto de 2002.

Ricardo Froés Camarão
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 2478/2001
Parecer CFM n.º 04/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 15/01/2003

TECNOLOGIA DE ENRIQUECIMENTO DE ESPERMATOZÓIDES PARA ESCOLHA DE SEXO É ANTI-ÉTICA

Pedro Pablo Magalhães Chacel*

EMENTA - Não é permitida a utilização de técnica de separação de espermatozóides com a finalidade de escolha de sexo, a menos que hajam indicações específicas relacionadas e transmissão de doenças genéticas relacionadas ao sexo.

Palavras-chave: espermatozóide, escolha de sexo, separação de espermatozóide, técnica de enriquecimento

SPERMATOZOID ENRICHMENT TECHNOLOGY FOR CHOICE OF SEX IS UNETHICAL

Key words: spermatozoid, enrichment technique, sex choice, separation of spermatozoids

PARECER

O presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, dr. Luiz Sallim Emed, encaminha a este Conselho consulta formulada pelo Laboratório Androlab e Clínica de Reprodução Humana e Andrologia, sobre o aspecto do enriquecimento de espermatozóides com cromossomo X ou Y na amostra seminal obtida mediante técnicas de separação com diferentes gradientes. Chamam a atenção para condutas médicas direcionadas para influenciar o sexo, descritas na literatura, a saber: relação sexual conforme período ovulatório, ducha vaginal com bicarbonato de sódio ou ácido acético, variação na posição do intercurso, etc. Relatam que o uso do citrato de clomifeno seria indicado à indução da ovulação, propiciando maior número de embriões do sexo feminino, em vista de sua ação sobre o muco cervical. Explicitam que "as abordagens para seleção do sexo dizem respeito à diferença no peso e tamanho entre o que contenha o cromossomo Y e os que contenham o cromossomo X. O cromossomo Y é um pouco mais leve, o que faz nadar mais rápido" e que "não estudar e entender as diferenças dos espermatozóides X e Y mais extensivamente e usá-los responsavelmente é negar a nós mesmos e às gerações futuras o privilégio e o poder do conhecimento".

Como anexos, legislações estrangeiras e artigos publicados em revistas leigas, o texto Direito e Bioética - aspectos jurídicos em face da genética, de autoria de Marcos Inácio Araújo e Oliveira a Resolução CFM nº 1.358/92, que dispõe sobre

* Conselheiro Relator Federal.

normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, a Declaração de Helsinque sobre pesquisa em seres humanos, a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e a Lei nº 8.974, de 5/1/95, que estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização no uso das técnicas de engenharia genética na construção, manipulação, transporte, comercialização, consumo, liberação e descarte de organismo geneticamente modificado (OGM).

Os consulentes fazem extensas digressões acerca das possibilidades que o estudo da reprodução pode trazer ao conhecimento científico sobre a utilização de técnicas as mais variadas, capazes de influir no processo reprodutivo, tais como utilização de gametas e pré-embriões com as mais diversas finalidades. Ao final, trazem uma pergunta específica a respeito do enriquecimento de sêmen visando a uma maior proporção de espermatozóides X ou Y, aumentando, assim, a possibilidade da escolha do sexo nos casos de reprodução assistida.

No Brasil, atualmente transitam no Congresso Nacional projetos de lei que tratam da matéria mas até a presente data só existe a Resolução CFM nº 1.358/92, que em seus Princípios Gerais estabelece em seu artigo 4° - "As técnicas de RA não devem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto quando se trate de evitar doenças ligadas ao sexo do filho que venha a nascer".

Entendo que a Resolução nº 1.358/92, deste Conselho Federal, em pleno vigor, responde integralmente à consulta formulada.

Este é meu parecer, SMJ.

Brasília, 27 de junho de 2003.

Pedro Pablo Magalhães Chacel
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 3070/2003
Parecer CRMPR N.º 50/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/09/2003

MÉDICO RESIDENTE E SUA ATUAÇÃO CIRÚRGICA

Zacarias Alves de Souza Filho*

Palavras-chave: médico residente, atuação cirúrgica, co-responsabilidade, treinamento supervisionado, supervisão presencial

INTERN DOCTOR AND HIS/HER PERFORMANCE IN SURGERY

Key words: intern doctor, surgical performance, co-responsability, supervised training, personal ongoing supervision

Trata o presente sobre a Consulta n.º 095/2003, encaminhada através de correspondência do Hospital Universitário Regional Norte do Paraná, nos seguintes termos:

"...

O Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná é um Hospital Escola com 289 leitos próprios e 44 leitos conveniados. Possui Curso de Residência Médica em 29 áreas do conhecimento, especificadas a seguir, e conta atualmente com 148 residentes:

Anatomia Patológica; Anestesiologia; Cardiologia; Cirurgia Geral; Cirurgia Pediátrica; Cirurgia Vascular Periférica; Clínica Médica; Dermatologia; Doenças Inf. Parasitárias; Endocrinologia-Metabologia; Gastroenterologia; Infectologia Pediátrica (R-3 Opcional de Pediatria); Medicina Preventiva e Social; Nefrologia; Neonatologia (R-3 Opcional de Pediatria); Neurocirurgia; Obstetrícia e Ginecologia; Oftalmologia; Ortopedia e Traumatologia; Otorrinolaringologia; Patologia Obstétrica (R-3 Opcional Obst. Ginecologia); Pediatria; Pediatria Social (R-3 Opcional de Pediatria); Pneumologia; Radiologia; Reumatologia; Urologia; e UTI Pediátrica (R-3 Opcional de Pediatria).

São realizados mensalmente no HURNP, em média, 1150 internações, 12000 atendimentos ambulatoriais, 7000 atendimentos de Pronto Socorro, 600 cirurgias entre outros serviços.

Considerando a relevante participação dos médicos residentes na assistência prestada no HURNP, vimos pelo presente consultar esse Conselho sobre as seguintes questões relacionadas a atuação dos residentes no Centro Cirúrgico do Hospital:

1) Pode o médico residente realizar cirurgias em geral sem a supervisão presencial de um profissional responsável?

2) Pode o médico residente realizar cirurgias especializadas, típicas de seu programa de residência, sem a supervisão presencial de um profissional responsável?

* Conselheiro Relator Regional do Paraná.

3) Em caso de acontecer acidentes durante cirurgias em geral realizadas por médico residente sem a presença do profissional responsável, como ficam as responsabilidades?

4) Em caso de acontecer acidentes durante as cirurgias especializadas, típicas do programa de residência, sem a presença do profissional responsável, como ficam as responsabilidades?

5) Havendo o entendimento desse Conselho de que o médico residente pode realizar procedimentos sem a supervisão presencial de um profissional, quem poderia indicar quais os procedimentos realizáveis nesta condição? O rol de procedimentos possíveis para cada estágio em que se encontrar o médico residente poderia ser indicado pela Comissão de Residência Médica – COREME em conjunto com a Comissão de Ética Médica?...

Em relação aos questionamentos temos a aduzir:

Não é a atribuição do CRM estabelecer, em serviços cirúrgicos universitários ou não, prioridades e seqüência a ser observada no programa de treinamento de residentes em cirurgia, cabendo a cada instituição fazê-lo.

De modo geral, podemos observar o seguinte:

A residência médica em cirurgia é o programa de ensino sob a forma de curso de especialização em nível de pós-graduação, caracterizado por treinamento em serviço de cirurgia, universitário ou não, necessariamente credenciado para tal finalidade pelo Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM). É regulamentado pela Lei 6932, de 07/07/1981 e suas complementações e pelas deliberações do CNRM.

O programa da residência médica prevê a implantação de escala progressiva de atribuições tanto referentes a responsabilidade quanto a funções com grau de dificuldades crescentes dentro da hierarquia do serviço.

O Código de Ética em vigência rege a atuação ética de todos os médicos, e assim sendo, também dos médicos residentes. É clara a posição em seu preâmbulo, no final fica estabelecido: "Os infratores do presente Código sujeitar-se-ão às penas disciplinares previstas em lei".

A fórmula ideal de como "educar" o residente tem sido testado de diversas maneiras, não existindo ainda um modelo definitivo consagrado. O melhor modo de controlar a qualidade de formação ética de cada residente resulta da avaliação desenvolvida por meio da estreita convivência entre orientador e orientado ao longo desse período de aquisição de qualificação profissional.

- "O médico residente, apesar de toda a supervisão e orientação, subentende-se que tenha os necessários conhecimentos para tratar da vida humana. Com efeito, o residente, ao prestar atendimento ao paciente, assume a responsabilidade pelos atos decorrentes, não podendo, em hipótese alguma, atribuir o insucesso a terceiros. Não há como isentar residentes internos e docentes da responsabilidade jurídica por eventuais danos, uma vez caracterizada a prática de ato ilícito." Tal é o parecer emitido em 28/05/1990, pelo Assessor Jurídico do CRMSP, Dr. João Carlos de Lima.

- O trabalho do residente não deverá ser utilizado somente como mão-de-obra. O compromisso da Instituição é com sua formação adequada e com o competente atendimento assistencial prestado por todos os integrantes de um programa de residência médica em cirurgia.

- A importância da atribuição em graus distintos da responsabilidade nas diferentes etapas dentro do programa de residência médica em cirurgia condiciona uma progressiva adaptação não só a atribuições mais complexas como também à capacidade em assumir maior responsabilidade, frente aos procedimentos, decisões e até mesmo na coordenação dos colegas residentes menos graduados.

O Código de Ética Médica contempla em seu Capítulo III, artigos que alertam para situações de grande relevância quanto à responsabilidade profissional do médico, cabendo, na residência a responsabilidade maior e final aos preceptores e ao coordenador do serviço.

Destra forma, face aos questionamentos, fica bastante claro que, sendo a residência médica em cirurgia processo de pós-graduação sob supervisão, não deve o residente efetuar procedimentos cirúrgicos de qualquer complexidade sem a supervisão de seu orientador ou do coordenador do serviço.

Caso o residente efetue procedimento cirúrgico sem comunicar ao seu preceptor ou sem solicitar autorização deste, deverá assumir isoladamente toda a responsabilidade das conseqüências possíveis advindas de seu ato.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 09 de janeiro de 2004.

Zacarias Alves de Souza Filho
Cons. Relator

Processo-Consulta N.º 095/2003
Parecer CRMPR N.º 1562/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 19/01/2004

ATO DE DIAGNOSTICAR DOENÇA, ATESTAR, PROGNOSTICAR, AVALIAR CAPACITAÇÃO E CONCEDER BENEFÍCIO FUNCIONAL É ATO MÉDICO. A PERÍCIA MÉDICA É ATO MÉDICO

Dardeg de Sousa Aleixo*

EMENTA - Ato de diagnosticar doença, atestar, prognosticar, avaliar capacitação e conceder benefício funcional é ato médico. A perícia médica é ato exclusivo da profissão médica, devendo este profissional realizar o exame clínico do paciente antes de atestar.

Palavras-chave: perícia médica, ato médico, avaliação funcional, diagnóstico, atestar

DIAGNOSING DISEASE, ATTESTING, PROGNOSING, EVALUATING TRAINING AND GRANTING FUNCTIONAL BENEFIT IS MEDICAL ACTION, MEDICAL EXPERTISE IS MEDICAL ACTION

Key words: medical expertise, medical action, functional evaluation, diagnostic, attest

DA CONSULTA

A presente consulta foi formulada pela dra. A. M. F. e pelo dr. E. A., "solicitando posicionamento deste Conselho quanto a práticas que têm lugar no INSS, que constituem, SMJ, infrações éticas".

Informam, ilustrativamente, que o INSS concede, entre outros, benefícios por incapacidade laboral, incapacidade para a vida independente e por invalidez.

Referem que *"para o reconhecimento destas situações é indispensável que haja avaliação médica, uma vez que apenas este profissional está qualificado e legalmente amparado para reconhecer doenças e avaliar o grau de comprometimento funcional delas decorrente. Exercem esta função os médicos peritos da Previdência Social, amparados pelo Decreto nº 3.048 e Lei nº 8.213. Entendemos que para a justa avaliação médica seja indispensável o exame direto do paciente e análise dos documentos médicos de que este dispuser, bem como de outros que o perito, em sua independência, julgar necessário solicitar. No INSS há três tipos de conclusão possíveis por parte do médico perito: 1 – Conclusão contrária à alegação de incapacidade; 2- Conclusão favorável, com fixação de data-limite para o diagnóstico sem necessidade de reexame, portanto com alta após a data fixada; 3- Conclusão favorável, com fixação de data-limite para o diagnóstico com necessidade de reexame para constatação de persistência da situação de incapacidade e, portanto, prorrogação do benefício. Nas duas últimas situações, o médico assume o diagnóstico da doença e da incapacidade por prazos por ele fixados.*

* Conselheiro Relator Federal.

Pois bem, há situações em que funcionários administrativos do INSS prorrogam estes prazos como se o diagnóstico e a incapacidade persistissem. Entendemos que tal atitude representa invasão de prerrogativas médicas de diagnosticar e recomendar afastamento. Eventualmente, as prorrogações são decididas por médicos do INSS que não examinaram os pacientes nem no momento inicial (concessão do benefício) nem no momento em que fazem a prorrogação do benefício, equivalendo dizer que atestam o que não constataram diretamente. Solicitamos que o CFM avalie se estas duas situações encontram amparo ético, particularmente em relação aos artigos 110 e 119 do CEM".

DO RELATÓRIO

O ato de diagnosticar, estabelecer prognóstico e avaliar o grau de comprometimento funcional, com fixação de prazos para afastamento e concessão de benefícios ligados à incapacidade laboral, bem como fornecer ou homologar atestados médicos é prerrogativa exclusiva da profissão médica.

Somente o médico possui a habilitação legal e sólido alicerce de conhecimentos técnicos suficientes para, após examinar o paciente, concordar ou não com o seu afastamento das funções laborais e prorrogação dos prazos de benefícios, baseado no diagnóstico e prognóstico. No caso específico do INSS, esta função cabe ao médico perito pertencente ao órgão.

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

O ato de atestar enfermidades é de competência exclusiva do médico, salvo a de competência legal da Odontologia.

Nenhum médico, seja ou não do setor pericial, poderá homologar atestado médico, prorrogar a licença médica ou benefícios por incapacidade laboral, decretar seu término ou opinar pela aposentadoria do servidor sem antes proceder ao exame clinico do paciente.

No presente caso, em que algumas prorrogações são decididas por médicos do INSS sem a realização de exame médico pericial, há infração aos artigos 110 e 119 do Código de Ética Médica, estando o(s) médico(s) sujeito(s) à processo ético-profissional pelos Conselhos Regionais de Medicina.

Pelos motivos já expostos, não podemos aceitar que funcionários administrativos, portanto sem a devida habilitação legal e conhecimentos técnico-científicos, tenham o poder de decidir e modificar decisões e parâmetros de caráter estritamente médico. Este fato caracteriza exercício ilegal da Medicina, e estes funcionários devem ser denunciados aos órgãos competentes, como a Polícia Federal ou o Ministério Público Federal.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 11 de junho de 2003.

Dardeg de Sousa Aleixo
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 1660/2003
Parecer CFM N.º 31/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 06/08/2003

RESULTADO DE PERÍCIA MÉDICA (INSS) NÃO PODE SER DETERMINADO POR PROGRAMA DE INFORMÁTICA

Roberto Luiz d'Ávila*

EMENTA - A perícia médica é um ato médico e não pode ter seu resultado determinado por programa de informática, pois isto fere a autonomia do médico.

Palavras-chave: perícia médica, programa informatizado, ato médico, resultado de perícia

MEDICAL EXPERTISE RESULTS (INSS-PUBLIC HEALTH DEPARTMENT CAN NOT BE DETERMINED BY COMPUTER PROGRAM

Key words: medical expertise, computer program, medical action, medical expertise result

DOS FATOS

Em 21/9/01, foi protocolizada correspondência encaminhada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Mato Grosso do Sul, mediante Ofício CRM-MS n° 1003/01, datado de 18/9/01, informando que: "conforme decisão da Sessão Plenária de 15.9.01, e por considerar que o assunto é de interesse nacional, envio cópia do Processo-Consulta n° 11/01para apreciação e parecer desse Conselho Federal de Medicina".

Anexo ao ofício, encontra-se a consulta, datada de 21/5/01, encaminhada pelo dr. M. G. A., solicitando "um parecer com relação a que atitudes tomar". Dela extraímos:

"(...) Sou médico perito do quadro funcional do INSS, cuja função é a de realizar perícia médica aos segurados, avaliando sua capacidade ou incapacidade laborativa.

Para a realização desta avaliação, faz-se necessário um exame pericial no segurado, verificando a doença e o seu código internacional.

No mês de maio/2001, foi implantado junto ao INSS um novo sistema operacional onde o médico perito informa à máquina (computador) os códigos e os exames que foram realizados (anamnese), exame físico, análises de exames complementares e relatório do médico assistente.

Depois de receber tais informações, a própria máquina toma as decisões, informando ao médico e ao segurado o resultado da perícia, ou seja, diz se há a capacidade ou incapacidade laborativa.

Em tais exames, verificamos que, como médicos, não temos autoridade nem condições de modificar o resultado informado pela máquina, que na maioria das

* Conselheiro Relator Federal.

vezes, é incorreto e define como condições ao trabalho, o trabalhador incapacitado.

Diante de tais informações, nos sentimos na obrigação de realizar a presente consulta, informando também, aos responsáveis junto ao INSS, o que está ocorrendo, uma vez que entendemos que está havendo a transferência para a máquina de uma decisão e avaliação que só pode ser fornecida pelo médico perito.

Assim, solicitamos providências urgentes e informações quanto ao procedimento que devemos tomar (...)".

Em Sessão Plenária do CRM-MS, de 21/7/01, o conselheiro relator Mauricio de Barros Jafar apresentou seu parecer, onde consta:

"(...) A adoção, pelo INSS, de programa de informática, que toma decisões sobre resultado de perícias médicas, não permitindo que este resultado seja modificado pelo médico, fere frontalmente o Artigo 8º do CEM: "o médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho".

Os sistemas de informática devem ser utilizados na prática médica como ferramentas de auxílio ao médico, armazenando dados, disponibilizando informações e consultas, gerando dados estatísticos e muitas outras funções. Porém, jamais podem decidir pelo médico, pois a perícia é um ato médico e o seu resultado é de exclusiva decisão do médico, que a toma baseado em normas, leis e no seu julgamento pessoal. Não podendo esta decisão ser submetida à aprovação de um programa de computador (...)".

Entretanto, o conselheiro Luciano Freire de Barros solicitou vistas da consulta e apresentou seu relatório de vistas, em 7/8/01, com o seguinte teor:

"(...) Está em desenvolvimento o programa designado SABI (Sistema de Administração de Beneficio por Incapacidade), pelo INSS, já em funcionamento em algumas unidades e em fase de adaptação. O programa ainda não está terminado e o seu objetivo é de se ter uma análise estatística real e o controle dos benefícios a serem concedidos.

O programa funciona de modo que o médico perito preenche uma tela no computador composta de história clínica, dados clínicos (peso, altura, PA, etc...) e exame clínico, até essa fase não há nenhum limitador apenas o fato de que após o fechamento dessa tela nenhum dado poderá ser mais alterado. A razão do questionamento do interessado se deve a necessidade de fixação de alguns parâmetros que seriam a DID (data do início da doença), DII (data de início da incapacidade) e o CID-10, vejamos então alguns exemplos:

1- O médico perito conclui que o motivo da incapacidade do segurado é lumbago (CID-10: M 54.4), então o programa só aceita a decisão como incapacidade temporária definida até 60 dias da DII. Caso o médico perito coloque a DII antes de 60 dias, também essa situação será rejeitada, pois na verdade o motivo real da incapacidade não é o lumbago, mas sim uma outra causa, então o CID a ser colocado é outro como, por exemplo, radiculopatia, estenose de canal lombar, etc...

2- Um outro exemplo seria o caso de apendicite (CID-10: Z 54.0 ou K 35), nesse caso também só será permitida a decisão igual o caso anterior, se o segurado necessita em tempo maior então o CID deverá ser outro, como K 65 (peritonite) ou K 35.0 (apendicite com peritonite generalizada).

Essa situação também ocorre em várias outras situações como no infarto agudo do miocárdio (I 21), tuberculose (A 15) em que a incapacidade é temporária, se houver necessidade de um beneficio mais prolongado o CID deve ser de miocardiopatia isquêmica, aneurisma cardíaco, pleuris tuberculoso ou outras situações contempladas no CID-10.

Não se pode esquecer, também, que o direito do segurado está assegurado em qualquer decisão, pois lhe é facultado o recurso caso discorde do resultado do exame pericial.

Outro fato que poderia ser levantado seria a informatização do prontuário, todavia, essa situação já foi matéria de outros pareceres que concluem que não há irregularidade desde que o sigilo profissional seja respeitado o que se verifica neste programa.

CONCLUSÃO

Concluímos que o programa não toma decisão no lugar do médico, ele apenas cria regras coerentes, objetivando uma análise estatística o mais próximo da realidade exigindo a codificação pelo CID-10 do motivo real que levou a incapacidade (...)".

DISCUSSÃO

Programas de informática de auxílio ao diagnóstico já foram motivo de análise por este Conselho Federal, sendo o último aprovado da lavra do ex-conselheiro Remaclo Fischer Jr., sobre diagnóstico informatizado em homeopatia.

A Câmara Técnica de Informática em Saúde e Telemedicina do CFM (composta por membros do CFM, SBIS e AMB), que tem estudado o assunto em relação aos softwares de prontuários eletrônicos, buscando a certificação através de um selo de qualidade, com certeza deverá também se debruçar sobre a certificação de software de apoio à decisão médica.

Porém, este não é o caso. Trata-se de uso, pelo INSS, de um sistema que controla todo o processo de concessão de benefícios por incapacidade, como auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, chamado SABI (Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade). Este sistema já se encontra em uso em várias partes do País, com controle prévio dos médicos peritos do órgão, que, por meio eletrônico, ao codificarem a doença, automaticamente o programa determina o período de duração do benefício.

Utilizar a informática como auxílio em estatística, a Medicina já o faz há vários anos, com muito sucesso. Utilizar diagnóstico codificado para estudo epidemiológico também se tornou corriqueiro e adequado, desde que o sigilo profissional seja garantido.

Entretanto, a interferência direta de programas informatizados sobre diagnósticos e duração da incapacidade temporária, rejeitando o provável diagnóstico e obrigando o médico a alterá-lo para poder aceitar o tempo estimado pelo perito de afastamento do trabalho, beira ao surrealismo.

É cristalina a previsão do Capítulo I – Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica, em seu artigo 8º: "O médico não pode, em qualquer circunstância ou

sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção do seu trabalho". Parece-nos cristalino, também, que a utilização desse programa fere de morte o referido artigo.

Programas de informática que não respeitam a decisão médica, ao rejeitarem diagnósticos prováveis, agradam muito aos burocratas e gestores que estão distanciados das agruras do dia-a-dia enfrentadas pelo médico em posto de saúde, seja em ambulatório ou em consultas periciais. O contato direto com o paciente, a anamnese e o exame físico dirigem o raciocínio clínico para hipóteses diagnósticas, confirmadas ou não por exames complementares, e fazem com que o médico atribua determinado tempo de recuperação para o provável retorno do paciente ao trabalho. Deixar que uma máquina programada por não-médico tome decisões e assessorado, neste caso, por burocrata obriga ao médico mentir sobre suas hipóteses prováveis para que seja aceito o tempo previsto de recuperação. Alegar que tal procedimento dará "uma análise estatística real e o controle dos benefícios a serem concedidos" é amesquinhar o raciocínio clínico e apequenar a importância do ato médico.

Não existe, nos manuais médicos, protocolos ou diretrizes, do ponto de vista técnico-científico, nenhuma doença onde possam ser estabelecidos, com exatidão, períodos de tempo predeterminados ou preestabelecidos a serem concedidos para afastamento do trabalho visando a recuperação dos pacientes. Cada caso deve ser avaliado individualmente, cabendo ao médico assistente defini-los e ao médico perito confirmar ou não, levando em conta as suas particularidades específicas.

CONCLUSÃO

A perícia médica é um ato médico e não pode ter seu resultado determinado por programa de informática, pois isto fere a autonomia do médico. O resultado da perícia é de exclusiva decisão do médico, que a toma baseado em normas, leis e no seu julgamento pessoal, não podendo esta decisão ser submetida à aprovação de um programa de computador.

Faz-se necessário encaminhar ao Ministério Público tal orientação, para que tome as devidas providências, visando proteger os interesses dos pacientes e dos próprios médicos funcionários do INSS, submetidos a interesses outros que não os de benefício aos segurados.

Brasília, 28 de abril de 2003.

Roberto Luiz d'Ávila
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 6286/2001
Parecer CFM N.º 32/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 06/08/2003

PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO NA APURAÇÃO DE DOENÇA INCAPACITANTE PARA A MEDICINA NÃO SUSPENDE O ANDAMENTO DA SINDICÂNCIA OU DO PROCESSO ÉTICO

Pedro Pablo Magalhães Chacel*

EMENTA - A instauração de procedimento administrativo (PA) não suspende o andamento da sindicância ou do processo ético-profissional; (PEP) será suspenso o julgamento até decisão do procedimento administrativo pela aptidão do médico.

Palavras-chave: processo administrativo, processo ético, doença incapacitante, sindicância, suspensão

ADMINISTRATIVE PROCESS IN THE VERIFICATION OF INCAPACITANTING DISEASE FOR MEDICINE DOES NOT DISCONTINUE THE ETHICAL PROCESS INVESTIGATION

Key words: administrative process, ethical process, incapacitating disease, investigation, suspension process

PARECER

O Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia apresenta a este Conselho Federal vários questionamentos a respeito de tramitação de processo ético-profissional (PEP) e procedimentos administrativos (PA), solicitando nossa posição a respeito.

Considerando que as colocações feitas suscitam análise eminentemente processual e jurídica, solicitei ao Setor Jurídico do CFM emissão de Nota Técnica a respeito, que transcrevo:

"NOTA TÉCNICA Nº 71/2003, AJ
EXPEDIENTE Nº 535/2003

I – DOS FATOS

Trata-se de questão encaminhada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia acerca de diversas dúvidas existentes quando da instauração de procedimento administrativo - PA. São elas:

1 – Quando em curso de PEP, a instauração do PA suspende o andamento do mesmo?

2 – Concluído o PA pela incapacidade temporária, exemplo: um ano, o PEP deverá prosseguir ou será extinto?

* Conselheiro Relator Federal.

3 – O PA suspende o exercício da profissão (Resolução CFM nº 1.291/89) ou o registro no CRM (CEM, art. 141)? A suspensão do registro implicará suspensão dos deveres do profissional médico junto ao Conselho, ex.. pagamento da anuidade? Como prosseguir a tramitação do PEP com a suspensão do Registro?

4 – Concluindo o PA pela suspensão temporária e estando o PEP ainda tramitando, deverá tal tramitação ser concluída e somente a aplicação da penalidade será suspensa?

5 – E quando a conclusão do PA for pela incapacidade definitiva? O PEP será extinto?

6 – Não tendo o recurso hierárquico efeito suspensivo, a suspensão deverá ser imediatamente realizada o que implica em conhecimento por terceiros, inclusive, mediante nota oficial, como fazer se o recurso for acolhido? E os prejuízos, porventura, alegados pelo médico?

7 – Poderá haver interdição sumária, antes da conclusão do PA?

8 – Como será processado o PA quando o médico encontra-se detido pela prática de crime. Ex. homicídio, sem relação com qualquer ato médico?

Com as presentes dúvidas foram encaminhados dois pareceres da Assessoria Jurídica do CREMEB, os quais, em apertada síntese, posicionam-se no sentido de que a instauração de PA não suspende o andamento da sindicância e do PEP. Também anexada está a Resolução CREMEB nº 256/2002, a qual normatiza os tramites do PA naquele Regional.

II – DO PARECER

Inicialmente, corroboramos o entendimento lavrado nos brilhantes pareceres da AJ CREMEB, pelos quais restou esclarecido que a instauração de PA não suspende o andamento da sindicância ou do PEP.

Resta preliminarmente alertar que o Conselho Federal de Medicina já editou a Resolução CFM nº 1.646/2002, de 9 de agosto de 2002, normatizando os trâmites processuais do PA. Sendo assim, encontra-se revogada a anexada resolução do CREMEB. Para melhor análise das dúvidas, mister faz-se a transcrição da Resolução CFM nº 1.646/2002, in verbis:

RESOLUÇÃO CFM nº 1.646/2002

Regulamenta o procedimento administrativo na apuração de doença incapacitante para o exercício da Medicina.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o que dispõe o artigo 141 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 1.246/88;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar o procedimento administrativo previsto no artigo 141 do Código de Ética Médica, para os casos de indício de doença incapacitante para o exercício da Medicina;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 1.291/89;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária de 9 de agosto de 2002,

RESOLVE:

Art. 1° - Cabe ao Conselho Regional de Medicina, mediante denúncia formal ou por ofício, apurar em procedimento administrativo, com perícia médica, a existência de doença incapacitante, parcial ou total, para o exercício da Medicina.

Parágrafo único - O procedimento correrá em absoluto sigilo processual.

Art. 2° - Protocolada a denúncia, ou tendo o Conselho Regional de Medicina tomado conhecimento de indícios de doença incapacitante, o presidente do Conselho designará um conselheiro relator para conduzir o procedimento administrativo.

Art. 3° - O médico cuja incapacidade estiver sendo investigada será intimado do teor da iniciativa, mediante ofício, podendo se manifestar no prazo de 30 (trinta) dias úteis, juntando e requerendo a produção de todas as provas que entender necessárias.

Parágrafo 1° - Em qualquer avaliação de doença incapacitante o médico periciado poderá constituir assistente técnico.

Parágrafo 2° - Nos casos de alegada incapacidade mental, e não havendo indicação de assistente por parte do periciado, o conselheiro presidente nomeará um assistente e intimará o médico periciado ou seu representante legal, sem prejuízo da defesa que este queira oferecer ou por procurador que vier a constituir.

Parágrafo 3° - O médico periciado, seu advogado e o assistente nomeado deverão ser intimados de todos os atos praticados e poderão comparecer a qualquer fase do processo.

Art. 4° - O conselheiro presidente designará Junta Médica composta por 3 (três) membros para avaliar o médico, fixando de imediato o prazo para a apresentação do laudo.

Parágrafo 1° - O presidente do Conselho formulará os quesitos que entender necessários ao esclarecimento dos fatos.

Parágrafo 2° - Incumbe ao médico periciado, dentro de 10 (dez) dias úteis contados a partir da intimação da nomeação da Junta Médica, apresentar quesitos e indicar assistente técnico.

Parágrafo 3° - Na ausência sem causa justificada do médico periciado, ou caso haja recusa do mesmo em submeter-se ao exame ordenado, o julgamento será realizado com os elementos de prova já colhidos.

Art. 5° - Finda a avaliação, o conselheiro relator decidirá sobre as provas requeridas e determinará as diligências necessárias para a completa averiguação da verdade.

Art. 6° - Encerrada a avaliação pela Junta Médica constituída, o médico periciado deverá ser intimado a apresentar manifestações sobre todo o procedimento adotado e as provas produzidas, no prazo de 10 (dez) dias.

Art. 7° - Protocolizadas as manifestações, o relator terá o prazo de 30 (trinta) dias para concluir seu relatório, podendo ser prorrogado por igual período, sempre em despacho fundamentado.

Parágrafo 1° - Concluído o prazo de que trata o caput deste artigo, o conselheiro relator remeterá os autos ao presidente do Conselho, que determinará sua inclusão na pauta da primeira Plenária subseqüente.

Parágrafo 2° - O médico periciado e seu representante legal serão intimados da data da avaliação com a antecedência mínima de 10 (dez) dias.

Art. 8º - O Plenário do CRM, em sessão sigilosa, apreciará o relatório do conselheiro relator para somente então decidir pelo arquivamento, suspensão preventiva, parcial ou total do exercício profissional.

Art. 9º - Decidindo o Conselho Regional de Medicina pela suspensão do exercício profissional por doença incapacitante, deverá fixar o prazo de sua duração e os mecanismos de controle da incapacidade quando se tratar de suspensão por tempo determinado.

Parágrafo 1º - Concluindo pela incapacidade parcial, o Conselho Regional de Medicina poderá determinar a suspensão do exercício em determinadas áreas da Medicina.

Parágrafo 2º - O exercício da Medicina, na hipótese do parágrafo primeiro, ficará sujeito à supervisão do Conselho Regional de Medicina, devendo o interditado submeter-se a exames periódicos.

Parágrafo 3º - Se a doença não for incapacitante, total ou parcialmente, no momento do julgamento, mas puder vir a sê-lo, o Conselho Regional de Medicina, examinando o caso concreto, poderá determinar exames periódicos.

Art. 10 - Os casos de incapacidade total e permanente dependem de homologação pelo Pleno do Conselho Federal de Medicina.

Art. 11 - Da decisão do Plenário do Conselho Regional caberá recurso ao Conselho Federal de Medicina, no prazo de 15 (quinze) dias, sem efeito suspensivo, a contar da data da intimação da decisão.

Art. 12 - Recebido o recurso, o presidente do CFM designará um conselheiro relator para, num prazo de 30 (trinta) dias, apresentar relatório circunstanciado.

Parágrafo único - Se necessário, o conselheiro relator designado poderá baixar os autos em diligência, devendo, nesse caso, solicitar prorrogação do prazo previsto no caput deste artigo.

Art. 13 - Na abertura da sessão de avaliação, após as exposições efetuadas pelo relator, o presidente da sessão dará a palavra ao recorrente pelo tempo improrrogável de 15 (quinze) minutos, para sustentação oral.

Parágrafo único - Feita a sustentação oral, os conselheiros poderão solicitar esclarecimentos sobre o processo ao relator e, por intermédio do presidente da Sessão de Julgamento, às partes.

Art. 14 - No julgamento, os votos serão proferidos, oralmente e seqüencialmente, pelo conselheiro relator, manifestação de voto, divergente ou não, quando houver, e, ao final, pelos demais conselheiros.

Art. 15 - Proferidos os votos, o presidente anunciará o resultado da avaliação designando o relator para redigir o Acórdão; se este for vencido, a redação caberá ao conselheiro que propôs o voto vencedor.

Art. 16 - O médico periciado e seu procurador ou defensor dativo serão intimados da decisão nos termos do art. 67 do Código de Processo Ético-Profissional.

Art. 17 - As omissões existentes na presente resolução serão sanadas pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 18 - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, especialmente a Resolução CFM nº 1.291/89 e toda normatização dada a matéria pelos Conselhos Regionais de Medicina.

Brasília-DF, 9 de agosto de 2002.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

II. i – BREVES ESCLARECIMENTOS

Estabelece o artigo 1° da transcrita resolução que o PA tem como desiderato "apurar (...) a existência de doença incapacitante, parcial ou total, para o exercício da Medicina".

Sendo assim, não está o procedimento administrativo – PA, em regra, ligado a um delito ético. Ou seja, pode ser instaurado um PA sem a existência de um PEP.

Ademais, o PA não é um processo com julgamento do médico periciando. É, na verdade, um procedimento que declara a incapacidade ou não do profissional para atos da Medicina.

Partindo dessa premissa, podemos sustentar que os procedimentos administrativos (PEP e PA) em análise são, na gênese, independentes.

A dúvida surge quando a abertura do PA está vinculada, direta ou indiretamente, à existência de um delito ético. Neste caso, situações jurídicas e fáticas diversas podem ocorrer. Para tanto, será necessária a avaliação de caso a caso, posto que a variação na ocorrência temporal da "existência de doença incapacitante", e se esta é "parcial ou total", irá influenciar diretamente no desfecho do PEP.

A título de exemplo, podemos citar a ocorrência de um delito ético ocorrido em função de uma doença incapacitante do médico. Neste caso, o delito ético está diretamente ligado à patologia do denunciado. Diante de tal quadro, o que se fará importante é saber se a incapacidade era total ou parcial, fato que irá refletir quando da imputação da penalidade ao médico, no PEP.

O PA no CRM, independentemente da existência de PEP, deverá declarar, em síntese, as seguintes dúvidas:

a) O médico periciado é incapaz?

b) Total e permanentemente ou parcialmente?

c) Desde quando?

Como pergunta alternativa, caso já exista um PEP ou sindicância em desfavor do médico periciado, temos:

d) Ao tempo do delito ético, o médico tinha a capacidade de entender o caráter ilícito de sua atitude.

Portanto,já podemos responder que a abertura do PA não suspende o PEP, este deverá percorrer todos os trâmites legais até a fase anterior do julgamento do denunciado. Neste ínterim, deve o PA ter seu termo, posto que a decisão neste importará diretamente na apenação do médico no PEP.

II.ii – DAS PERGUNTAS DO CREMEB

Assim, já podemos começar a responder as dúvidas suscitadas:

1 – Quando em curso de PEP, a instauração do PA suspende o andamento do mesmo?

R: Não. O PA e o PEP devem tramitar de forma independente. Aquele deverá ter seu termo antes do julgamento do PEP, posto que no julgamento deste deverá ser apreciada a incapacidade do médico no momento do delito ético.

Vale lembrar que, nos termos do art. 26 do Código Penal brasileiro, "é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento".O que não implica em trancamento do processo ético-profissional, apenas torna o médico denunciado isento de pena.

Portanto, após o término do PA, o médico que for periciado e diagnosticado como absolutamente incapaz de entender a sua atitude, ao tempo do delito ético, é isento de pena.

2 – Concluído o PA pela incapacidade temporária, exemplo:um ano, o PEP deverá prosseguir ou será extinto?

R: Neste caso, o resultado do PEP também irá depender do resultado do PA. O que se deve buscar no julgamento do PEP é a aferição da capacidade cognitiva do agente no momento do delito ético, e não para o futuro. Ou seja, se o PA entendeu ser a incapacidade parcial ("temporária"), deve-se buscar se tal incapacidade motivou ou não o delito ético, e se o agente era ou não capaz no momento do delito.

Vale aqui, também, a transcrição do § 3º do art. 9º da Resolução CFM nº 1.646/2002, que reza: "Se a doença não for incapacitante, total ou parcialmente, no momento do julgamento, mas puder vir a sê-lo, o Conselho Regional de Medicina, examinando o caso concreto, poderá determinar exames periódicos." (grifou-se)

Logo, o CRM sempre deverá analisar o caso concreto e os resultados periciais do PA, fatos que influenciarão decisivamente no resultado do PEP.

3 – O PA suspende o exercício da profissão (Resolução CFM 1291) ou o registro no CRM (CEM art. 141)? A suspensão do registro implicará na suspensão dos deveres do profissional médico junto ao Conselho ex. pagamento da anuidade? Como prosseguir a tramitação do PEP com a suspensão do Registro?

R: Nos termos dos artigos 9º e 10, os resultados do PApodem ser:

"Art. 9º - Decidindo o Conselho Regional de Medicina pela suspensão do exercício profissional por doença incapacitante, deverá fixar o prazo de sua duração e os mecanismos de controle da incapacidade quando se tratar de suspensão por tempo determinado.

Parágrafo 1º - Concluindo pela incapacidade parcial, o Conselho Regional de Medicina poderá determinar a suspensão do exercício em determinadas áreas da Medicina.

Parágrafo 2º - O exercício da Medicina, na hipótese do parágrafo primeiro, ficará sujeito à supervisão do Conselho Regional de Medicina, devendo o interditado submeter-se a exames periódicos.

Parágrafo 3º - Se a doença não for incapacitante, total ou parcialmente, no momento do julgamento, mas puder vir a sê-lo, o Conselho Regional de Medicina, examinando o caso concreto, poderá determinar exames periódicos.

Art. 10 - Os casos de incapacidade total e permanente dependem de homologação pelo Pleno do Conselho Federal de Medicina."

Ou seja, a incapacidade poderá ser total permanente ou parcial. A total permanente depende de homologação do CFM, enquanto a parcial pode transitar em julgado no próprio CRM.

No caso de incapacidade total permanente, a decisão gera efeitos peremptórios em relação ao registro do médico. Ou seja, afeta os seus deveres para com seu Conselho de classe.

Na incapacidade parcial tal fato não ocorre. O PA que resultar em limitação parcial da Medicina, nos termos do §1º do artigo 9º da multicitada resolução,mantém os deveres para com o CRM, e cria mais uma obrigação: a determinação contida no §2º do mesmo artigo suso citado.

4 – Concluindo o PA pela suspensão temporária e estando o PEP ainda tramitando, deverá tal tramitação ser concluída e somente a aplicação da penalidade será suspensa?

Com relação à tramitação do PEP, já esclarecemos que o PA é independente deste, gerando efeito para o seu julgamento. Em caso de decisão pela incapacidade parcial do médico, novamente o que se buscará é o que ocorreu no caso concreto.

5 – E quando a conclusão do PA for pela incapacidade definitiva? O PEP será extinto?

No caso da incapacidade total permanente, com o conseqüente afastamento do médico da profissão, qualquer penalidade tornar-se-ia despicienda. Ademais, a sanção perderia seu caráter didático e doutrinário, posto que o médico já não estaria exercendo sua profissão. Logo, não poderia ser advertido, suspenso ou cassado.

Assim, julgado o médico como total e permanentemente incapaz, após a homologação do CFM deve o PEP ser extinto. Há que se observar, em todos esses casos, o prazo prescricional. É imperioso que a homologação do CFM seja feita de forma célere, para não gerar a prescrição do PEP no Regional. Para tanto, deve haver uma interação completa entre a Corregedoria do CFM e ado Regional.

Por outro lado, enquanto o CFM não homologar o resultado do PA, o PEP deve seguir seu caminho processual, até o julgamento, o qual deverá aguardar a manifestação do CFM, conforme já explicado.

6 – Não tendo o recurso hierárquico efeito suspensivo, a suspensão deverá ser imediatamente realizada, o que implica em conhecimento por terceiros, inclusive mediante nota oficial. Como fazer se o recurso for acolhido? E os prejuízos porventura alegados pelo médico?

R: O duplo efeito do recurso é a regra. Isto significa que a execução da penalidade somente pode ocorrer após a decisão final do órgão revisional (uso subsidiário do artigo 520 do CPC).

Ocorre, todavia, que em determinados casos somente o efetivo devolutivo é concedido ao recurso. Nesses casos, visando garantir a imediata execução da sentença, o legislador retirou o efeito suspensivo. Por exemplo e subsidiariamente, temos os incisos do artigo 520 do Código de Processo Civil. Naqueles casos específicos, a execução da sentença é imediata.

Entendemos a lisura do artigo 11 da Resolução CFM nº 1.646/2002, posto não restar dúvida de que a incapacidade total e permanente do médico, após todos os trâmites legais e perícias e exames existentes nos autos do PA, é uma decisão que merece ser cumprida de forma imediata.

É uma questão de saúde da população. O médico julgado totalmente incapaz, repita-se, após todos os trâmites do PA, é notoriamente perigoso à população.

Por outro lado, não resta dúvida que podem ocorrer erros na avaliação do PA pelo CRM, vindo o CFM a não homologar aquela decisão. Tal fato, indubitavelmente, gerará diversos problemas ao órgão regional. Para tanto, e visando se resguardar desses problemas, deve o CRM sempre cumprir escorreitamente todos os ditames legais, dentre eles o respeito a citada resolução do CFM.

Urge esclarecer que, à luz do artigo 16 da referida resolução, somente o médico periciado e seu procurador ou defensor dativo serão intimados da decisão. Logo, nãohaverá a mesma publicidade existente no PEP.

7 – Poderá haver interdição sumária, antes da conclusão do PA?

R: A questão trazida à lume ainda carece de normatização do CFM, a qual já está em fase final dos trabalhos necessários para subsidiar uma resolução que irá regular a matéria.

Entretanto, com base no artigo 15, alínea "h", da Lei nº 3.268/57, e em decisões monocráticas favoráveis, alguns Conselhos Regionais têm aplicado interdições

sumárias em médicos faltosos com a ética médica, mesmo antes da abertura ou conclusão de PA ou PEP.

8 – Como será processado o PA quando o médico encontra-se detido pela prática de crime. Ex. homicídio, sem relação com qualquer ato médico?

R: À luz da transcrita resolução do CFM, para a efetivação do PA serão necessários diversos trâmites processuais e perícias. Estando o médico preso, todas essas fases sofrerão dificuldades. Ocorre, todavia, que nada impede que o PA tenha seu desiderato cumprido.

O médico preso poderá ser periciado com autorização judicial prévia, até mesmo fora do presídio, por exemplo no IML ou no próprio CRM, caso isto seja deferido pelo juiz.

Ademais, pode este médico constituir advogado ou ser-lhe nomeado defensor dativo, caso não seja possível defender-se pessoalmente, sob autorização judicial.

Urge ressaltar que a nomeação de defensor dativo, no caso do médico não ter constituído advogado por conta própria, é obrigatória, nos termos do CPEP.

Ademais, todos os trâmites deverão ser os mesmos dos estabelecidos na Resolução CFM nº 1.646/2002. A limitação do não-comparecimento do médico, em caso de negativa de autorização judicial, deve ser suprida pela constituição de advogado e defensor dativo.

III – CONCLUSÃO

São esses os esclarecimentos principais. Vale a alerta do artigo 17 da citada resolução do CFM, onde "as omissões existentes(...) serão sanadas pelo Conselho Federal de Medicina".

É mister que se tenha em mente que o PA não é um processo punitivo, mas tão-somente uma declaração da capacidade do médico em relação aos seus atos profissionais. Outrossim, o PA é independente do PEP. Este deverá seguir seu caminho processual até o julgamento, quando será suspenso até a decisão do PA e posterior homologação do CFM, em caso de incapacidade absoluta.

É o parecer, SMJ.

Brasília, 12 de agosto de 2003..

Turíbio Pires de Campos
Assessor jurídico

Giselle Crosara Lettieri Gracindo
Chefe da Assessoria Jurídica

Acompanho integralmente a nota técnica do Setor Jurídico do Conselho Federal de Medicina.

Este é o parecer.

Brasília, 30 de abril de 2003.

Pedro Pablo Magalhães Chacel
Relator

Processo-Consulta CFM N.º 535/2003
Parecer CFM N.º 44/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 07/08/2003

NORMATIZAÇÃO DOS EXAMES DE APTIDÃO FÍSICA E MENTAL PARA CANDIDATO A CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Ricardo Fróes Camarão*

EMENTA - A Resolução CFM nº 1.636/2002 está em pleno vigor e sua aplicabilidade e fiscalização é atribuição legal dos Conselhos Regionais de Medicina.

Palavras-chave: aptidão física, aptidão mental, atestado de aptidão, carteira de motorista, carteira de habilitação

STANDARDIZATION OF PHYSICAL AND MENTAL APTITUDE TESTS FOR DRIVERS LICENCE APPLICANTS

Key words: aptitude test standadization, drivers licence, physical aptitude, mental aptitude, traffic licence

DA CONSULTA

O presidente da Cooperativa de Medicina de Tráfego do Distrito Federal protocolizou consulta ao Conselho Federal de Medicina acerca das seguintes dúvidas a respeito da aplicabilidade da Resolução CFM nº 1.636/2002:

"1. Os exames de aptidão física e mental para obtenção e renovação da CNH podem ser realizados pelas clínicas credenciadas sem a distribuição prévia, obrigatória e eqüitativa do candidato pelos órgãos responsáveis, conforme a Resolução nº 1.636/2002?

2. Como poderemos agir para fiscalizar e cobrar cumprimento da Resolução 1.636/2002 das instituições responsáveis?

3. Como fica, do ponto de vista ético, a situação dos médicos diretores técnicos e clínicos do Detran e os das clínicas credenciadas que são responsáveis pela aplicação dos dispositivos da Resolução 1636/2002? Estão sujeitos a punições?

4. Existem discordâncias quanto à validade dessa resolução? A Resolução 1636/2002 é inócua?

5. Qual o posicionamento do Conselho Federal de Medicina com relação a esse fato?

6. Qual o dispositivo legal que o Conselho vai lançar mão para fazer cumprir a resolução 1636/2002?

7. Tivemos recentemente reunião no Detran com o chefe da Divisão de Controle de Habilitação e Condutores - DIVCON - Detran/DF onde foi declarado, de público, que a Resolução 1636/2002 deste Conselho é inócua. Qual a orientação do Conselho Federal de Medicina com relação a esse posicionamento do órgão executivo do trânsito no DF?"

* Conselheiro Relator Federal.

DO PARECER

A Resolução CFM n° 1.636/2002 foi elaborada para preencher o vácuo existente em relação à normatização dos exames de aptidão física e mental para candidatos à Carteira Nacional de Habilitação (CNH).

Sua elaboração decorreu da análise de vários pareceres anteriormente elaborados pelo CFM e do trabalho exaustivo realizado na Câmara Técnica de Saúde, do Conselho Nacional do Trânsito (CONTRAN), onde o CFM é membro integrante.

Em recente parecer, a Assessoria Jurídica do CFM, versando sobre o mesmo assunto, assim se manifestou:

"(...) Nesse diapasão, o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução CFM n° 1.636/2002, fruto do trabalho conjunto realizado com o CONTRAN - que, conforme afere o artigo 12 da Lei n° 9.503/97 (Código de Trânsito Brasileiro), detém competência legal para normatizar as questões de trânsito no país (...)"

A edição da Resolução CFM n° 1.636, de 10 de maio de 2002, suscitou polêmicas por parte daqueles interessados em manter o anterior estado de realização dos exames de aptidão física e mental para candidatos à CNH, o que redundou em algumas ações judiciais contra a mesma.

DA CONCLUSÃO

Respondendo pontualmente ao consulente, temos:

1. Não.

2. Quando receber denúncia, comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal.

3. Sim.

4. Não, ela foi elaborada dentro dos preceitos éticos e legais.

5. Nosso posicionamento está exarado em nossos pareceres a respeito do tema e na resolução em tela.

6. A Lei n° 3.268, de 30 de setembro de 1957, que dá aos Conselhos de Medicina a prerrogativa de normatizarem com exclusividade a profissão médica no país, e o artigo 142 do Código de Ética Médica, constante da Resolução CFM n° 1.246/88.

7. As questões relacionadas ao CFM sobre a aplicabilidade da resolução estão estabelecidas em seu artigo 5°. Qualquer discordância deverá ser discutida na esfera judicial.

Este é o parecer que submeto ao plenário do Conselho Federal de Medicina para análise e deliberação.

Brasília, 13 de junho de 2003.

Ricardo Fróes Camarão
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 3399/2002
Parecer CFM N.º 37/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 06/08/2003

ASSOCIAÇÃO DE ANFETAMINA E SEDATIVO É INCOMPATÍVEL

Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior*

EMENTA - Os médicos não devem prescrever anfetamínicos associados com substâncias sedativas porque isto gera uma incompatibilidade farmacológica potencialmente danosa para o paciente.

Palavras-chaves: anfetamina, associação, sedativo, incompatibilidade medicamentosa, farmacologia

ASSOCIATION OF AMPHETAMINE AND SEDATIVE IS INCOMPATIBLE

Key words: incompatible prescription, amphetamine and sedative, pharmacology

PARECER

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul solicita parecer sobre a formulação associada de agentes psicotrópicos anfetamínicos e benzodiazepínicos.

Tal formulação configura uma incompatibilidade farmacêutica inaceitável. Essas substâncias não devem ser prescritas para o mesmo paciente, em vista de seu potencial patogênico, pois podem ressaltar o desencadeamento de psicoses funcionais graves, como a esquizofrenia e as timopatias psicóticas monopolares ou bipolares. Também, não raro, podem induzir diretamente o surgimento de psicoses heterotóxicas em um sem- número de quadros psicogênicos de variada intensidade e danosidade.

Mal comparando e apenas como figura de linguagem, seu uso simultâneo equivale a dirigir um automóvel pisando ao mesmo tempo no freio e no acelerador.

As Resoluções CFM nº 1.477/97 e nº 273/95 vedam formalmente estas associações. A despeito disso, existem medicamentos que continuam utilizando-as.

* Conselheiro Relator Federal.

Sou de opinião que se responda ao CREMERS reiterando a letra e o espírito das mencionadas resoluções, e que se indague ao setor de vigilância sanitária de medicamentos do Ministério da Saúde se algum produto farmacêutico licenciado no Brasil apresenta esta incompatibilidade farmacológica.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 26 de abril de 2003.

Luiz Salvador de Miranda Sá Jr.
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 5082/2001
Parecer CFM N.º 39/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 06/08/2003

MAPA-MÚNDI
NORUEGA

CONDENADOS PODEM RECEBER ESTERILIZAÇÃO

A Noruega está pronta para oferecer a condenados por abusos sexuais e estupros a opção de esterilização química, caso eles aceitem o tratamento. O tratamento bloqueia os efeitos do hormônio masculino testosterona, aniquilando o desejo e a habilidade sexuais do homem. O objetivo do programa é tentar diminuir as chances de que os homens possam cometerem mais abusos sexuais. Quatro homens, condenados por estupro ou abuso sexual, aceitaram o tratamento.

Transcrito da Gazeta do Povo – 08/06/2004

PRESENÇA DO ANESTESISTA NAS CIRURGIAS DE CATARATA

Oliveiros Guanais de Aguiar*

EMENTA - O oftalmologista pode, a seu juízo, realizar cirurgia de catarata com anestesia local sem a presença de anestesista, mas responde por conseqüências danosas resultantes da ausência deste profissional.

Palavras-chave: cirurgia de catarata, anestesista, ato médico, ato presencial, responsabilidade

ANESTHESIOLOGIST MUST BE PRESENT DURING CATARACT SURGERIES

Key words: cataract, presence of anesthesiologist, ophthalmologist responsability

APRESENTAÇÃO

Consulente dirige mensagem eletrônica ao CFM com a seguinte consulta:

As cirurgias de catarata são realizadas, em sua maioria, em pacientes idosos, em geral portadores de alguma patologia de base e em caráter eletivo.

E em vista disso, indaga:

1. Pode o oftalmologista dispensar a presença do anestesista em sala?
2. Qual a responsabilidade do oftalmologista quando não há anestesista disponível e, mesmo assim, insiste em realizar o procedimento?
3. No caso de intercorrência clínica sem a presença do anestesista, com possível falecimento do paciente, o chefe do serviço de oftalmologia pode ser acionado juridicamente mesmo sem ter participado da cirurgia?
4. Pode o chefe do serviço de Oftalmologia de hospital público criar normativa, sem ferir os direitos éticos-profissionais do oftalmologista assistente para que seja suspensa a cirurgia de catarata, quando não houver anestesista?

PARECER

No que diz respeito à introdução, as afirmativas do consulente não precisam de consideração, por serem óbvias e corretas.

Quanto às indagações feitas, assim nos pronunciamos:

1. A presença do anestesista em sala de operação é quase sempre mandatória, mas isto depende do procedimento que vai ser realizado e do julgamento do cirurgião. Se este considera desnecessária a presença do anestesista, cabe-lhe a

* Conselheiro Relator Federal.

liberdade de prescindir da ajuda desse profissional, assumindo, porém [o cirurgião], a responsabilidade por eventos desfavoráveis que poderiam ser evitados ou resolvidos se o anestesista participasse da assistência ao doente. E em situações assim, o grau de culpa de quem avaliou mal os riscos e confiou na sorte será certamente agravado.

Se nada ocorrer, nada lhe será atribuído, em se tratando de procedimentos cujo grau de simplicidade permita a cirurgia tocada por um médico só.

2. A resposta à segunda pergunta está relacionada à anterior e talvez com agravante para a conduta do cirurgião, já que ele vai realizar um procedimento sabendo que qualquer intercorrência que por acaso surgir há de ser resolvida por ele próprio, cirurgião. E muitas vezes ele não está qualificado para adotar as providências que o caso requer.

3. O chefe do serviço de Oftalmologia só pode ser responsabilizado por complicações ocorridas em sala de cirurgia se os procedimentos lá realizados estiverem ligados a ordem sua, sabendo ele que os meios necessários para a assistência ao paciente não são seguros. No entanto, cabe aqui, também, a responsabilidade do médico que realiza o procedimento, sabendo que no caso de que se ocupa, a participação do anestesista seria indispensável. Para o cirurgião que se expõe a tais riscos, o Código de Ética Médica tem muitas mensagens: arts. 20, 21, 22, 23, 24. Assim, não pode o médico que executa procedimentos fora dos padrões éticos alegar inocência, atribuindo a responsabilidade de ocorrências indesejáveis, exclusivamente, ao chefe a que está subordinado.

Quanto à curiosidade do consulente sobre a possibilidade de o chefe do serviço ser acionado judicialmente, a resposta é afirmativa, não apenas para este o chefe do serviço, mas também para o cirurgião que se expôs ao risco e, ainda, ao Diretor Técnico da instituição. Ações judiciais na área civil podem ser intentadas por quem as desejar, cabendo aos interessados (autores), no entanto, saber que a causa do pedido deve ser procedente e justificável.

4. O chefe do serviço pode criar normativas para o seu funcionamento, se elas forem ao encontro do interesse do paciente, do profissional médico a ele subordinado e da medicina como um todo. Se alguém sentir-se prejudicado, deve tomar as iniciativas necessárias para corrigir as distorções acaso existentes. A determinação para que não se realizem cirurgias de catarata na ausência de anestesista parece uma atitude de cautela e de prudência da parte de quem pode adotá-la.

Este é parecer, SMJ.

Brasília, 26 de janeiro de 2003.

Oliveiros Guanais de Aguiar
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 978/2002
Parecer CFM N.º 38/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 06/08/2003

EXAME DE CORPO DE DELITO EM HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR

Ricardo Fróes Camarão*

EMENTA - Unidades militares de assistência à saúde, sujeitas à fiscalização dos Conselhos Regionais, podem executar exames de corpo de delito desde que disponham de instalações próprias e adequadas.

Palavras-chaves: corpo de delito, saúde de militar, exame médico pericial, exame em delegacia, instalações adequadas, médico legista

MILITARY POLICE HOSPITAL AND CORPUS DELICT EXAMINATION

Key words: corpus delict, military police hospital, proper facilities, forensic medical doctor

DA CONSULTA

O diretor de Saúde da Polícia Militar do Estado de São Paulo solicita parecer a respeito da aplicabilidade do artigo 1° da Resolução CFM n° 1.635/2002, que dispõe sobre a proibição da realização de exame médico-pericial de corpo de delito no interior de unidades militares. Tudo se prende ao fato de o Hospital da Polícia Militar de São Paulo (HPMESP) ser considerado, por força de regulamentação própria, como unidade militar e que esses exames são rotineiramente realizados em suas dependências.

DO PARECER

A edição da resolução em tela decorreu de consulta a CFM, realizada pelo Conselho Regional de Medicina do Amapá acerca de um projeto da Secretaria de Justiça local que pretendia que o procedimento de exame de corpo de delito voltasse a ser realizado no interior de Delegacias de Polícia.

No parecer que fundamenta a resolução, o relator assim se manifestou:

" O médico legista, como qualquer outro médico, está preso ao juramento de fidelidade aos princípios éticos que norteiam o exercício da Medicina, (...)

Assim, deve recusar-se a trabalhar no interior de delegacias policiais e afins, porque tais locais, além de serem incompatíveis com a prática ética da medicina, não permitem correta avaliação do periciado. A medicina não pode ser exercida de maneira discriminatória ou constrangedora com o paciente.

---

* Conselheiro Relator Federal.

O médico legista tem o direito de recusar-se a trabalhar em locais que sejam inadequados ou impróprios para o bom exercício ético da profissão".

O Hospital da Polícia Militar de São Paulo é uma unidade militar apenas por força de norma interna, sendo uma instituição criada para a prestação de serviços de assistência à saúde; em especial, a atividade médica.

Ademais, o HPMESP, por força da decisão do Superior Tribunal de Justiça, de acordo como Recurso Especial nº 259.340-DF, está obrigado a ter registro no Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), submetendo-se à sua fiscalização, além de seguir as recomendações emanadas dos órgãos que regulamentam a Medicina em nosso país.

DA CONCLUSÃO

Pelo exposto e por ser o HPMESP uma unidade de assistência à saúde sujeita à fiscalização do CREMESP, o mesmo não pode ser enquadrado no artigo 1º da Resolução CFM nº 1.635/2002, podendo executar os exames de corpo de delito em suas dependências, desde que disponha de instalações próprias e adequadas.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 12 de junho de 2003.

Ricardo Fróes Camarão
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 3533/2002
Parecer CFM N.º 36/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 06/08/2003

CONTENÇÃO MECÂNICA DE UMA PESSOA É ATO MÉDICO

Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior*

EMENTA - A indicação de contenção mecânica de pessoas em tratamento médico é ato privativo de médico.

Palavras-chaves: contenção mecânica médica, auto-proteção, ato médico, justificativa diagnóstico

MEDICAL MECHANICAL CONTENTION OF A PERSON IS A MEDICAL ACT

Key words: medical mechanical contention, medical action, self-protection, medical diagnostic justification

Atendendo à solicitação de sua Câmara Técnica de Psiquiatria, o CREMERS indaga se a prescrição de contenção mecânica deve ser considerada ato médico.

PARECER

A contenção mecânica não é medida terapêutica nem diagnóstica. No entanto, constitui ato violento, pois impede uma pessoa de desfrutar a liberdade constitucional de ir e vir, só devendo ser praticada na atividade sanitária por motivo de força maior, de justa causa. Esta medida deve ser tomada unicamente para impedir que alguém prejudique a si mesmo ou a outrem em razão de padecer de uma patologia – e que tal patologia, desde que não haja outra medida, tenha diagnóstico médico prévio que a justifique. E um prognóstico. Só isto lhe dá fundamento.

Por esta razão, a indicação da contenção física de uma pessoa deve ser considerada como ato médico, executado sob prescrição médica e, portanto, submetido às normas das resoluções do CFM, principalmente da Resolução CFM nº 1.580/2000, desde que exercida no âmbito da assistência médica.

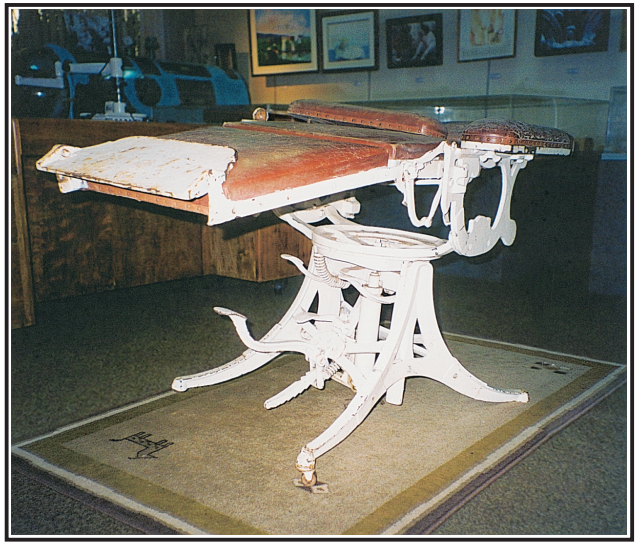
Este éparecer, SMJ.

Brasília, 23 de maio de 2003.

Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 2531/03
Parecer CFM N.º 40/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 06/08/2003

Ehrenfried O. Wittig *



MESA CIRÚRGICA DE 1916

Esta belíssima mesa cirúrgica, preservada no original, foi adquirida na Europa em 1916 pelo Dr. Julian Szymanski. Polonês, de nascimento em 1870, veio ao Paraná em 1912. Em 1916 tornou-se o primeiro catedrático da clínica de Olhos, Ouvido, Nariz e Garganta, do Curso de Medicina da Universidade do Paraná.

Em 1920 retornou a Polônia onde tornou-se Presidente do Senado. Voltou ao Brasil em 1949, não exercendo mais a medicina, falecendo com 84 anos.

Trabalhou até 1920 na cidade de Araucária onde criou um hospital da especialidade.

A mesa foi posteriormente adquirida em 1950 pelo Dr. Amur Ferreira, que trabalhou também em Araucária de 1945 a 1997, estando guardada há muitos anos.

Doação: Dr. Amur Ferreira

Palavras-chave -mesa cirúrgica, história da medicina
Key-words - cirurgic table, medicine hystory

* Diretor do "Museu de Medicina"da Associação Médica do Paraná.
Para doações, ligue para a secretaria da AMP - 0xx41. 3024-1415
Visite nosso site www.amp.com.org