

ISSN 0104 - 7620

# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 22	n. 85	p. 01-60	Jan/Mar.	2005
---------------------------	----------	-------	-------	----------	----------	------

## EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

## CONSELHO EDITORIAL

Donizetti D. Giamberardino Filho  
Hernani Vieira

Ehrenfried O. Wittig  
João M. C. Martins

Eloi Zanetti  
Luiz Sallin Emed

## ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

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

## ENDEREÇOS

### CRM

#### Secretaria

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

#### e-mail

Protocolo/Geral : [protocolo@crmpr.org.br](mailto:protocolo@crmpr.org.br)

Secretaria: [secretaria@crmpr.org.br](mailto:secretaria@crmpr.org.br)

Setor Financeiro: [financeiro@crmpr.org.br](mailto:financeiro@crmpr.org.br)

Diretoria: [diretoria@crmpr.org.br](mailto:diretoria@crmpr.org.br)

Departamento Jurídico: [dejur@crmpr.org.br](mailto:dejur@crmpr.org.br)

Departamento de Fiscalização: [defep@crmpr.org.br](mailto:defep@crmpr.org.br)

Departamento de Recursos Humanos: [rh@crmpr.org.br](mailto:rh@crmpr.org.br)

Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos: [codame@crmpr.org.br](mailto:codame@crmpr.org.br)

Comissão de Qualificação Profissional: [cqp@crmpr.org.br](mailto:cqp@crmpr.org.br)

Comissão de Atualização Cadastral de E-mails: [correio@crmpr.org.br](mailto:correio@crmpr.org.br)

Assessoria de Imprensa: [jornal@crmpr.org.br](mailto:jornal@crmpr.org.br)

Biblioteca: [biblioteca@crmpr.org.br](mailto:biblioteca@crmpr.org.br)

#### Home-Page

[www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br)

#### Postal

Caixa Postal 2208

#### Telefone

0 xx 41 240-4000

#### Fax

0 xx 41 240-4001

### CFM

#### Home-Page

[cfm@cfm.org.br](http://cfm@cfm.org.br)

#### e-mail

[www.portalmédico@cfm.org.br](http://www.portalmédico@cfm.org.br)

[jornal@cfm.org.br](mailto:jornal@cfm.org.br)

## TIRAGEM

16.200 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](mailto:comercial@serzegraf.com.br)

## EDIÇÃO

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

## REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

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

## RESPONSABILIDADE

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

## NORMAS PARA OS AUTORES

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

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

Título - sintético e preciso, em português.

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

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

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

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

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

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

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

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

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

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

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

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

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

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

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

## ÍNDICE REMISSIVO

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos 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](http://www.crmpr.org.br) Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em [biblioteca@crmpr.org.br](mailto:biblioteca@crmpr.org.br) ou por telefone 0xx41 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. 22, n.85, 2005

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**

<b>Cadastramento de Leitos em UTI e a Prioridade aos Pacientes Mais Necessitados</b> CRMPR .....	01
<b>Cuidados dos Médicos com o Atendimento ao Paciente Psiquiátrico: Direitos e Deveres de Ambos</b> CFM .....	03
<b>Declaração e Atestado de Óbito</b> CFM .....	08
<b>Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM)</b> CRMPR .....	11
<b>Composição do Tribunal de Ética do CRMPR</b> CRMPR .....	13

## **PARECERES**

<b>Cuidados na Transferência de Pacientes</b> Mariângela Batista Galvão Simão .....	16
<b>Auditoria Médica e as Exigências Pelos Convênios Médicos</b> Carlos Roberto Goytacaz Rocha .....	19
<b>Limites de Atuação do Médico Não-Especialista</b> Marcos Menezes Freitas de Campos e Luis Gabriel Fernandez Turkowski .....	21
<b>É Reprovável Atender, Priorizar, Privilegiar ou Discriminar Paciente Particular em Detrimento de Pacientes de Convênios, SUS, Cooperativas</b> Edson de Oliveira Andrade .....	23
<b>Ozonioterapia</b> Mario José Abdalla Saad .....	27
<b>Fornecimento de Documentos do Prontuário de Pacientes à Delegados de Polícia, Promotores e Juizes</b> Luiz Augusto Pereira .....	28
<b>Prescrição Medicamentosa em Prontuário Através de Carimbo</b> Silo Tadeu S. de Holanda Cavalcanti .....	37
<b>Eletrocardiograma em Aparelho Automático e o Laudo</b> Alexandre Gustavo Bley .....	40
<b>Habilitação Para o Exercício de Atividade Pericial</b> Solimar Pinheiro da Silva .....	41
<b>Quem Decide a Indicação de Cesariana?</b> Hélcio Bertolozzi Soares .....	44
<b>Laudo Pericial: Especialista x Não-Especialista</b> Wadir Rúpollo .....	46
<b>Serviço de Informações Por Telefone Sobre Membros da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica</b> Antônio Gonçalves Pinheiro .....	48
<b>Transplante de Órgãos e Tecidos de Doadores Não Ideais ou Marginais</b> Luiz Sallim Emed .....	50
<b>Doação de Órgãos/Tecidos em Caso de Paciente Gestante Com Morte Encefálica</b> Solimar Pinheiro da Silva .....	53
<b>Presença de Radiologista Durante Ato Anestésico Para Tomografia Computadorizada</b> Solimar Pinheiro da Silva .....	55

## **NOTAS DA IMPRENSA**

<b>Prática Médica: Dez Mandamentos Fundamentais</b> Extraído do Archives of Otolaryngology - julho/69. ....	07
--	----

## **HISTÓRIA DA MEDICINA**

<b>Maleta de Médico Parteiro</b> Ehrenfried Othmar Wittig .....	56
--	----

## CADASTRAMENTO DE LEITOS EM UTI E A PRIORIDADE AOS PACIENTES MAIS NECESSITADOS

CRMPR\*

Palavras-chave: leito, cadastramento, UTI, prioridade, destinação

## REGISTRATION OF BEDS IN ICU AND PRIORITY FOR PATIENTS WITH THE MOST NEED

Key words: ICU, bed, registration, priority, destination

O Conselho Regional de Medicina do Paraná no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo decreto 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO que, a Medicina é uma profissão a serviço da saúde, do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza;

CONSIDERANDO que o médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho;

CONSIDERANDO que o médico deve utilizar todos os meios disponíveis de diagnósticos e tratamento a seu alcance em favor do paciente;

CONSIDERANDO que compete ao Gestor de Saúde prover subsídios suficientes para instalação e manutenção de UTI's em Hospitais Públicos ou que atendam pelo sistema,

RESOLVE:

Artigo 1º - O médico deve sempre destinar aos pacientes mais graves ou que deles necessitem por razões que lhe compete definir, os leitos nas UTI's, quer sejam eles provenientes do SUS, de convênios ou particulares;

Artigo 2º- O cadastramento de leitos, visando reorganização de internamento nas UTI's, é admissível apenas no aspecto formal, não devendo todavia

---

\* Conselho Regional de Medicina do Paraná

jamais se constituir em restrição ao trabalho médico e a sua autonomia profissional, ou ao direito do paciente de ter o atendimento adequado, independentemente de sua origem, sendo sua admissão e alta da unidade, prerrogativas exclusivas do médico assistente/intensivista, respeitando os efetivos benefícios ao paciente.

Artigo 3º- Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, sendo revogadas as disposições em contrário.

Curitiba, 10 de setembro de 2003.

Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
Presidente

Raquele Rotta Burkiewicz  
1ª Secretária

---

---

Resolução CRMPR nº 128/2004  
Resolução Aprovada  
Sessão Plenária de 05/04/2004  
Publicada no D.O.U. de 17.08.04

---

---

# CUIDADOS DOS MÉDICOS COM O ATENDIMENTO AO PACIENTE PSQUIÁTRICO: DIREITOS E DEVERES DE AMBOS

CFM\*

Palavras-chave: paciente psiquiátrico, cuidados, responsabilidade do médico, responsabilidade do paciente, direitos, deveres, paciente ambulatorial, paciente internado

## PHYSICIAN PRECAUTIONS WHEN TREATING PSYCHIATRIC PATIENTS: RIGHTS AND DUTIES OF EACH

Key words: psychiatric patient, physician responsibility, patient responsibility, rights, duties, outpatient, inpatient

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

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

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

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

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

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

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

RESOLVE:

Art. 1º - É dever do médico assegurar a cada paciente psiquiátrico seu direito de usufruir dos melhores meios diagnósticos cientificamente reconhecidos e

---

\* Conselho Federal de Medicina

dos recursos profiláticos, terapêuticos e de reabilitação mais adequados para sua situação clínica.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 8º - Os médicos investidos de funções políticas ou administrativas de chefia, coordenação ou planejamento da assistência ou de fiscalização do ato médico



são também responsáveis por tratamentos desumanos, ou sem base científica, aplicados aos pacientes psiquiátricos nos serviços situados em sua área de competência, por decorrência de sua ação ou omissão.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 16 - Nas internações involuntárias, o médico que realiza o procedimento faz constar do prontuário as razões da internação, bem como os motivos da ausência de consentimento do paciente - neste caso, deve buscar o consentimento de um responsável legal. Art. 17 - Nas internações compulsórias por motivo clínico, o médico que realiza o procedimento admissório deve fazer constar do prontuário médico uma justificativa detalhada para o procedimento, e comunicar o fato ao diretor clínico, que submeterá o caso à Comissão de Revisão de Internações Compulsórias.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Brasília-DF, 9 de agosto de 2000

Edson de Oliveira Andrade  
Presidente

Rubens dos Santos Silva  
Secretário-Geral

---

---

Resolução CFM nº 1598/2000  
Resolução Aprovada  
Sessão Plenária de 18/08/2000  
Publicada no D.O.U. de 18.08.00

---

---

### **PRÁTICA MÉDICA: DEZ MANDAMENTOS FUNDAMENTAIS**

- 1. Nada substitui o que se assimila no contato direto com o paciente: uma boa anamnese, um exame físico minucioso e a perspicácia clínica que resulta da experiência. Disciplina clínica não pode ser aprendida apenas no laboratório, ou através de leitura ou palestras.*
- 2. A boa prática médica é trabalhosa e exige dedicação. Não é possível tratar-se apressadamente pessoas doentes obedecendo-se a horários rígidos. Exponha claramente a realidade ao paciente ou à família, durante o tempo que for necessário.*
- 3. Seja otimista: muitas doenças são autolimitadas e aliviadas sem muita interferência do médico (o resfriado comum é um bom exemplo, freqüentemente tratado de forma exagerada).*
- 4. Seja paciente! Um período de observação é, em certas ocasiões, o único caminho para um diagnóstico correto. Não procure impressionar seu doente ou a si mesmo com uma quantidade desnecessária de exames complementares.*
- 5. Não seja por demais erudito. Lembre-se de que as doenças mais comuns ocorrem com maior freqüência; pense nelas primeiramente.*
- 6. Não execute em seu paciente nenhum exame que você não faria em si mesmo ou em seus familiares, em idênticas circunstâncias. Não faça excesso de testes que eventualmente possam expô-lo ao risco de complicações iatrogênicas.*
- 7. Use novas drogas com cautela; é preferível manejar poucos medicamentos básicos com perícia e segurança do que utilizar os últimos lançamentos do mercado, que ainda não possuem sólida base experimental. Muitas doenças iatrogênicas resultam do uso indiscriminado ou excessivo de drogas, como por exemplo antibióticos, tranqüilizantes, esteróides e antiinflamatórios. (Por outro lado, é importante considerar o aspecto psicológico dos casos e usar critérios de bom-senso. Desse modo, faz também parte da arte médica saber quando tirar proveito do uso de placebo, eficaz em numerosos casos.)*
- 8. Conheça a si mesmo: sua força e suas fraquezas. Extraia frutos da insatisfação com seu trabalho. Cultive a curiosidade acerca das doenças, mas trate tão bem o enfermo como a enfermidade. Quando tiver dúvida, procure o auxílio dos mais experientes. Cultive o senso de humor e o verdadeiro sentido de humildade. Não permita que a admiração de seus pacientes influencie seu raciocínio e conduta.*
- 9. Cultive a discrição quanto a nomes e doenças perante familiares e amigos dos pacientes.*
- 10. Retire sempre uma lição a partir dos erros; errar ocasionalmente é humano, mas cada erro deverá transformar-se em aprendizado e obviamente jamais ser repetido.*

Extraído do Archives of Otolaryngology, vol. 90 - julho/69 Traduzido pelo Dr. Jayme Zlotnik

# DECLARAÇÃO E ATESTADO DE ÓBITO

CFM\*

Palavras-chave: declaração de óbito, atestado de óbito, fornecimento, responsável

## STATEMENT AND CERTIFICATE OF DEATH

Key words: statement of death, certificate of death, completion, responsible

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

CONSIDERANDO o que consta nos artigos do Código de Ética Médica:

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

É vedado ao Médico:

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

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

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

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

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

---

\* Conselho Federal de Medicina

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

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

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

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

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

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

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

RESOLVE:

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

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

1) Morte Natural:

I) Morte sem assistência médica:

a. Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos - S.V.O.  
A declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do S.V.O.

b. Nas localidades sem S.V.O.

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

II) Morte com assistência médica:

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

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

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

## 2) Morte Fetal:

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

## 3) Mortes violentas ou não naturais:

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

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

Art. 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM nº 1.290/89.

Brasília-DF, 9 de agosto de 2.000.

Edson de Oliveira Andrade  
Presidente

Rubens dos Santos Silva  
Secretário-Geral

---

---

Resolução CFM nº 1601/2000  
Resolução Aprovada  
Sessão Plenária de 09/09/2000  
Publicada no D.O.U. de 18.08.00

---

---

# CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS (CBHPM)

CRMPR\*

Palavras-chave: CBHPM, normatização, implantação, atos, procedimentos, sistema suplementar de saúde

## BRAZILIAN HIERARCHICAL CLASSIFICATION OF MEDICAL PROCEDURES (CBHPM)

Key words: CBHPM, normatization, implantation, acts, procedures, supplementary health system

O Conselho Regional de Medicina do Paraná, 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

1 - CONSIDERANDO a Lei n.º 6.839, de 30 de outubro de 1980, que instituiu nos Conselhos Regionais de Medicina a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços médico-hospitalares e a anotação dos profissionais legalmente habilitados;

2 - CONSIDERANDO que os estabelecimentos de saúde mencionados no Decreto n.º 20.931/32 devem ser dirigidos por médicos designados Diretores Técnicos e que devem ser os seus principais responsáveis;

3 - CONSIDERANDO ser atribuição do Conselho Federal de Medicina e dos Conselhos Regionais de Medicina supervisionarem a ética profissional em toda a República, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente, conforme determina o artigo 2º da Lei n.º 3.268/57;

4 - CONSIDERANDO as atribuições elencadas no artigo 5.º da mesma Lei 3.268/57;

5 - CONSIDERANDO a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, que determinou que para a obtenção da autorização de funcionamento expedida pelo órgão responsável as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem, entre outros requisitos, comprovar o registro nos Conselhos Regionais de Medicina;

6 - CONSIDERANDO também o que dispõe o inciso LXX, alínea "b", do art.º 5, da Constituição Federal, além do entendimento do Supremo Tribunal Federal no que concerne a legitimidade processual das entidades de classe para representação judicial de seus filiados, expressado no RE n.º 182.543-0, publicado no DJU de 07.04.95;

---

\* Conselho Regional de Medicina do Paraná

7 - CONSIDERANDO o teor da Resolução CFM n.º 1.716/2004, especialmente o que dispõe o seu Anexo que fica fazendo parte integrante desta norma;

8 - CONSIDERANDO que a atualização de novos procedimentos médicos reconhecidos cientificamente trará maiores benefícios ao cidadão;

9 - CONSIDERANDO ser de competência do CRM-PR, estabelecer parâmetros dos atos realizados por médicos em sua jurisdição, levando em conta as peculiaridades das especialidades;

10 - CONSIDERANDO a necessidade de instrumento de valoração dos atos médicos;

11 - CONSIDERANDO o teor da Resolução CFM n.º 1.673/2004;

12 - CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada no dia 08 de março de 2004,

RESOLVE:

Art. 1º - Adotar a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, como instrumento normatizador dos atos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar, estabelecendo os parâmetros de seus portes como éticos e legítimos, no que concerne à nomenclatura dos procedimentos.

Art. 2º - Os diretores técnicos das operadoras de saúde, têm a responsabilidade de proceder a implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM - a partir da data da publicação desta Resolução.

Art. 3º - Esta Resolução entrará em vigor a partir de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Curitiba, 8 de março de 2004.

Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
Presidente

Raquele Rotta Burkiewicz  
1ª Secretária

---

---

Resolução CRM/PR n.º 129/2004  
Resolução aprovada  
Sessão Plenária de 08/03/2004  
Publicada no D.O.U. de 26.04.04

---

---



# COMPOSIÇÃO DO TRIBUNAL DE ÉTICA DO CRMPR

CRMPR\*

Palavras-chave: Tribunal de Ética, composição, competência, decisões, funcionamento

## COMPOSITION OF THE PARANÁ MEDICINE REGIONAL COUNCIL ETHICS COURT

Key words: Ethics Court, composition, competence, decisions, working principles

Dispõe sobre o Tribunal de Ética do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná.

O Conselho Regional de Medicina do Paraná, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e o disposto pelo Código de Processo Ético Profissional,

CONSIDERANDO o crescente número de processos disciplinares, pareceres, sindicâncias e consultas a serem julgados e avaliados por este Conselho;

CONSIDERANDO a necessidade de dinamização dos julgamentos dos processos disciplinares e sindicâncias e avaliação dos pareceres e consultas;

CONSIDERANDO o deliberado em Sessão Plenária realizada em 02 de fevereiro de 2004.

RESOLVE

Artigo 1º: O Tribunal de Ética do Conselho Regional de Medicina do Paraná, terá a seguinte composição:

- Pleno
- (1ª) Primeira Câmara
- (2ª) Segunda Câmara
- (3ª) Terceira Câmara
- (4ª) Quarta Câmara

Parágrafo único: Duas Câmaras serão compostas por 10 (dez) e duas por 11 (onze) Conselheiros, nomeados pelo Presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná por meio de Portaria.

---

\* Conselho Regional de Medicina do Paraná

Artigo 2º: O Pleno, composto pelos conselheiros, julgará, em grau de recurso, as decisões tomadas nas Câmaras sobre processos éticos profissionais, na forma prevista pelo Código de Processo Ético Profissional.

Parágrafo Único: O Pleno será presidido pelo Presidente do Conselho Regional de Medicina, ou seu substituto, e exercerá somente o voto de desempate.

Artigo 3º: Compete às Câmaras o julgamento de processos ético-disciplinares e sindicâncias e apreciar pareceres e consultas que lhes forem distribuídos.

Parágrafo Primeiro: O Presidente e o Secretário da sessão da Câmara serão escolhidos no início da mesma, pelo seus membros, sob sistema de rodízio.

Parágrafo Segundo: O Presidente da Sessão da Câmara somente exercerá o voto de desempate.

Parágrafo Terceiro: Considera-se quorum mínimo para funcionamento das Câmaras a presença de sete (7) de seus integrantes.

Parágrafo Quarto: Se necessário, para complementação do quorum mínimo, os Conselheiros poderão, por designação do Presidente do Conselho, substituir seus pares em outra Câmara.

Artigo 4º: Quando a decisão da Câmara sobre sindicância for pelo arquivamento, caberá recurso ao Conselho Federal de Medicina.

Artigo 5º: Quando a decisão das Câmaras sobre processo ético profissional for por maioria, caberá recurso ao Pleno do Conselho Regional de Medicina do Paraná e quando for por unanimidade ao Conselho Federal de Medicina.

Artigo 6º: Quando a decisão da Câmara sobre processo ético profissional for de cassação, seja por unanimidade ou por maioria, caberá recurso "ex officio" ao Pleno do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Artigo 7º: Quando a decisão do Pleno sobre processo ético profissional for por maioria ou unanimidade, caberá recurso ao Conselho Federal de Medicina.

Artigo 8º: Quando a decisão do Pleno sobre processo ético profissional for de cassação, caberá recurso "ex officio" ao Pleno do Conselho Federal de Medicina.

Artigo 9º: Na instalação e funcionamento das Câmaras e do Pleno serão observadas as disposições do Regimento Interno do Conselho Regional de Medicina do Paraná e, no tocante ao julgamento, observar-se-á a disciplina contida na Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e o disposto pelo Código de Processo Ético Profissional.

**Artigo 10:** Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogada as disposições anteriores, especialmente a Resolução CRM-PR N° 104/2002.

Curitiba, 02 de fevereiro de 2004.

Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
Presidente

Raquele Rotta Burkiewicz  
1ª Secretária

---

---

Resolução CRMPR n° 127/2004  
Resolução aprovada  
Sessão Plenária de 02/02/2004  
Publicada no D.O.U. de 03.03.04

---

---

## CUIDADOS NA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES

Mariângela Batista Galvão Simão\*

Palavras-chave: paciente, transferência, riscos, UTI, objetivo, responsabilidade, vaga

## PRECAUTIONS WHEN TRANSFERRING PATIENTS

Key words: patient, transfer, risks, ICU, objective, responsibility, vacancy

Os Drs. G.G., P.T.F.T., P.B. e C.V., da PPB S/A, solicitam parecer sobre a conduta tomada pelo H.S.L., quando da transferência do Sr. L.L. à UTI da PPB.

Relatam que o Sr. L.L. estava internado na UTI do H.S.L., tendo havido solicitação de transferência para a UTI da PPB, a qual deveria ser realizada após contato prévio com o plantonista da Clínica Cirúrgica, o que não foi feito.

Denunciam que o paciente foi transportado inadequadamente, sem acompanhamento sequer de profissionais de enfermagem, com poucas informações sobre o atendimento médico prestado na UTI do H.S.L.. O paciente chegou à Policlínica com veia periférica cateterizada por scalp, com infusão de soro fisiológico e de papa de hemáceas, com placa de monitorização cardíaca.

Foi feito diagnóstico de hemorragia digestiva alta por úlcera duodenal, sendo esclarecido ainda que o paciente era portador de coagulopatia.

Questionam os seguintes pontos:

- 1- Foi correta a forma de transferência do referido paciente?
- 2- Se o H.S.L. possui condições técnicas para atender pacientes com hemorragia digestiva alta, por que não o fez, já que o paciente permaneceu por cerca de 3 horas naquela UTI?
- 3- Qual foi o real motivo da transferência do paciente, já que no relatório médico não foi citado. Não seria apenas o desejo de aparentemente "se livrar do paciente"?
- 4- Se o paciente fosse a óbito durante a transferência sem assistência, de quem seria a responsabilidade?

---

\* Conselheira Relatora CRMPR

## Posicionamento do H.S.L.

O Dr. A.S.P.J, cirurgião vascular do H.S.L, relata que o Sr. L.L. foi encaminhado de Sede Sulina ao hospital, sendo que o contato telefônico foi feito com o paciente já em trânsito.

Relata que não tinham vagas na UTI do H.S.L., a qual tem capacidade para 4 leitos, estando naquele momento com 6 pacientes internados. O paciente encontrava-se lúcido, acentuadamente hipocorado, sudorético e taquipnéico, tendo iniciado exames complementares e reposição volêmica, para estabilização do quadro. O hemograma demonstrou quadro de anemia intensa, com VG de 15% e coagulograma alterado (TAP 24%). Foi indicada a administração de papa de hemáceas e avaliada a necessidade da permanência do paciente em UTI.

O Sr. L.L. já havia sido internado anteriormente no H.S.L., sendo diagnosticado coagulopatia, provavelmente de origem congênita.

Face à superlotação da UTI no H.S.L., foi buscada vaga em outros hospitais, através da Central de Leitos, a qual teria informado a existência de vaga na UTI da Policlínica. O médico chefe da UTI H.S.L., Dr. D.R.V.J., entrou em contato com o plantonista da UTI da Policlínica, Dr. G.G., o qual teria contatado o Dr. J.R., chefe daquele serviço, autorizando a utilização do leito disponível, desde que autorizado pelo cirurgião de sobreaviso, Dr. P.B.

Refere que o Dr. D. tentou contato telefônico com o Dr. P., sem sucesso. Na impossibilidade deste contato, foi comunicada por telefone a transferência do paciente ao Dr. P.F., diretor da P.P.B.

Refere ainda que foi encarregado pelo Dr. D. de providenciar a transferência, a qual foi feita em ambulância da Fundação de Saúde, tendo encaminhado relatório sucinto, acompanhado de cópia dos exames realizados no H.S.L., visando agilizar o tratamento e não onerar desnecessariamente a instituição que viria receber o paciente.

Reitera que a indicação de UTI persistiu em função da necessidade de manter vigilância itensiva de dados vitais, tendo em vista a pré-existente coagulopatia.

Anexa lista e cópia dos prontuários dos pacientes internados na UTI do H.S.L.

## Resposta aos questionamentos

1- Foi correta a forma de transferência do referido paciente?

4- Se o paciente fosse a óbito durante a transferência sem assistência, de quem seria a responsabilidade?

O encaminhamento de paciente nas condições descritas nesta sindicância, sem acompanhamento de nenhum profissional de saúde é claramente inadequado.

Em pareceres anteriores deste Conselho foi colocado que “o paciente poderá ser transportado para outro Hospital ou Clínica somente quando confirmada a ausência do risco de vida pelo médico assistente” e que “o responsável pela liberação será o médico que solicitou os exames ou o encaminhamento”.

A responsabilidade pelo paciente enquanto este estiver sob cuidados hospitalares é do médico assistente e do serviço no qual se encontra internado. Havendo necessidade, o hospital deve fornecer condições adequadas para que o paciente seja transportado para outro serviço.

Desta forma, entendo que a avaliação das condições clínicas do paciente orientará o tipo de transporte e qual o profissional mais adequado para o acompanhamento do paciente durante o trajeto e admissão no serviço para o qual foi encaminhado.

2- Se o H.S.L. possui condições técnicas para atender paciente com HDA e UTI, por que não o fez, já que o mesmo permaneceu três horas naquela UTI?

3- Qual foi o real motivo da transferência do paciente, já que no relatório médico não foi citado. Não seria apenas o desejo de “se livrar do paciente”?

Estes dois questionamentos não são da alçada do Conselho Regional de Medicina. O Dr. A.S.P.J., do H.S.L., em sua correspondência ao CRM esclarece estes pontos. Sugiro encaminhamento da sua resposta aos formulantes dos questionamentos.

É o parecer.

Curitiba, 15 de outubro de 2001

Mariângela Galvão Simão

Cons<sup>a</sup>. Relatora

---

---

Processo-Consulta CRMPR N° 306/2000

Parecer CRMPR N° 1415/2002

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 22/04/2002

---

---

# AUDITORIA MÉDICA E AS EXIGÊNCIAS PELOS CONVÊNIOS MÉDICOS

Carlos Roberto Goytacaz Rocha\*

Palavras-chave: auditoria médica, convênios médicos, auditor médico, autorização, vetar, procedimento, agente administrativo, diretor clínico

## MEDICAL AUDIT AND THE REQUIREMENTS OF HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS

Key words: health maintenance organizations, medical auditor, authorization, to veto, procedures, administrative agent, clinical director

Trata a presente consulta formulada pelo Dr. Hercule Spoladore CRM 1030 de Londrina- Pr, a respeito da exigência feita por Convênios aos Médicos Auditores de assinarem sob carimbo como responsáveis pela emissão de pareceres burocráticos ou técnicos, não relacionados com o ato médico em si.

Exemplo:- " Patologia Prévia, conforme artigo X, letra Y do contrato"  
" Carência contratual conforme artigo X, letra Y do contrato"  
" Fora de Protocolo, conforme artigo X, letra Y do contrato"  
" Sem normatização. Técnica ainda não incorporada pelo convênio"

E questiona:

- 1- É de competência dos médicos auditores assinarem estes pareceres que constituem subsídios para a negativa dos procedimentos solicitados?
- 2- Isto poderá ser usado em processo na justiça comum, ficando o médico auditor como indiciado?
- 3- Esta exigência não extrapola a competência do médico auditor?
- 4- A opinião assim emitida pode ser entendida como ato médico?

Em resposta aos quesitos, temos a aduzir que:

1- O artigo 8º da resolução 1614/2001, que disciplina a Auditoria Médica, é claro quando diz:-

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

---

\* Conselheiro Relator CRM/PR

Portanto o médico auditor não tem competência para autorizar ou vetar qualquer procedimento, muito menos os de caráter administrativo ligados aos contratos. Tal competência é delegada ao agente administrativo, com o qual o usuário tem contrato, que pode, este sim, autorizar ou vetar procedimentos. Cabe ao médico auditor, tão somente, avaliar a viabilidade técnica dos procedimentos solicitados, repassando-as ao agente administrativo.

- 2- Não
- 3- Sim
- 4- Não, é um ato administrativo

É o parecer  
SMJ.

Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Cons. Relator

---

---

Processo-Consulta CRMPR N° 44/2004  
Parecer CRMPR N° 1610/2004  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 25/10/2004

---

---



# LIMITES DE ATUAÇÃO DO MÉDICO NÃO-ESPECIALISTA

Marcos Menezes Freitas de Campos\*  
Luis Gabriel Fernandez Turkowski\*\*

Palavras-chave: especialista, não-especialista, limites de ação, anunciar, restrições

## LIMITS ON NON-SPECIALIST PHYSICIAN PRACTICE

Key words: specialist, non-specialist, limits of action, announce, restrictions

Trata-se de consulta formulada pela cooperativa de trabalho médico-Unimed de Londrina, acerca das possíveis limitações legais à atuação do médico não especialista em Endoscopia Digestiva, cujas considerações passo a fazer à seguir:

Há de se reconhecer limitações de ordem teórica, no que se refere à bagagem de conhecimento que a graduação no curso de medicina possibilita ao estudante angariar e que, por questão lógica, será menor do que a bagagem doutrinária que o especialista auferiu no curso de pós-graduação. Faz-se necessário salientar, contudo, que o não especialista deve ter conhecimentos fundamentais da profissão.

É verdadeira a premissa advinda do próprio Conselho de Medicina em não haver que falar em “atos privativos do especialista”.

A imperícia, uma das três modalidades de culpa, designa o inábil ou falto de aptidão técnica, teórica ou prática, no desempenho de uma atividade profissional e é um dos elementos do crime culposo. No entanto, para que haja culpa, necessariamente tem que ter havido um erro médico, portanto, não se pode pré-julgar como imperito o profissional médico graduado e devidamente registrado no Conselho.

Conforme o artigo 135 do Código de Ética Médica, “é vedado ao médico anunciar Títulos Específicos que não possa comprovar ou Especialidade para a qual não esteja qualificado.”

Conforme resolução CFM 1.036/80, sobre anúncios:

“Artigo 1- entender-se-á por anúncio a comunicação ao público, por qualquer meio de comunicação, de atividades profissionais de iniciativa, participação ou anuência do médico.

Artigo 2- Os anúncios médicos deverão conter, obrigatoriamente, dados referentes à inscrição no Conselho Regional de Medicina de jurisdição do anunciante.

\* Conselheiro Relator CRM/PR \*\* Delegado Colaborador Regional de Londrina

Artigo 3- Somente poderão ser anunciadas especialidades reconhecidas por este Conselho Federal de Medicina.

Artigo 4- O médico somente poderá anunciar especialidades quando estiver registrado no Quadro de Especialidades do Conselho Regional de Medicina em que estiver inscrito.”

Conclusão: o médico, uma vez graduado e registrado no Conselho, está apto à prática médica, sem restrições de ordem legal.

É o parecer.

Londrina, 07 de Junho de 2.004

Luis Gabriel Fernández Turkowski  
Delegado Colaborador

Marcos Menezes Freitas de Campos  
Cons. Relator

---

---

Processo-Consulta CRMPR N° 028/2004  
Parecer CRMPR N° 1595/2004  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 14/06/2004

---

---

# É REPROVÁVEL ATENDER, PRIORIZAR, PRIVILEGIAR OU DISCRIMINAR PACIENTE PARTICULAR EM DETRIMENTO DE PACIENTES DE CONVÊNIO, SUS, COOPERTIVAS

Edson de Oliveira Andrade\*

EMENTA - Restringir o número de vagas para pacientes oriundos de convênios médicos, privilegiando pacientes particulares, sob a argumentação de baixa remuneração, é atitude eticamente reprovável. O direito do médico de escolher a quem prestar os seus serviços não comporta discriminação de qualquer natureza.

Palavras-chave: paciente particular, paciente conveniado, privilegiar atendimento, discriminação, remuneração

IT IS REPROACHABLE TO TREAT, PRIORITIZE, GRANT PRIVILEGES OR DISCRIMINATE PRIVATE PATIENTS IN DETRIMENT OF PATIENTS ASSOCIATED WITH HMO'S, PUBLIC HEALTH SERVICES, COOPERATIVES OR SUS

Key words: private patient, HMO patient, treatment privilege, discrimination, remuneration

## DA CONSULTA

A Cooperativa de Trabalho Médico Unimed-Fortaleza, através de seu presidente dr. Darival Bringel de Olinda, encaminhou a este Conselho Federal de Medicina consulta que tem por motivação, segundo afirma em sua correspondência, as constantes reclamações oriundas de usuários em decorrência de possíveis discriminações por parte de alguns cooperados que privilegiariam os pacientes particulares em detrimento dos usuários da cooperativa.

De forma a tornar bastante explícito o conteúdo de sua consulta, o presidente da Unimed-Fortaleza faz as seguintes indagações:'

1. É ético e regular o médico dividir o seu horário de atendimento entre usuários de planos de saúde e pacientes particulares, restringindo o tempo para atendimento dos primeiros?
2. Tal divisão e discriminação de horários se constitui em discriminação de pacientes?

---

\* Conselheiro Relator Federal

## DA LEGISLAÇÃO

Diversos são os dispositivos do Código de Ética Médica (CEM) que podem ser evocados na análise da questão suscitada pela consulta.

Em seu artigo primeiro, o CEM diz ser a Medicina uma profissão a serviço do ser humano e da coletividade, devendo ser exercida sem discriminação de qualquer natureza. Com iguais enfoques, existem os artigos 9º e 47 que dizem, in verbis:

### Princípios fundamentais

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

.....

.....

É vedado ao médico:

“Art. 47- Discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.”

O artigo 7º afirma, por outro lado, que “o médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente”.

### DO PARECER

O médico, em seu consultório, representa a última trincheira de uma Medicina romântica e liberal que o tempo e a evolução caminham para eliminar. A questão levantada expõe de forma clara uma das características atuais do fazer médico: a interferência de terceiros no seu mister.

A nova ordem na prática médica não mais contempla a clássica diade médico-paciente, mas sim uma tríade constituída pelo médico, o paciente e o plano de saúde. Tal situação implica, para o médico, novos compromissos, os quais interferem nas suas atividades diárias.

As questões daí provenientes são: em que nível ocorre estes novos compromissos; qual a extensão e, principalmente, como podem interferir na relação médico-paciente.

De um lado, temos a capacidade do médico para dispor de seu ofício ao seu talante, no limite ético do artigo 7º do CEM. Esta capacidade, vista pela ótica da

legalidade, daria o embasamento ético para que o médico indicasse o limite de sua disponibilidade para determinado convênio, delimitando, assim, os dias e horas em que estaria disponível para os seus associados.

Desta forma, estaria o médico agindo eticamente ao privilegiar um paciente particular em detrimento de um conveniado, quando a negativa do atendimento se desse dentro do acordo previamente ajustado?

Visto sob a ótica do artigo 7º, parece que a resposta é sim; afinal, quem pode mais pode menos! Portanto, parece lógico pensar que se o médico pode recusar-se a tratar de um doente, poderá também limitar sua disponibilidade para o atendimento do mesmo.

Tal conclusão espelha, de forma exemplar, um raciocínio sofista, com subversão do silogismo lógico, ao se partir de premissas verdadeiras para se alcançar uma conclusão falsa.

Vejamos como isso se dá. O direito de o médico pactuar a forma como oferece os seus serviços aos convênios não se confunde com a sua obrigação para com os pacientes que o procuram.

O médico pode recusar-se a ser conveniado ou cooperado com base no entendimento de que é mal remunerado. No entanto, uma vez acordada a sua participação no quadro de médicos referenciados, este argumento não mais pode ser utilizado para discriminar pacientes.

O paciente que procura ajuda médica traz como maior riqueza a sua humanidade – a qual e por si só basta e é suficiente.

O direito de considerar-se mal remunerado permite ao médico denunciar o pacto realizado com a cooperativa ou o convênio. Jamais poderá, contudo, qualificar ou quantificar o seu trabalho com base no quantas recebido. A adoção de mecanismos discriminadores, com base na capacidade econômica do paciente, configura, sem dúvida alguma, infração ética.

Diferenciar pacientes, dificultando muitas vezes fraudulentamente o acesso ao consultório, com simulação de falsas pletores de agendas, na busca de transformar o doente do convênio em doente particular, é atitude eticamente reprovável por fraudar, humilhar e subjugar o ser humano, com o agravante de fazê-lo quando este se encontra fragilizado pela doença.

Palmitar estes caminhos é transformar a Medicina em ato de mercancia, onde teremos serviços médicos de todos os quilates e preços; adequando-se cada um (talvez !) à remuneração recebida.

## CONCLUSÃO

Perante o exposto, entendo que o médico, tendo acordado com o convênio ou cooperativa uma determinada forma de pagamento, não mais pode discriminar, com base na argumentação de que é mal remunerado, os pacientes deles oriundos, dificultando o acesso aos consultórios, com adoção de limites de vagas ou outros artifícios. A atitude eticamente aceita, para situações desta natureza, é a suspensão global do atendimento ou o descredenciamento.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 5 de fevereiro de 1997

Edson de Oliveira Andrade  
Cons. Relator

---

---

Processo-Consulta CFM N° 3556/1995  
Parecer CFM N° 07/2000  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 17/03/2000

---

---

# OZONIOTERAPIA

Mario José Abdalla Saad\*

EMENTA - O tratamento rotineiro utilizando ozonioterapia não é permitido pelo fato de a literatura médica não possuir estudos bem fundamentados que confirmem sua eficácia.

Palavras-chave: ozonioterapia, ineficácia, comprovação

## OZONE THERAPY

Key words: ozone therapy, ineffectiveness, proof

Trata-se de processo-consulta feito ao CFM, encaminhada pelo CREMESP, conseqüência de consulta do dr. O. D. R. J., médico anesthesiologista, arguindo sobre ozonioterapia, sua provável eficácia, e se a mesma integra o arsenal terapêutico reconhecido por este Conselho, tendo em vista a possibilidade de aquisição do equipamento para hospital público.

### PARECER

A revisão da literatura demonstra que a ozonioterapia tem sido empregada em alguns projetos, mas não há estudos bem fundamentados, randomizados, duplo cego, placebo controlado ou com grande número de casos demonstrando sua eficácia em medicina.

Nesse sentido, a boa prática médica não permite seu uso rotineiro, podendo, entretanto, ser utilizada experimentalmente após serem atendidas as diretrizes e normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos e inclui aprovação de projeto de pesquisa e consentimento livre e esclarecido por comitê de ética em pesquisa.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 11 de agosto de 2004.

Mario Jose Abdalla Saad  
Cons. Relator

---

---

Processo-Consulta CFM N° 2532/2003  
Parecer CFMN° 27/2004  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 06/10/2004

---

---

\* Conselheiro Relator Federal

# FORNECIMENTO DE DOCUMENTOS DO PRONTUÁRIO DE PACIENTES À DELEGADOS DE POLÍCIA, PROMOTORES E JUÍZES

Luiz Augusto Pereira\*

EMENTA - É dever ético e legal do médico manter sigilo quanto ao prontuário do paciente, só o podendo revelar com autorização expressa deste ou seu representante legal. Disposições instituídas no resguardo do direito do paciente. Constituição Federal. Código de Ética Médica. A requisição, mesmo judicial, que implique retirada do prontuário do hospital, constitui coação ilegal. Precedentes jurisprudenciais, inclusive do STF. Em se tratando de investigação de crime de ação pública incondicionada, é cabível, no resguardo do interesse social e desde que não implique procedimento criminal contra o paciente, pôr-se o prontuário à disposição, para exame por perito legista, restrito aos fatos sob investigação e não sobre o conteúdo do prontuário, e sob sigilo pericial. Revogação da Resolução CFM nº 999/80.

Palavras-chave: prontuário, requisição, exigência, autorização, coação, constrangimento, sigilo, solicitação judicial, perito legista, responsabilidade, diretor clínico

## SUPPLYING DOCUMENTS FROM A PATIENT'S MEDICAL RECORD TO POLICE AUTHORITIES, PUBLIC ATTORNEYS AND JUDGES

Key words: requisition, demand, authorization, coercion, compulsion, confidentiality, judicial request, forensic medical expert, responsibility, clinical director

### I - PARTE EXPOSITIVA

Trata-se de consulta encaminhada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, feita pelo Dr. Carlos Nunes Senra, diretor do Hospital Municipal Odilon Behrens, de Belo Horizonte.

O consulente busca orientação sobre que atitude tomar quanto à requisição requerida por promotores de Justiça, delegados de Polícia, juizes, Conselhos de Saúde e Câmara Municipal, solicitando prontuários de pacientes e seus exames complementares para instruir processos de variada natureza. O consulente vem se orientando pelos arts. 11 e 102 do Código de Ética Médica. Conhece, igualmente, o Parecer nº 133/96, da AJ deste Conselho Federal, bem como acórdão do STF proferido no Habeas Corpus 91.218-5, relativamente a não disponibilidade de prontuário por diretor da Santa Casa de São Paulo, em delito de aborto, de ação pública incondicionada.

---

\* Conselheiro Relator Federal



No entanto, refere estar sendo constrangido a fornecer os prontuários ante a invocação por autoridades policiais e judiciais, da Resolução CFM nº 999/80, especialmente com relação ao seu art. 2º, que obriga o médico a fornecer informações nos casos de crimes de ação pública que não exponham a parte interessada a procedimento criminal.

Como praticamente todas as demandas que chegam ao hospital tratam de denúncia de lesões corporais, que, tecnicamente, são crimes de ação pública incondicionada, pergunta:

Em que condições o diretor clínico de uma instituição hospitalar pode e deve fornecer documentos de internação de pacientes a delegados de Polícia, promotores e juizes?

O diretor clínico deve sempre solicitar a manifestação expressa do paciente ou de seu responsável legal em face de tais solicitações, mesmo nos casos em que este não figure como réu?

Em que casos, na prática, o diretor clínico pode negar a delegados, promotores e juizes o envio de tais documentos?

O citado acórdão do STF não desobriga o médico diretor clínico deste envio?

Em caso de obrigatoriedade de envio, o diretor clínico não estaria quebrando o sigilo profissional, vez que praticamente todas as solicitações tratam de lesões corporais?

## II – DO PARECER

O segredo médico é instituto milenar, cuja origem já constava no juramento de Hipócrates:

‘O que, no exercício ou fora do exercício e no comércio da vida, eu vir ou ouvir, que não seja necessário revelar, conservarei como segredo’.

“Para a classe médica, o segredo é algo que não se pode dissociar do exercício da sua profissão. No dizer de Gonzaga, pelas peculiares condições em que exerce o seu mister, o médico tem freqüentes vezes diante de si, abertos em leque, informes íntimos da mais variada qualidade. Colhe não apenas esclarecimentos reservados sobre o cliente, mas sobre sua família, parentes próximos e até mesmo alusivos a terceiros àqueles ligados. Penetra no recesso dos lares. Necessita conhecer as causas da moléstia em exame, que podem desembocar em delicadas origens: comportamentos viciosos, eticamente reprováveis ou delituosos, dificuldades econômicas, disputas domésticas, etc.

“Nem sempre o diagnóstico da moléstia ou da lesão física sofrida pelo paciente será o fato que este deseja manter em segredo. Em alguns casos, o que se pretende manter escondido do domínio público são as circunstâncias que ensejam o surgimento da moléstia ou da lesão.” (BARROS, Marco Antônio de. Sigilo Profissional. Reflexos da violação no âmbito das provas ilícitas. RT 733/423)

Hoje, apresenta-se com foro constitucional, uma vez que instituído como garantia individual à inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da imagem e da honra – art. 5º, inc. X, da CF.

Assim, o prontuário médico só pode ser fornecido quando houver expressa autorização do paciente, cujo direito o sigilo visa proteger. Nesse sentido, as disposições do Código de Ética Médica, em seus arts. 11 e 102, têm força de lei, porque expressamente mantêm o previsto na Lei nº 3.268/57 e seu decreto regulamentador – n.º 44.045/58 – conforme entendimento tanto do STF (HC 39.308-SP) como do STJ (REsp 159527-RJ):

“Artigo 11: o médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade.

“Artigo 102: (é vedado ao médico) Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

“Parágrafo-único – Permanece essa proibição:

a. Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido.

b. Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.”

É preciso, pois, passar à análise pormenorizada do real significado das expressões justa causa, dever legal e autorização expressa do paciente, contidas no art. 102 do CEM.

A justa causa, como fato incidental e liberatório da revelação, “funda-se na existência de estado de necessidade: é a colisão de dois interesses, devendo um ser sacrificado em benefício do outro; no caso, a inviolabilidade dos segredos deve ceder a outro bem interesse. Há, pois, objetividades jurídicas que a ela preferem, donde não ser absoluto o dever do silêncio ou sigilo profissional” (NORONHA, E. Magalhães. Direito Penal, 17a ed., v. 2, 1981, p. 209 ).

A jurisprudência a respeito, dessa forma se pronuncia: “Seria absurdo que uma lei protegesse o interesse particular, embora de valor social, com prejuízo e dano para a coletividade. A vida em comum nas sociedades deve restringir direitos para evitar inconvenientes para outros direitos, mormente gerais.” (RT 562/409)

O mesmo autor, antes mencionado – BARROS, Marco Antônio de – acrescenta:

“Alguém que revele, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem, está sujeito a suportar a pena de detenção de três meses a um ano, ou multa (art. 154, do CP).

“Três rápidas observações se fazem acerca do dispositivo de ordem material. Uma delas consiste no sereno entendimento doutrinário no sentido de que para configuração da infração penal o dano produzido não se restringe ao aspecto econômico, abrangendo o prejuízo de ordem moral, pública, particular, individual ou familiar sofrido pelo interessado na manutenção do segredo. A segunda observação diz respeito ao sujeito ativo do crime, ou seja, aquele que revela o segredo de que teve ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão.

“A mais objetiva diferenciação entre os tipos de atividade profissional é apresentada por Paulo José da Costa Jr., para quem função é o encargo recebido por lei, decisão judicial ou contrato (tutor, curador, inventariante, síndico, diretores de escola, hospitais ou empresas); ministério é o mister que tem origem em determinada condição social, de fato ou de direito (padre, freira, missionário, assistente social); ofício é a atividade remunerada, mecânica ou manual (sapateiro, ourives, cabeleireiro, costureiro, etc.); profissão é a atividade remunerada, exercida com habitualidade, via de regra de cunho intelectual.

“Finalmente, a terceira observação condiz com a atipicidade do fato quando a revelação seja feita com justa causa. A justa causa identifica-se com o justo impedimento de manter o sigilo, ou com a existência da necessidade de confidência, e ela só pode ser aquilatada no caso concreto. Incluem-se obrigatoriamente neste rol o estrito cumprimento do dever legal, o estado de necessidade e a própria legítima defesa do confidente.

“Sobre isto, oportuna é a advertência feita por Hermenegildo Rego, ao se questionar se a convocação judicial para depor no processo civil constitui, para o depositário do segredo profissional, justa causa suscetível de legitimar sua revelação. O próprio articulista responde que a revelação do segredo profissional, pelo só fato de ter sido feita em juízo, não deixa de configurar o crime, ressaltando que a revelação de um segredo profissional, feita em juízo, como fora dele, se consubstanciada em justa causa não constituirá crime. Mas a mera situação - depoimento em juízo - não representa, por si, justa causa.

Encontramos outra hipótese de justa causa para a quebra do sigilo médico no tocante aos portadores do vírus da imunodeficiência humana, conforme parágrafo único do artigo 2º da Resolução CFM nº 1.359/92, in verbis:

“O sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação aos pacientes com AIDS; isso se aplica inclusive aos casos em que o paciente deseja que sua condição não seja revelada sequer aos familiares, persistindo a proibição de quebra de sigilo mesmo após a morte do paciente. Será permitida a quebra do sigilo (...) por justa causa (proteção à vida de terceiros: comunicantes sexuais ou membros de grupos de uso de drogas endovenosas, quando o próprio paciente recusar-se a fornecer-lhe a informação quanto à sua condição de infectado).”

Por fim, é importante salientar que o instituto da justa causa não deve servir para obrigar o médico a revelar fato sob o título do sigilo profissional. O profissional não pode ser impelido a realizar determinada conduta sem que a lei o obrigue.

No mesmo sentido, concluiu o cons. Hercules Sidnei Pires Liberal, no Parecer CFM nº 24/90: “(...) o médico somente poderá revelar o segredo médico se o caso estiver contido nas hipóteses de ‘justa causa’, determinadas exclusivamente pela legislação e não pela autoridade(...)”.

Outra circunstância importante que afasta o dever de sigilo e, conseqüentemente, torna lícita a revelação, senão a caracteriza como impositiva, consiste no dever legal. Aliás, no capítulo que trata sobre os crimes contra a saúde pública está prevista a infração penal denominada omissão de notificação de doença, que se consumará quando o médico deixar de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória, ficando sujeito à aplicação da pena de detenção de

seis meses a dois anos, e multa (art. 269 do CP e Portaria nº 1.100/96 do Ministério da Saúde). Outro exemplo dessa modalidade de dever imposto ao médico encontra-se na lei que trata do planejamento familiar, que submete o médico à idêntica sanção, privativa de liberdade e pecuniária, se deixar de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar (art. 16 da Lei nº 9.263, de 12.1.1996).

Também a Lei nº 3.688/41 (Lei de Contravenções Penais) impõe um dever legal ao profissional médico no exercício da medicina, conforme o inciso II do art. 66: “Deixar de comunicar à autoridade competente crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício da medicina ou de outra profissão sanitária, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o cliente a procedimento criminal.”

A outra situação que libera o médico do dever de manter sigilo ocorre quando há autorização expressa do paciente para a revelação do fato. É claro que a autorização em si não obriga o médico a depor sobre o que souber ou tiver conhecimento acerca do seu cliente, descoberto em razão do exercício de sua profissão. Aqui também nos parece que a decisão sobre a revelação, ou não, se transfere para a consciência do médico, a quem caberá sobre ela posicionar-se.

Também é o já referido doutrinador – Marco Antônio de Barros que refere: “Mas o que mais tem atormentado nossos tribunais no que se refere ao sigilo médico não é propriamente o seu depoimento testemunhal em juízo, mas sim os desentendimentos que derivam da recusa por parte de médicos e diretores de hospitais em atender as requisições feitas por juízes para que sejam apresentadas as fichas clínicas de pacientes e prontuários médicos”.

“Cabe indagar-se: tais informes estariam acobertados pelo apanágio sigilo? Impõe-se ou não a obrigatoriedade de apresentação das fichas clínicas e prontuários médicos ao juiz?”

“Constantes e acalorados são os debates que cercam esta questão, propiciando o surgimento de posições extremadas, como aquela sustentada por Moreira de Carvalho, para quem ‘existe justa causa para o Poder Judiciário requisitar informações e cópias de fichas clínicas, sendo a prestação por parte de médicos e hospitais perfeitamente legal, não configurando qualquer tipo de infração, pois a revelação não é leviana e sim técnica, clara e objetiva, para responder aos interesses da sociedade. O não-atendimento da requisição importa no crime de desobediência’.

“Não concordamos com esse posicionamento. Preferimos acompanhar a colocação feita por Wolfgang Stein que, ao citar Eduardo Espinola Filho, anotou que a justa causa para compelir ao desnudamento do segredo médico só pode ser um motivo legal, isto é, uma causa reconhecida pelo legislador como derogatória do direito dever de silenciar. Aliás, a inteligência dos dispositivos legais que envolvem o segredo profissional médico foi enfrentada com ímpar profundidade pela mais alta Corte do País, cujo julgador tornou-se famoso pela riqueza dos votos exarados por seus eminentes ministros, estando publicado na RT 562/407, donde se abstrai que ‘a pública potestade só forçará o desvendar de fato sigiloso se a tanto autorizada por específica norma de lei formal. Trata-se de atividade totalmente regrada, prefixados os motivos pelo legislador, a não comportar a avaliação discricionária da autoridade administrativa ou judiciária do que possa constituir justa causa para excepcionar o

instituto jurídico da guarda do segredo profissional. Este tutela a liberdade individual e a relação de confiança que deve existir entre profissional e cliente, para a proteção de um bem respeitável, como o é o direito à salvação adequada da vida ou da saúde. No embate com o direito de punir, o Estado prefere aqueles outros valores’.

“Encontramos apoio para esta tese em venerando acórdão do TJSP, relatado pelo Desembargador Geraldo Gomes, publicado na RT 567/83, com a seguinte ementa: ‘Embora a obrigatoriedade do sigilo profissional não se apresente em caráter absoluto, admitindo exceções, também esbarra em restrições o poder ou faculdade da autoridade em requisitar informes ou elementos para instruir processos criminais. Assim, não se cuidando de crimes relacionados com a prestação de socorro médico ou de moléstia de comunicação compulsória, em que fica o profissional desonerado do aludido sigilo, é de se ter por subsistente cuidando-se de tratamentos particulares, seja no tocante à espécie de enfermidade, seja quanto ao diagnóstico ou à terapia aplicada. Por isso, neste mandado de segurança entendeu-se estar caracterizado o constrangimento ilegal, decorrente da intimação judicial feita a médico e hospital para apresentar as fichas clínicas e prontuários da vítima de suicídio, sob pena de responsabilidade e desobediência. Entendeu-se, afinal, ser inadmissível a intimação por ofensa ao sigilo profissional, constatando-se, ademais, a ausência de justa causa para tal exigência’.

“Existem outros exemplos na jurisprudência confirmando o respeito que se devota ao sigilo médico. Conforme se verifica julgado prolatado pelo TASP, publicado na RT 643/304, ao proceder o interrogatório judicial o réu teria afirmado ser portador do vírus da Aids. Diante disso, o juiz requisitou informações ao hospital, sob pena de desobediência. Impetrado habeas corpus em favor da médica, seguiu-se a edição do acórdão relatado pelo juiz Walter Swensson, de cujo teor se destaca: ‘Existem restrições ao poder ou faculdade da autoridade judiciária de requisitar informações no que se refere a tratamento médico a que está submetida pessoa, seja no pertinente à espécie de enfermidade, seja quanto ao diagnóstico ou à terapia aplicada. O sigilo profissional a que está sujeito o médico só pode ser dispensado para fornecimento de informe ou elementos para instrução de processos-crime que visem à apuração de infrações criminais relacionadas com a prestação de socorro médico ou moléstia de comunicação compulsória. Assim, não caracteriza crime de desobediência a conduta do facultativo que deixa de atender a requisição judicial de informações sobre o estado de saúde de réu em processo-crime sob a violação de sigilo profissional, uma vez que não necessária a providência à instrução de processo-crime, podendo, ademais, as informações respectivas, devidamente atualizadas, ser obtidas através de inspeção médica na própria comarca ou em hospital da rede penitenciária, sendo irrelevante o fato de ter o interessado anuído ao seu fornecimento se tal anuência não constava do ofício respectivo, portanto, à médica supô-la inexistente’” (op. cit. n° 01).

Conseqüentemente, a requisição judicial, por si só, não é “justa causa”, conforme estabelecido pelo STF no HC retromencionado – HC – 39.308-SP – relator ministro Pedro Chaves, cuja ementa transcrevemos:

“Segredo profissional. Constitui constrangimento ilegal a exigência de revelação de sigilo e participação de anotação constante das clínicas e hospitais. Habeas Corpus concedido”.

A mesma excelsa Corte, por ocasião do julgamento do Recurso Extraordinário n.º 91.218-SP, sendo relator o min. Djaci Falcão (RTJSTF 101/676), estabeleceu que a apresentação do prontuário e anotações só tem cabimento quando consentida pelo paciente, ou quando não for em detrimento deste, e ainda com a ressalva de que tais documentos devem ser APENAS POSTOS À DISPOSIÇÃO PARA PERÍCIA MÉDICA, SOB SIGILO PERICIAL.

Também é do STF o seguinte aresto, assim ementado:

“É constrangimento ilegal exigir-se de clínica ou hospital a revelação de suas anotações sigilosas” (RTJ 101/176) – “Apud” Celso Delmanto – “Código Penal Comentado”.

Na mesma fonte – a obra de Celso Delmanto – colhem-se ainda as seguintes manifestações jurisprudenciais:

“O sigilo médico só pode ser dispensado para instrução de processos-crime que visem à apuração de infrações relacionadas com a prestação de socorro médico, ou moléstia de comunicação compulsória” (TACrSP – rt 643/304).

“FICHA MÉDICA: colocada ela à disposição do perito, que não está preso a sigilo profissional, mas só ao segredo pericial, não se pode exigir sua entrega em juízo” (STF – RT 101/676) (TRATA-SE DE TRECHO DO ACÓRDÃO SUPRA MENCIONADO – nota do parecerista).

“FICHA MÉDICA: O HOSPITAL NÃO ESTÁ OBRIGADO A ENTREGÁ-LA (TACrSP – 479/326).

Além disso, o dever legal só existe QUANTO À COMUNICAÇÃO, nos casos de doença de notificação compulsória (art. 269 do CP) e de crime de ação pública, quando não exponha o paciente a processo criminal (art. 66 da Lei das Contravenções Penais). Veja-se que o núcleo penal em tais casos está na OMISSÃO DE COMUNICAÇÃO, e não no dever de enviar prontuário, como parece vem sendo entendido por autoridades requisitantes.

O médico está sujeito por dever ético e legal ao seu Código de Ética, que, como lei, atende à cláusula pétrea da CF, que é o direito individual à privacidade.

Poder-se-ia cogitar de que na situação posta em liça – crimes de ação pública –, em que se requisita o prontuário da vítima, haveria embate entre o direito individual (da vítima), que obriga ao sigilo, e o direito da sociedade de apurar o crime. Isso parece ter sido o móvel da requisição judicial, que buscaria suporte no resguardo do interesse social ou público.

Todavia, assim não é, data venia, e o colendo STF o expressou muito bem no HC citado e também no RExt retro mencionado. O dever de guarda do prontuário não pode ser quebrado pelo médico (hospital ou clínica) sem a autorização do paciente. A solução foi claramente posta pelo Pretório Excelso no RExt já referido quando alude que o hospital PODE POR À DISPOSIÇÃO O PRONTUÁRIO PARA PERÍCIA (médico legista), sob sigilo pericial.

A razão claramente é a proteção do indivíduo e é até singela – é que o prontuário não abarca só o fato em si (a patologia apresentada) na internação, mas toda a situação de saúde do paciente, QUE PODE TER TODO INTERESSE – E A CONSTITUIÇÃO LHE GARANTE TAL DIREITO - DE NÃO VER A SUA VIDA DEVASSADA.

Nisso, há também um aspecto social de grande importância, especialmente nos dias que correm, além da questão do direito individual: tornando-se rotineira a requisição judicial do prontuário médico de alguém, o paciente, sabedor desse fato, poderá deixar de revelar a seu médico assistente aspectos importantes de sua vida (certas patologias), ante o receio de vê-los revelados. Isso causa, na verdade, GRAVE PERIGO SOCIAL, pois a omissão de certos pormenores de saúde podem transformar-se em grave RISCO SOCIAL (ex. o paciente poderá não revelar ser portador de HIV, de tuberculose, etc., quando esteja sendo tratado de outra doença...).

Afigura-se que a autoridade judicial, bem como o órgão do Ministério Público ou a autoridade policial no exercício de seu poder-dever de investigação de delito de ação pública não podem deixar de lado tais preocupações com o cumprimento da lei e da Constituição, cujas disposições repousam exatamente no conjunto dos interesses – o individual e o social. Não se nega o dever de apuração e de cooperar com a apuração de delito grave e de ação pública. Mas a solução não pode ser, como diz o egrégio STF, a pretexto de apurar um crime cometer outro (quebra do sigilo médico) – art. 154 do CP. A solução é a apontada por aquela alta Corte – põe-se à disposição NO HOSPITAL OU CLÍNICA – a documentação para que ali se realize a necessária perícia, QUE HÁ DE SER RESTRITA AOS FATOS DA CAUSA EM QUESTÃO (APURAÇÃO DE HOMICÍDIO, LESÃO GRAVE, ETC., NO CASO) e não sobre a totalidade do conteúdo do prontuário que pode ter informações que só ao paciente e ao seu médico interessam.

(Obs: há que se referir que na atual procesualística penal brasileira a lesão leve DEPENDE DE REPRESENTAÇÃO DA VÍTIMA, portanto não se trata mais de ação pública incondicionada).

Por todas essas observações conclui-se que não pode ser mantido o entendimento da Resolução CFM n° 999/80.

Deve-se dizer, inicialmente, que a citada resolução aludia às disposições do Código de Ética Médica, publicado no Diário Oficial da União de 11.1.65, posteriormente revogado pela Resolução CFM n° 1.154/84 – Código de Deontologia Médica –, por sua vez revogado pelo atual Código de Ética Médica – Resolução CFM n° 1.246/88.

Discorda-se, assim, data venia, do Parecer n° 377/98 do Setor Jurídico deste CFM, que expressou que o conteúdo do art. 2° da citada Resolução n° 999/80 estaria em vigor, porque de acordo com a legislação. Penso ter demonstrado que a melhor interpretação da legislação, incluindo o próprio Código de Ética Médica vigente, é a que acima se expôs.

Acrescente-se que ante a repetição de fatos da natureza daqueles referidos na consulta, impõe-se edição de resolução explicitando o entendimento quanto ao segredo médico e às requisições de prontuários e documentos médicos por autoridades.

Dessa forma, respondendo às indagações do consulente:

1. Aos questionamentos n°s 1 e 2, responde-se que o médico só pode fornecer os documentos com autorização do paciente. Em se tratando de crime de ação pública incondicionada, pode por os documentos à disposição da autoridade investigante, para perícia, DESDE QUE NÃO HAJA POSSIBILIDADE DE INSTAURAÇÃO DE PROCEDIMENTO CRIMINAL CONTRA O PACIENTE;

2. Os demais questionamentos ficam, na verdade, prejudicados pela resposta anterior.

### III – CONCLUSÃO:

Pelo exposto, OPINO no sentido de que o médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo de seu prontuário, mas em se tratando de possível delito de ação pública, e sendo necessário para a investigação, pode por o prontuário à disposição de perito médico legal indicado, para que examine o conteúdo do prontuário apenas no que diz respeito ao que interessa à apuração do fato, guardado o sigilo pericial, desde que isso não implique procedimento criminal contra o próprio paciente.

Sugiro, acaso aprovado o presente parecer, que seja editada resolução sobre a matéria, revogando expressamente a Resolução nº 999/80.

A resolução deve ser imediatamente comunicada às Corregedorias-Gerais da Justiça; Procuradorias da Justiça e da República; Ministério da Justiça; Polícia Federal e Secretarias de Segurança dos Estados, a fim de evitar constrangimentos aos médicos que, no exercício da direção de hospitais e clínicas, só buscam cumprir o estabelecido no atual Código de Ética Médica.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 10 de agosto de 2000

Luiz Augusto Pereira  
Cons. Relator

---

---

Processo-Consulta CFM Nº 1973/2000  
Parecer CFM Nº 02/2000  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 24/08/2000

---

---



# PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA EM PRONTUÁRIO ATRAVÉS DE CARIMBO

Silo Tadeu S. de Holanda Cavalcanti\*

EMENTA - O uso de carimbos com nome e dosagem de medicamento, quando da prescrição, não é medida prática pois limita a autonomia e liberdade do profissional médico, não devendo ser, portanto, utilizada.

Palavras-chave: prontuário, prescrição manuscrita, caligrafia, carimbo, assinatura, riscos de erro

## NATURE OF PRESCRIPTION IN A MEDICAL RECORD

Key words: medical record, handwritten prescription, handwriting, stamp, signature, risk of error, interpretation

### PARECER

Através do ofício CFM nº 7.999/99, de 7/12/99, fui solicitado a emitir parecer em relação a indagação feita por um colega psiquiatra do estado de Goiás, ao Conselho Regional de Medicina daquele estado, quanto a possibilidade de utilização de carimbos com o nome e dosagem do medicamento, quando da prescrição do tratamento dos pacientes internados.

### DA CONSULTA

Em 24 de julho de 1998, o médico L. L. P. – diretor técnico da Clínica Psiquiátrica Jardim América Ltda. faz a seguinte solicitação:

“Assunto: solicitação de parecer do CRM-GO sobre uma forma de prescrição em prontuário de pacientes internados na Clínica Jardim América.

Através do presente venho, respeitosamente, solicitar do CRM-GO a avaliação e, se possível, a autorização para execução de uma forma de prescrição em prontuário de paciente internado na Clínica Jardim América Ltda. (CJA), conforme o abaixo exposto e solicitado:

CONSIDERANDO que a prescrição médica de medicamento para o paciente internado na CJA é feita e assinada, com o respectivo carimbo, por médico do Corpo Clínico ou por médico externo que se identifica adequadamente junto à CJA;

CONSIDERANDO que as caligrafias são variáveis em termos de qualidade e que algumas prescrições poderão ser mal interpretadas até mesmo pelo farmacêutico ou pelo responsável pelo depósito de medicamentos;

---

\* Conselheiro Relator Federal

CONSIDERANDO que a intenção da CJA é evitar o risco de qualquer possibilidade de erro quanto a se ministrar um medicamento diferente do prescrito;

solicito de V.Excia. a permissão para utilizar, nos prontuários dos pacientes, carimbos onde constem os nomes dos medicamentos prescritos, continuando, no entanto, a ser exigido o registro manuscrito da evolução clínica e a assinatura do médico responsável pela prescrição.”

## DOS FATOS

O CRM de Goiás, em Sessão Plenária do dia 3/9/98, apreciou o parecer do conselheiro Reginaldo Bento Rodrigues, favorável à solicitação, tendo na ocasião sido apresentado pedido de vista pela conselheira Ana Maria, condição esta que consequentemente adiou a decisão do Conselho Regional. Quando da apreciação do parecer de vista, cujo teor não modificava o mérito do parecer original, novo pedido de vista foi solicitado, desta vez por parte do conselheiro Wanderly Barbosa Campos. Em 13/5/99, em nova Sessão Plenária do CREMEGO, o parecer de vista do conselheiro Wanderly foi apreciado e aprovado por unanimidade, cujo conteúdo divergiu frontalmente do primeiro parecer. Este fato motivou o consulente a se dirigir ao CFM por não aceitar a decisão do Conselho Regional e questionar, de maneira equivocada, a existência de duas decisões por parte do Conselho Regional.

## DA DISCUSSÃO

O presente protocolo deve ser analisado à luz da legislação vigente, cujo teor transcrevo nas suas partes fundamentais:

Código de Ética Médica - Artigo 39: “(É vedado ao médico) Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos”.

Lei nº 5.991 – 17/12/73 – Artigo 35: “Somente será aviada a receita: a) que estiver escrita a tinta, em vernáculo, por extenso e de modo legível, observados a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais;

Decreto nº 793 – 5/4/93 – Artigo 35 – Inciso II: “Somente será aviada a receita médica ou odontológica que estiver escrita a tinta, de modo legível, observadas a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais, indicando a posologia e a duração total do tratamento”.

Fica claro que a legislação em vigor, tanto ética como legal, exige a legibilidade da prescrição médica, a qual o médico é obrigado a cumprir. No entanto, outras maneiras mais práticas - como datilografando ou digitando as prescrições - podem assegurar o cumprimento da lei, diferentemente da confecção de carimbos,

cuja operacionalização, diante do amplo arsenal terapêutico de que dispomos, poderá vir a limitar a autonomia e liberdade do médico quando da prescrição.

Portanto, sou favorável ao parecer do conselheiro da instância “a quo”, aprovado por unanimidade em Plenário, que negou autorização ao consulente para utilizar na sua clínica carimbos com nome e dosagem de remédios nas prescrições dos pacientes internados.

É o parecer, SMJ.

Brasília, 1º de fevereiro de 2000.

Silo Tadeu Silveira de H. Cavalcanti  
Cons. Relator

---

---

Processo-Consulta CFM N° 5338/1999  
Parecer CFM N° 05/2000  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 15/03/2000

---

---

# ELETROCARDIOGRAMA EM APARELHO AUTOMÁTICO E O LAUDO

Alexandre Gustavo Bley\*

Palavras-chave: eletrocardiograma, cardiologista, laudo, assinatura, autorização de laudo, especialidade

## ELETROCARDIOGRAM PERFORMED WITH AUTOMATIC DEVICE AND LEGAL REPORT

Key words: electrocardiogram, cardiologist, legal report, signature, authorization for legal report, specialty

Trata-se de consulta encaminhada pela Unimed Guarapuava, solicitando parecer quanto ao pagamento de eletrocardiogramas emitidos por aparelho automatizado, com laudo expresso pelo software que analisa os gráficos do exame. Outra questão seria a necessidade de um cardiologista para assinar o laudo.

### PARECER:

O ato médico caracteriza-se pela presença do profissional médico nas diversas fases da atenção à saúde, ou seja promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias. No presente caso apesar do exame ser automatizado, o profissional médico também interpreta o resultado e assina o mesmo, assumindo a responsabilidade pelo laudo. Isto caracteriza um ato médico de diagnóstico, portanto sendo devida a cobrança de honorários. Quanto a segunda questão, não vejo a necessidade do laudo ser emitido exclusivamente por cardiologista, pois outro médico que tenha conhecimentos para tal poderia emiti-lo, situação vista em plantões de Pronto Socorro e Unidade de Terapia Intensiva, onde nem sempre o plantonista é da área cardiológica.

É o parecer.

Curitiba, 05 de agosto de 2004.

Alexandre Gustavo Bley  
Cons. Relator

---

Processo-Consulta CRMPR N° 7029/2004

Parecer CRMPR N° 1602/2004

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 09/08/2004

---

\* Conselheiro Relator CRMPR

# HABILITAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DE ATIVIDADE PERICIAL

Solimar Pinheiro da Silva\*

EMENTA - Os Conselhos Regionais de Medicina não exigem que um médico seja especialista para trabalhar em qualquer ramo da Medicina, podendo exercê-la em sua plenitude nas mais diversas áreas, desde que se responsabilize por seus atos e, segundo a nova Resolução CFM nº 1.701/03, não as propague ou anuncie sem realmente estar neles registrado como especialista.

Palavras-chave: perito, habilitação, especialidade

## LICENSE FOR ACTING AS A MEDICAL EXPERT

Key words: official expert, license, specialty

### PARTE EXPOSITIVA

O CREMERJ encaminhou para apreciação do CFM cópia do protocolo CREMERJ 258/01 e do Parecer 57/97 enviados pelo dr. M. E. P. M.

Do protocolo, transcrevo: “Na qualidade de médico, rotineiramente indicado para atuar como perito judicial em diversas Varas Cíveis, de várias comarcas, na região sul deste estado, venho chamar a atenção deste emérito Conselho para as respostas formuladas aos quesitos 02 e 03, do Parecer CREMERJ 57/97. Vejamos:

Quesito 02: É permitido ao médico, perito judicial, que não é Otorrinolaringologista, realizar audiometria e assinar os referidos laudos?

R= É aconselhável que a audiometria e a assinatura dos laudos correspondentes sejam realizadas por médico especializado.

Quesito 03: Existe a obrigatoriedade legal, perante aos Conselhos Federal e Regionais de Medicina que o médico tenha habilidade e especialidade para emitir e/ou realizar o referido no item anterior?

R= Não no caso específico, mas é aconselhável a observância da capacitação técnica para a emissão dos pareceres.”

O Consulente entendeu que para quesitos práticos e objetivos foram dadas respostas evasivas e duvidosas, que deixariam margem às mais diversas interpretações, especialmente na esfera judicial.

---

\* Conselheiro Relator Federal

Critica de maneira veemente o termo “aconselhável”, dizendo ser muito amplo e subjetivo.

Cita ainda a Resolução CFM nº 40/95: “O médico perito, oficial ou transitoriamente nomeado, tem inteira autonomia técnica, ética e legal para conduzir o ato pericial”. Cita ainda a Resolução CFM nº 1.475/97, que regulamenta a competência profissional para a realização dos exames audiológicos e traz, textualmente, a informação que os exames audiológicos, incluindo a audiometria, devem ser executados exclusivamente por médicos e fonoaudiólogos.

Finaliza dizendo que a dicotomização entre médico especialista e não-especialista não é o entendimento que deve prevalecer. “Médico é médico e para a solicitação, avaliação ou até mesmo realização de exames complementares não se pode distinguir um médico de outro ou até mesmo “aconselhar” outras intervenções, principalmente quando estas ferem os princípios da autonomia e liberdade do profissional no exercício de sua atividade, criando, inclusive, graves precedentes para futuras avaliações, nas diversas matérias médicas.”

O Parecer 57/97 de autoria do cons. Mauro Brandão Carneiro, tece comentários sobre perícias, peritos e as qualificações do médico perito, esclarecendo que a autonomia e liberdade do médico, no exercício de sua profissão, lhe permite opinar sobre quaisquer temas para os quais se considere apto.

#### PARECER

Este tema já foi abordado, analisado e discutido por diversas vezes no CFM sendo rica a literatura existente sobre o assunto.

Início transcrevendo a conclusão de parecer emitido pelo conselheiro Léo Meyer Coutinho em 1995, que diz:

“Qualquer que seja a subordinação hierárquica a que estiver submetido o médico perito, oficial ou transitoriamente nomeado, esta será somente administrativa. Técnica, ética e legalmente ele tem inteira autonomia e liberdade para conduzir o ato pericial, única forma de também responder com plenitude por faltas culposas ou dolosas no exercício de seu mister.”

Em outro parecer, de autoria do conselheiro Edson de Oliveira Andrade, este faz uma análise histórica sobre o surgimento das especialidades médicas, relatando que em nome de um conhecimento crescente fragmentou-se o ser humano e, assim, nasceram as especialidades.

No parecer, conclui que o conhecimento médico e os atos e procedimentos dele decorrentes são de uso amplo e irrestrito de todos os médicos, que deverão utilizá-lo com competência e responsabilidade, visando sempre o bem-estar do paciente,

e prossegue dizendo que o campo de ação de uma especialidade não constitui fronteira intransponível no universo médico. Sua superação é permitida a todos os médicos, que responderão por seus atos quando agirem com imprudência, imperícia ou negligência.

O parecer do conselheiro João Damasceno Porto segue o mesmo diapasão e conclui que a realização e interpretação de avaliação urodinâmica não é exclusividade de especialista, mas como qualquer outro ato médico poderá ser realizado e interpretado por todos os médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina.

A densidade destas conclusões e entendimentos é tanta que fica cristalino que o médico perito tem o direito de realizar todo e qualquer ato médico relacionado com a perícia, ficando responsável pelos atos executados.

### CONCLUSÃO

Os Conselhos Regionais de Medicina não exigem que um médico seja especialista para trabalhar em qualquer ramo da Medicina, podendo exercê-la em sua plenitude nas mais diversas áreas, desde que se responsabilize por seus atos e segundo a Resolução CFM nº 1.701/03, não as propague ou anuncie sem realmente estar neles registrado como especialista.

Este é o meu parecer, SMJ.

Brasília, 25 de março de 2004.

Solimar Pinheiro da Silva  
Cons. Relator

---

---

Processo-Consulta CRMPR Nº 1034/2003  
Parecer CRMPR Nº 17/2004  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 14/05/2004

---

---

# QUEM DECIDE A INDICAÇÃO DE CESARIANA?

Hélcio Bertolozzi Soares\*

Palavras-chave: cesariana, indicação, decisão, autonomia, relação médico-paciente, pedido, interesses

## WHO DECIDES ON REFERRALS FOR CAESEREAN SECTIONS?

Key words: caesarean section, referral, decision, autonomy, patient-doctor relation, request, interests

Trata o presente sobre a Consulta nº 065/2004, encaminhada pela Unimed Costa Oeste, em correspondência com o seguinte teor:

“Somos auditores da Unimed Costa Oeste – Toledo – Pr e estamos tendo alguns problemas com cesarianas. Os índices variam conforme os médicos entre 60% e 80% em relação ao total de partos. As indicações são pouco convincentes, algumas vem como indicação: à pedido da paciente ou a mesma se nega a ter parto normal, outras pacientes contactadas pela assistente social afirmam que combinaram previamente cesárea para a realização de laqueadura.

Qual a melhor conduta a ser tomada:

- Glossar estas contas?
- Cobrar da paciente a conta total?
- Pagar como parto normal e cobrar a diferença da paciente?”

Sobre o exposto temos a aduzir:

As indicações de cesarianas têm seus índices aumentados em todo o mundo. Em recente editorial de revista americana das mais conceituadas em todo o meio, da especialidade, faz estimativas de risco do parto normal para o assoalho pélvico e de suas complicações. Certamente os índices de infecção produzidos pela cesareana quando cotejadas com o parto normal superam cerca de três vezes mais aqueles do parto normal. Os estudos recentes de mortalidade materna para as cesareanas, quando indicadas em momento oportuno, tem seus valores amenizados quanto aos índices. Evidentemente, não se pode ter índices apresentados de 80% como valores de normalidade. A melhor técnica e conhecimento da realização da cesareana tem produzido maior frequência de suas indicações. A “cesárea à pedido”, motivada pela pressão do paciente e de seus familiares, acrescido da “banalização das queixas contra profissionais e da judicialização do exercício profissional”, tem aumentado de forma significativa os índices deste ato. É mister que se esclareça que este fenômeno é pertinente em todo o mundo.

---

\* Conselheiro Relator CRM/PR



Dentro da Bioética, o princípio da Autonomia pode ser abordado dentro da relação médico-paciente, conferindo dificuldade em não se atender tal propositura por parte da paciente. Fica claro que a decisão é absolutamente do médico.

Com relação às indicações para realização de laqueadura tubária, existe lei devidamente conhecida dos profissionais da área da saúde e que deve ser levada em consideração. Para tanto, anexamos a legislação ora citada.

Quanto às condutas a serem tomadas pela administração desta Cooperativa, devem as mesmas serem norteadas pelos parâmetros do bom senso e de conhecimento prévio dos Cooperados.

É o parecer,

Curitiba, 04 de março de 2004.

Hélcio Bertolozzi Soares  
Cons. Relator

---

---

Processo-Consulta CRMPR N° 065/2003  
Parecer CRMPR N° 1585/2004  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 26/03/2004

---

---

# LAUDO PERICIAL: ESPECIALISTA X NÃO-ESPECIALISTA

Wadir Rúpollo\*

Palavras-chave: perito, especialista, médico não-especialista, laudo pericial, limites, conhecimento pericial

## LEGAL EXPERT REPORT: SPECIALIST X NON-SPECIALIST

Key words: official expert, specialist, expert legal report, non-specialist physician, limits, knowledge, expert

Trata o presente sobre a consulta nº 161/2001, instaurada a partir de correspondência encaminhada a este Conselho pela Sra. Késsia Adriana Bazotti, sobre a qual passamos às seguintes considerações:

São cinco as perguntas dirigidas a este Conselho, as quais passamos a responder:

1- Pode um médico sem nenhuma especialização exercer o cargo de perito?

Por exercer o cargo de perito entende-se preencher os deveres, as funções ou obrigações inerentes a ele.

É considerado perito aquele que é sabedor ou especialista em determinado assunto e que é nomeado por uma autoridade para realizar exame ou vistoria.

O profissional a ser designado, no caso em questão, é primeiramente médico e secundariamente especialista na área e tem a função de fazer a sua avaliação do homem no seu todo, tendo para isso apoio legal no estabelecido na Lei 3268 de 30 de setembro de 1957 em seu artigo 17, que dispõe:

Art. 17 – Os médicos só poderão exercer legalmente a Medicina, em qualquer de 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.

Do exposto pode-se concluir que aquele que exerce o cargo de perito deve ser especialista, podendo, no entanto, qualquer médico ser designado por autoridade competente.

2- Médico não especialista pode questionar laudo de especialista?

A especialidade na medicina pretende determinar um maior conhecimento na área designada, o que não impede que o médico que não detém especialidade não possua os mesmos conhecimentos técnicos.

---

\* Conselheiro Relator CRM/PR

Assim sendo, a resposta é SIM, pode, desde que apresente bases científicas para tal.

3- Médico usa palavras grosseiras. Que atitude tomar?

A resposta fica prejudicada, pois deve a pergunta estar baseada em caso concreto.

4- Paciente pode solicitar outro perito?

A resposta, tal como a anterior, está baseada em caso concreto.

5- Se solicitado pelo paciente, o médico tem por obrigação dar por escrito suas colocações durante a consulta?

O artigo 59 do Código de Ética Médica determina: "É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Também o artigo 71 veda ao médico deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade de tratamento ou na alta, se solicitado.

Assim também está registrado no artigo 112 que é vedado ao médico deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou responsável legal.

É o parecer, S.M.J.

Curitiba, 10 de janeiro de 2002.

Wadir Rúpollo

Cons. Relator

---

---

Processo-Consulta CRMPR N° 9404/2001  
Parecer CRMPR N° 1388/2002  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 14/01/2002

---

---

# SERVIÇO DE INFORMAÇÕES POR TELEFONE SOBRE ASSOCIADOS DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA

Antônio Gonçalves Pinheiro\*

EMENTA - Não compete à sociedade de especialidade informar ou tornar público que só os seus associados têm credibilidade para anunciar-se como especialistas.

Palavras-chave: informação telefônica, cirurgia plástica, anúncio, título de especialista, registro

## HOTLINE FOR INFORMATION ABOUT MEMBERS OF THE BRAZILIAN ASSOCIATION FOR PLASTIC SURGERY

Key words: information hotline, plastic surgery, announcement, registration with the CRM, specialist title

O dr. A.L.M.L., médico da cidade de Teresópolis – RJ, consulta o CFM com o seguinte teor:

“A Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Estética e Reparadora disponibiliza um telefone para consulta, pelo público em geral, sobre seus associados. É lícito manter este serviço, sendo que na mídia informa-se que os não-associados (mesmo os regularmente inscritos como especialistas no CFM) não são especialistas e, por isto, devem ser evitados pelos usuários?”

Por constar somente esta curta redação, vinda por meio eletrônico, sem qualquer outra documentação, procurei entrar em contato com o sr. presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, dr. L.C.C.G., para informações sobre o assunto em tela. O dr. G. nos confirmou que a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica disponibiliza às suas Regionais, para consulta, se o médico é inscrito naquela sociedade científica. No entanto, não pode avaliar sua indicação, somente dizer se é inscrito ou não. Diz ainda que distorções aconteceram em algumas de suas Regionais, onde funcionários, sem autorização das direções, deturparam esta determinação, fazendo o que não era o objetivo, ou seja, fornecer indicações. Afirma que a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica já corrigiu estes erros, inclusive com demissão de funcionários.

Quanto ao contido na segunda parte, que na mídia informa-se que quem não pertence à Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica não é especialista e deve ser evitado, devo lembrar que a Resolução CFM nº 1.286/89, em sua cláusula sexta, determina que não será exigida condição de sócio da AMB, de sociedade de

---

\* Conselheiro Relator Federal

especialidade, ou qualquer outra, para obtenção e registro do título de especialista. Assim sendo, não compete à Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica informar ou tornar público que só os seus associados têm credibilidade para anunciar-se como especialistas e os demais devem ser evitados pelos pacientes.

Em vista da falta de documentos outros que possam subsidiar maiores digressões sobre o assunto, esta é nossa resposta.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 13 de julho de 2001.

Antônio Gonçalves Pinheiro  
Cons. Relator

---

---

Processo-Consulta CRMPR N° 3572/2001  
Parecer CRMPR N° 14/2002  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 11/01/2002

---

---

**Errata**

Comunicamos que cometemos um equívoco em "Arquivos" v. 21 - n. 84 - out/dez-2004, nas páginas 236 e 237.

Afim de evitarmos dificuldades de leitura e compreensão, estamos editando neste nº 85 o artigo correto. Pedimos desculpas pelo transtorno.

## **TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS DE DOADORES NÃO IDEAIS OU MARGINAIS**

Luiz Sallim Emed\*

**Palavras-chave:** transplante de órgãos, doadores não-ideais, órgãos marginais, conceito de não-ideal, legislação, revisão da lei, pesquisas nos não-ideais

### **ORGAN AND TISSUE TRANSPLANT FROM MARGINAL OR NON-IDEAL DONORS**

**Key words:** organ transplant, non-ideal donors, marginal organs, non-ideal concept, legislation, law revision, research on non-ideals

Tendo solicitado vistas ao PARECER N.º 001/2003, emitido pela Câmara Técnica em Transplantes de Órgãos, tenho a aduzir:

É certo que o parágrafo único do artigo 2º, da Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, dispõe que a realização de transplante ou enxertos de tecidos só poderá ser autorizada após a realização, no doador, de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação exigidos para a triagem de sangue para doação. É evidente outrossim, que esta condição existe para impedir que o receptor, que busca com o transplante a sua cura, acabe por, além de não alcançá-la, ter agravado o seu estado de saúde, pelo órgão transplantado, este então como veículo de doenças que poderão nele se manifestar. Essa é a regra e essa é a Lei.

Todavia, existem situações peculiares e especiais, em que o órgão não ideal possa vir a ser transplantado para um receptor não ideal. Quer dizer, ele, receptor, também, já portador de uma doença ou infectado por algum vírus. Um exemplo, é um doador que seja portador do Vírus da Hepatite anti-VHC positivo e, nesse caso então, de conformidade com a Lei, jamais poderia ser doador. Entretanto, se o eventual receptor fosse também portador do Vírus da Hepatite, isso não lhe agravaria esta doença, e teria, por outro lado, sobrevida maior e melhor qualidade de vida com a doação. Seria o caso típico de doação de órgão não ideal para receptor não ideal. Aliás, já existem trabalhos na literatura que demonstram que os pacientes portadores do vírus da Hepatite, que receberam órgão de doadores também com essa positividade, obtiveram uma sobrevida semelhante no pós-transplante, tanto do

\* Conselheiro Relator de Vista CRMPR

paciente, como também do enxerto a médio e longo prazo (um a cinco anos). A conclusão é que nos pacientes com cirrose pelo vírus da Hepatite C que recebem órgãos anti-VHC positivo e órgão anti-VHC negativos, tem resultados semelhantes.

A propósito, em publicação recente, na revista científica *Liver Transplantation* (Vol. 7, n.º 9, setembro de 2001, pgs. 762-768, Marroquin e colaboradores demonstram, após a análise de 96 pacientes transplantados, por cirrose secundária ao vírus da hepatite C, receptores de fígados de doadores anti-HCV positivos, que a sobrevida foi igual ou superior a aqueles pacientes receptores de fígados de doadores anti-HCV negativos.

Destarte, semelhante situação tem que ser considerada para outros tipos de patologia, embora o objetivo sempre seja proporcionar ao receptor uma melhor qualidade de vida e não lhe impor mal maior do que a sua própria doença.

O Conselho Regional de Medicina, por sua vez, como entidade defensora da ética e fiscalizadora do exercício profissional, tem o dever de normatizar situações de dilema ético e preservação da vida, ainda que para isso, interprete a lei de forma mais abrangente, sempre, é claro, em benefício do paciente.

Concordamos com o zelo registrado pela Câmara Técnica de Transplantes de Órgãos, mas impedir o transplante de órgãos não ideais ou marginais, quando em favor do doente, é reduzir as chances de sobrevida de muitos que aguardam nas filas de transplante.

Os pacientes que estão aguardando por um órgão, não tem nenhuma outra chance, exceto esperar pela morte que será inexorável e ocorrerá em maior ou menor tempo. Obedecer a letra fria da atual lei é retirar qualquer chance de vida.

De outro lado e para não permitir a banalização da utilização de doadores não-ideais, sugerimos, até que exista alteração da lei, que nas situações marginais, esse tipo de transplante possa acontecer em hospitais de ensino, com protocolos muito bem elaborados e criteriosos e com parecer favorável da Comissão de Ética em Pesquisa da instituição. O receptor ou responsável legal, deverá assinar o termo de consentimento livre esclarecido. Com o objetivo de oferecer oportunidade de vida aos cidadãos que aguardam por um transplante, sou favorável a autorização dos órgãos considerados marginais, para aqueles receptores que também são portadores do mesmo tipo de vírus.

Enfim esse tipo de transplante deverá ser autorizado apenas quando todos os critérios científicos, técnicos e éticos forem respeitados.

É o parecer de vista.

Curitiba, 30 de julho de 2004.

Luiz Sallim Emed  
Cons. Relator de Vista

---

---

**Processo-Consulta CRMPR N° 1617/2004**  
**Parecer CRMPR N°3141/2004**  
**Parecer Aprovado**  
**Sessão Plenária de 04/10/2004**

---

---

*COLEGA*

*NÃO PRESENTEIE COM  
ÁLCOOL OU TABACO.*

*SEJA CRIATIVO.*

*VOCÊ TAMBÉM É  
RESPONSÁVEL.*



# DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS EM CASO DE PACIENTE GESTANTE COM MORTE ENCEFÁLICA

Solimar Pinheiro da Silva\*

EMENTA – Paciente gestante com feto morto ou inviável, cujo diagnóstico de morte encefálica está estabelecido (Res. CFM nº. 1.480/97), é doadora de órgãos e tecidos como qualquer outro doador.

Palavras-chave: doação, morte encefálica, gestante, estado do feto

## ORGAN/TISSUE DONATION IN CASES OF A BRAIN-DEAD PREGNANT PATIENT

Key words: donation, brain death, pregnant woman, fetus state

O Departamento de Atenção Especializada/SAS/MS solicita parecer do CFM no seguinte teor:

“Senhor Presidente,

Trata o presente documento de faz enviado à Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes/DAE/SAS/MS, pelo Coordenador da Central de Notificação, Captação, Distribuição de Órgãos do Estado de Alagoas – CNCDO-AI, referente à possibilidade de autorização para doação de órgãos/tecidos, em caso de potencial doadora gestante com diagnóstico de morte encefálica.

Considerando a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº. 1.480/97 (anexa), que regulamenta os critérios para a realização de diagnóstico de morte encefálica.

Considerando que no caso da doação em vida, a gestante não poderá doar tecidos, órgãos ou partes de seu corpo, salvo da medula óssea, desde que não haja risco para a sua saúde e a do feto, conforme parágrafo 9º, Art. 15, Seção II do Decreto nº. 2.268, de 30 de junho de 1997.

Considerando os aspectos éticos e legais, inerentes à doação de órgãos/tecidos nos casos de gestantes.

Solicito a esse Conselho Federal de Medicina, parecer quanto ao assunto em tela, com a urgência que o caso requer.”

---

\* Conselheiro Relator Federal

## PARECER

O Decreto nº. 2.268/97 veda a doação de tecidos, órgãos ou partes de seu corpo, salvo de medula óssea, desde que não haja risco para a sua saúde e a do feto (parágrafo 9, art. 15, seção II do referido decreto) – isso em caso de doação em vida.

No tocante à paciente grávida com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, há que se considerar a viabilidade fetal.

No caso de feto viável, naturalmente este deve ser priorizado e a paciente não pode ser doadora antes de o mesmo ser retirado.

Caso contrato, feto morto ou inviável, a paciente gestante em nada difere de qualquer outro doador.

O diagnóstico de morte encefálica é procedimento realizado em todo o mundo praticamente da mesma maneira feita no Brasil. Caso esteja estabelecido de acordo com o que preceitua a Resolução CFM nº. 1.480/97 e se o feto está morto ou inviável, a doadora gestante em nada se diferencia de outro doador qualquer.

Este é o parecer que coloco para apreciação do Pleno.

Brasília, 12 de agosto de 2004.

Solimar Pinheiro da Silva  
Cons. Relator

---

---

Processo-Consulta CFM Nº. 2.794/2004  
Parecer CFM Nº. 29/2004  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 06/10/2004

---

---

# PRESENÇA DE RADIOLOGISTA DURANTE ATO ANESTÉSICO PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Solimar Pinheiro da Silva\*

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

Palavras-chave: tomografia, anestesia, tomografista, radiologista

## RADIOLOGIST PRESENCE DURING ADMINISTRATION OF ANAESTHESIA FOR COMPUTERIZED TOMOGRAPHY

Key words: tomography, anesthesia, tomographist, radiologist

### PARECER

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

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

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

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

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 9 de julho de 2000

Solimar Pinheiro da Silva  
Cons. Relator

---

Processo-Consulta CFM Nº. 1.973/2000

Parecer CFM Nº. 22/2000

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 24/08/2000

---

\* Conselheiro Relator Federal

Ehrenfried Othmar Wittig \*

Duas raras e bem preservadas maletas para médico parteiro, em couro liso, utilizada até a década de 1940/50. Eram grandes e especialmente confeccionadas para atender parturientes em domicílio, no período em que ainda era freqüente o parto em casa, com poucos recursos e condições. Na parte lateral (inferior) havia uma cuba cromada com material operatório simples, e duas pequenas lamparinas a álcool para esterilizar o material. A parte superior era destinada a guarda de luvas, pequenas toalhas, gases, algodão, seringas e medicamentos, injetáveis ou em pó. Era um período em que as cidades do interior dispunham de poucos hospitais e os recursos emergenciais eram limitados e o transporte precário. A dieta pós parto era de sete dias na cama com caldo de galinha.



Maleta de Médico Parteiro

Doação: Dr. Hamilton Azevedo (N).  
Dr. Amur Ferreira

Palavras-chave: maletas de médico parteiro, história da medicina  
Key words: doctor´s bag physician acoucheur, medicine history

\* 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](http://www.amp.com.org)