

ISSN 0104 - 7620
ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 23	n. 89	p. 1-56	Jan/Mar	2006
---------------------------	----------	-------	-------	---------	---------	------

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

ENDEREÇOS

CRM

Secretaria Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre
80810-340 Curitiba - Paraná - Brasil
e-mail Protocolo/Geral : protocolo@crmpr.org.br
Secretaria: secretaria@crmpr.org.br
Setor Financeiro: financeiro@crmpr.org.br
Diretoria: diretoria@crmpr.org.br
Departamento Jurídico: dejur@crmpr.org.br
Departamento de Fiscalização: defep@crmpr.org.br
Departamento de Recursos Humanos: rh@crmpr.org.br
Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos: codame@crmpr.org.br
Comissão de Qualificação Profissional: cqp@crmpr.org.br
Comissão de Atualização Cadastral de E-mails: correio@crmpr.org.br
Assessoria de Imprensa: jornal@crmpr.org.br
Biblioteca: biblioteca@crmpr.org.br
Home-Page www.crmpr.org.br
Postal Caixa Postal 2208
Telefone 0 xx 41 3240-4000
Fax 0 xx 41 3240-4001

CFM

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

TIRAGEM

16.500 exemplares

CAPA

Criação: José Oliva, Eduardo Martins e Cesar Marchesini

Fotografia: Bia

ARTE FINAL

Marivone S. Souza - (0xx41) 3338-5559

FOTOLITOS E IMPRESSÃO

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

EDIÇÃO

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

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 a 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 Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em biblioteca@crmpr.org.br ou por telefone 0xx41 240-4000.

ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

FICHA CATALOGRÁFICA

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, v. 23, n.89, 2006

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

Conselho Federal de Medicina

Resoluções em vigor 01

Em Vigor Nova Resolução Sobre a Declaração de Óbito

Resolução CFM nº 1.779/2000 03

PARECERES

Competência do Médico do Trabalho e o Atestado Ocupacional

Carlos Ehlike Braga Filho 06

Liberação de Licença Sanitária Por Médico Veterinário

Célia Inês Burgardt 07

Cobrança de Consultas Distintas Pela Prestação de Serviços Médicos Concomitantes Nas Especialidades de Ginecologia e Mastologia

Pedro Pablo Magalhães Chacel 09

Inscrição de Pessoa Física e Jurídica na Agência Nacional de Saúde Suplementar

Antônio Celso Cavalcanti de Albuquerque 12

Distribuição de Amostras Grátis

Wadir Rupollo 14

Descredenciado do SUS, Pode Continuar a Pertencer ao Corpo Clínico Hospitalar

Luís Gabriel Fernandez Turkowski 16

Paciente Psiquiátrico: Médico Plantonista Deve Fornecer Receita na Alta à Pedido

Renato S. Rocco 18

Protocolo de Acolhimento das Unidades de Saúde da Família

Rubens dos Santos Silva 20

Curso Alternativo de Medicina Quântica Não é Reconhecido

Pedro Pablo Magalhães Chacel 22

Resolução Disciplina a Inscrição e Reinscrição de Médico Por Ordem Judicial

Gerson Zafalon Martins 27

É Ética a Participação de Médico em Trabalho da Licitação Para Prestação de Seus Serviços Profissionais

Luís Gabriel Fernandez Turkowski 36

Nem Todas as Especializações Registradas no Conselho Federal Podem Ser Consideradas Modalidades de Ensino Pós-Graduação?

Silo Tadeu S. de Holanda Cavalcanti 38

Venda de Medicamentos em Supermercados

Ricardo José Baptista e Luiz Salvador de Miranda Sá Junior 40

Anestesia em Emergência de Hospital SUS e Sua Remuneração

Donizetti Dimer Giamberardino Filho 44

Estado Intersexual - Pseudo Hermafroditismo

Mauri José Piazza 47

Exame de HIV Que Resultou Positivo, Mas Paciente não Retornou Para Conhecer o Resultado

Célia Inês Burgardt 49

Uso de Desfibriladores Automáticos

Roberto Luiz d'Ávila 52

NOTAS DA IMPRENSA

Anestésitas se Negam a Executar Condenado Nos EUA

Gazeta do Povo - 22/02/06 11

Ambição e Ética

Revista Veja - Jan. 2001 54

Parecer do Cremers Diz Que Não Existe "Alta a Pedido"

Jornal do Cremers - Abril-2003 55

HISTÓRIA DA MEDICINA

Braçadeira da Cruz Vermelha Alemã / Distintivo e Símbolo da Força Expedicionária Brasileira

Ehrenfried Othmar Wittig 56

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINAResoluções em vigor
01/1957 à 1782/2005

Palavras-chave: Resoluções CFM em vigor

FEDERAL COUNCIL OF MEDICINE

Key words: CFM resolutions in effect

Número	Situação				
3/1957	Em vigor	1235/1987	Em vigor	1486/1997	Em vigor
7/1957	Em vigor	1236/1987	Em vigor	1488/1998	Em vigor
413/1969	Em vigor	1240/1987	Em vigor	1490/1998	Em vigor
440/1971	Em vigor	1243/1987	Em vigor	1492/1998	Em vigor
441/1971	Em vigor	1246/1988	Em vigor	1493/1998	Em vigor
467/1972	Em vigor	1250/1988	Em vigor	1494/1998	Em vigor
476/1972	Em vigor	1296/1989	Em vigor	1497/1998	Em vigor
608/1974	Em vigor	1327/1989	Em vigor	1498/1998	Em vigor
663/1975	Em vigor	1342/1991	Em vigor	1499/1998	Em vigor
664/1975	Em vigor	1343/1991	Em vigor	1500/1998	Em vigor
671/1975	Em vigor	1349/1992	Em vigor	1501/1998	Em vigor
672/1975	Em vigor	1352/1992	Em vigor	1530/1998	Em vigor
685/1975	Em vigor	1355/1992	Em vigor	1534/1998	Em vigor
733/1976	Em vigor	1358/1992	Em vigor	1536/1998	Em vigor
767/1977	Em vigor	1361/1992	Em vigor	1537/1998	Em vigor
788/1977	Em vigor	1362/1992	Em vigor	1541/1998	Em vigor
813/1977	Em vigor	1363/1993	Em vigor	1544/1999	Em vigor
911/1979	Em vigor	1364/1993	Em vigor	1552/1999	Em vigor
997/1980	Em vigor	1367/1993	Em vigor	1582/1999	Em vigor
1021/1980	Em vigor	1369/1993	Em vigor	1587/1999	Em vigor
1074/1981	Em vigor	1401/1993	Em vigor	1590/1999	Em vigor
1076/1981	Em vigor	1402/1994	Em vigor	1595/2000	Em vigor
1081/1982	Em vigor	1407/1994	Em vigor	1597/2000	Em vigor
1090/1982	Em vigor	1408/1994	Em vigor	1598/2000	Em vigor
1097/1983	Em vigor	1409/1994	Em vigor	1599/2000	Em vigor
1098/1983	Em vigor	1436/1994	Em vigor	1600/2000	Em vigor
1100/1983	Em vigor	1440/1994	Em vigor	1601/2000	Em vigor
1124/1983	Em vigor	1451/1995	Em vigor	1602/2000	Em vigor
1135/1983	Em vigor	1457/1995	Em vigor	1605/2000	Em vigor
1150/1984	Em vigor	1462/1996	Em vigor	1606/2000	Em vigor
1202/1984	Em vigor	1472/1997	Em vigor	1607/2000	Em vigor
1206/1985	Em vigor	1473/1997	Em vigor	1608/2000	Em vigor
1208/1985	Em vigor	1475/1997	Em vigor	1609/2000	Em vigor
1219/1985	Em vigor	1477/1997	Em vigor	1612/2000	Em vigor
1220/1985	Em vigor	1478/1997	Em vigor	1613/2001	Em vigor
1223/1985	Em vigor	1480/1997	Em vigor	1614/2001	Em vigor
1231/1986	Em vigor	1481/1997	Em vigor	1616/2001	Em vigor
		1483/1997	Em vigor	1617/2001	Em vigor

1619/2001	Em vigor	1678/2003	Em vigor	1730/2004	Em vigor
1621/2001	Em vigor	1679/2003	Em vigor	1731/2004	Em vigor
1622/2001	Em vigor	1680/2003	Em vigor	1732/2004	Em vigor
1623/2001	Em vigor	1681/2003	Em vigor	1733/2004	Em vigor
1624/2001	Em vigor	1682/2003	Em vigor	1734/2004	Em vigor
1625/2001	Em vigor	1683/2003	Em vigor	1735/2004	Em vigor
1627/2001	Em vigor	1684/2003	Em vigor	1736/2004	Em vigor
1628/2001	Em vigor	1685/2003	Em vigor	1737/2004	Em vigor
1633/2002	Em vigor	1686/2003	Em vigor	1738/2004	Em vigor
1634/2002	Em vigor	1687/2003	Em vigor	1739/2004	Em vigor
1635/2002	Em vigor	1688/2003	Em vigor	1740/2004	Em vigor
1636/2002	Em vigor	1689/2003	Em vigor	1741/2004	Em vigor
1637/2002	Em vigor	1690/2003	Em vigor	1742/2004	Em vigor
1638/2002	Em vigor	1691/2003	Em vigor	1743/2004	Em vigor
1639/2002	Em vigor	1692/2003	Em vigor	1744/2004	Em vigor
1640/2002	Em vigor	1693/2003	Em vigor	1745/2004	Em vigor
1641/2002	Em vigor	1694/2003	Em vigor	1746/2004	Em vigor
1642/2002	Em vigor	1695/2003	Em vigor	1747/2004	Em vigor
1643/2002	Em vigor	1696/2003	Em vigor	1748/2004	Em vigor
1644/2002	Em vigor	1697/2003	Em vigor	1749/2004	Em vigor
1646/2002	Em vigor	1698/2003	Em vigor	1750/2004	Em vigor
1647/2002	Em vigor	1699/2003	Em vigor	1751/2004	Em vigor
1648/2002	Em vigor	1700/2003	Em vigor	1752/2004	Em vigor
1649/2002	Em vigor	1701/2003	Em vigor	1753/2004	Em vigor
1650/2002	Em vigor	1702/2003	Em vigor	1754/2004	Em vigor
1651/2002	Em vigor	1703/2003	Em vigor	1756/2004	Em vigor
1652/2002	Em vigor	1704/2003	Em vigor	1757/2004	Em vigor
1653/2002	Em vigor	1705/2003	Em vigor	1758/2005	Em vigor
1654/2002	Em vigor	1706/2003	Em vigor	1759/2005	Em vigor
1655/2002	Em vigor	1707/2003	Em vigor	1760/2005	Em vigor
1656/2002	Em vigor	1708/2003	Em vigor	1761/2005	Em vigor
1657/2002	Em vigor	1709/2003	Em vigor	1762/2005	Em vigor
1658/2002	Em vigor	1710/2003	Em vigor	1763/2005	Em vigor
1659/2003	Em vigor	1711/2003	Em vigor	1764/2005	Em vigor
1660/2003	Em vigor	1712/2003	Em vigor	1765/2005	Em vigor
1661/2003	Em vigor	1713/2003	Em vigor	1766/2005	Em vigor
1662/2003	Em vigor	1714/2003	Em vigor	1767/2005	Em vigor
1663/2003	Em vigor	1715/2004	Em vigor	1768/2005	Em vigor
1664/2003	Em vigor	1716/2004	Em vigor	1769/2005	Em vigor
1665/2003	Em vigor	1717/2003	Em vigor	1770/2005	Em vigor
1666/2003	Em vigor	1718/2004	Em vigor	1771/2005	Em vigor
1667/2003	Em vigor	1719/2004	Em vigor	1772/2005	Em vigor
1668/2003	Em vigor	1720/2004	Em vigor	1773/2005	Em vigor
1669/2003	Em vigor	1721/2004	Em vigor	1774/2005	Em vigor
1670/2003	Em vigor	1722/2004	Em vigor	1775/2005	Em vigor
1671/2003	Em vigor	1723/2004	Em vigor	1776/2005	Em vigor
1672/2003	Em vigor	1724/2004	Em vigor	1777/2005	Em vigor
1673/2003	Em vigor	1725/2004	Em vigor	1778/2005	Em vigor
1674/2003	Em vigor	1726/2004	Em vigor	1779/2005	Em vigor
1675/2003	Em vigor	1727/2004	Em vigor	1780/2005	Em vigor
1676/2003	Em vigor	1728/2004	Em vigor	1781/2005	Em vigor
1677/2003	Em vigor	1729/2004	Em vigor	1782/2005	Em vigor

EM VIGOR NOVA RESOLUÇÃO SOBRE A DECLARAÇÃO DE ÓBITO

CFM*

Palavras-chave: declaração de óbito, resolução nº 1779/2000 (óbito), atestado, preenchimento de óbito, responsabilidade médica, serviço de verificação de óbito, paciente ambulatorial, paciente internado, morte natural, morte encefálica

NEW RESOLUTION ENACTED REGARDING STATEMENT OF DEATH

Key words: statement on death, resolution nº 1779/2000 (death), certificate, fill in death, medical responsibility, death control service, outpatient, inpatient, natural death, brain death

O Conselho Federal de Medicina aprovou dia 11/11/05 a Resolução nº 1.779/05 (publicada no Diário Oficial da União de 5 de dezembro deste ano), que regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito e revoga a Resolução CFM n. 1601/2000.

Confira a íntegra da Resolução:

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.

* Conselho Federal de Medicina.

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

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

CONSIDERANDO que Declaração de Óbito é parte integrante da assistência médica;

CONSIDERANDO a Declaração de Óbito como fonte imprescindível de dados epidemiológicos;

CONSIDERANDO que a morte natural tem como causa a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que diretamente causaram o óbito;

CONSIDERANDO que a morte não-natural é aquela que sobrevém 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 sessão plenária realizada em 11 de novembro de 2005,

RESOLVE:

Art. 1º O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte.

Art. 2º Os médicos, quando do 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 (SVO):

A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do SVO;

b) Nas localidades sem SVO :

A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento; na sua ausência, por 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 ao paciente.

b) A Declaração de Óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida 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 fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo SVO;

d) A Declaração de Óbito do paciente em tratamento sob regime domiciliar (Programa Saúde da Família, internação domiciliar e outros) deverá ser fornecida

pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, ou pelo SVO, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente.

2) Morte fetal:

Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito 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. Nas localidades onde existir apenas 1 (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 1.601/00.

Brasília-DF, 11 de novembro de 2005

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Lívia Barros Garção
Secretária-Geral

Resolução CFM nº 1.779/2000
Resolução Aprovada
Sessão Plenária de 11/11/2005
Publica em D.O.U. de 05/12/2005

COMPETÊNCIA DO MÉDICO DO TRABALHO E O ATESTADO OCUPACIONAL

Carlos Ehlke Braga Filho*

Palavras-chave: competência, médico do trabalho, atestado ocupacional, cobrança de honorário, especialidade na cidade

COMPETENCY OF OCCUPATIONAL PHYSICIAN AND THE OCCUPATIONAL CERTIFICATE

Key words: competency, occupational physician, occupational certificate, billing of honorarium, specialty in the city

Trata o presente sobre a Consulta nº 028/02, instaurada a partir de correspondência encaminhada a este Conselho pelo Dr. L.J.B, CRMPR 6110, médico do estado do Paraná, questionando a respeito da competência na realização de exames de Medicina do Trabalho e fornecimento de atestado de saúde ocupacional. Pergunta também se caracteriza infração ética a cobrança de atestado de saúde ocupacional em torno de R\$ 10,00.

Do exposto, podemos aduzir que a realização de exame na área de Medicina do Trabalho e fornecimento de atestado de saúde ocupacional, nas localidades onde exista médico do trabalho com título de especialista é competência do médico do trabalho, apenas nas cidades onde não existe especialista na área, poderá qualquer outro médico realizar tais exames e fornecer o respectivo atestado. Quanto a cobrança de honorários relativo a exames de saúde ocupacional, é um critério estabelecido entre o médico e o seu empregador.

É o parecer.

Curitiba, 10 de maio de 2002.

Carlos Ehlke Braga Filho

Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR Nº. 028/2002
Parecer CRMPR Nº. 1420/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 27/05/2002

* Conselheiro Relator CRMPR.

LIBERAÇÃO DE LICENÇA SANITÁRIA POR MÉDICO VETERINÁRIO

Célia Inês Burgardt*

Palavras-chave: inspeção sanitária, licença sanitária, médico veterinário, médico, fiscalização responsável

GRANTING OF SANITARY LICENSE BY VETERINARIANS

Key words: sanitary inspection, sanitary license, veterinary doctor, physician, responsible inspection

Por meio da **Portaria nº 001/2002 – DEFEP**, fomos designados a emitir parecer sobre a consulta realizada pelo Dr. O.B.J.

A consulta nos foi realizada nos seguintes termos:

“...

Verificando os documentos que compõem o cadastro dos prestadores (hospitais, clínicas, etc.), fiquei curioso e bastante preocupado ao verificar que o Chefe de Serviço de Saúde Ambiental, responsável pela liberação da Licença Sanitária, da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba é médico, porém, veterinário.

O CRMPR possui um departamento de fiscalização e gostaria de saber se não há conflito entre as partes.

Achei na internet um documento (anexo) em que o Sinduscon já emitiu sua preocupação (página 6 do anexo).

A Resolução CFM, número 1627/2001, em sua página de número 5, letra J, cita “planejamento”, execução, controle, supervisão e auditoria de serviços médico-sanitários oficiais ou privados.

Gostaria de saber da validade do documento da Secretaria de Saúde.

* Conselheira Relatora CRMPR.

Sobre esta consulta temos a aduzir:

A Licença Sanitária é um documento pelo qual há a confirmação de que o estabelecimento, no caso, serviços de saúde, dispõe das condições necessárias e seguras para seu funcionamento.

Esta Licença origina-se a partir do momento de uma inspeção realizada por equipe multiprofissional, que utiliza um instrumento de avaliação que contempla desde a área física, às questões legais e principalmente as de operacionalização do Serviço.

Na Licença Sanitária, consta a assinatura do Coordenador deste trabalho, que representa toda a equipe técnica.

Desta forma, entendemos não haver conflito sobre qual o profissional que ocupa o Cargo de Coordenador, visto que o aval para se obter a Licença Sanitária só pode ocorrer quando o Serviço de Saúde preenche todos os requisitos solicitados no roteiro de Inspeção.

É o parecer.

Curitiba, 30 de janeiro de 2002.

Célia Inês Burgardt
Cons^ª. Relatora

Processo-Consulta CRMPR N°. 11752/2001
Parecer CRMPR N°. 1398/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 04/02/2002

COBRANÇA DE CONSULTAS DISTINTAS PELA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS CONCOMITANTES NAS ESPECIALIDADES DE GINECOLOGIA E MASTOLOGIA

Pedro Pablo Magalhães Chacel*

EMENTA: A consulta médica é única e indivisível e deve ser a mais abrangente possível, não sendo admissível a cobrança dupla diante de uma condição em que o exame faz parte de uma conduta lógica na busca do diagnóstico.

Palavras-chave: consulta médica, cobrança dupla, exame ginecológico e mastologia

BILLING FOR DIFFERENT CONSULTATIONS FOR SERVICES RENDERED, BY PHYSICIANS WITH CONCOMITANT SPECIALTIES IN GYNECOLOGY AND MASTOLOGY

Key words: medical consultation, double billing, gynecological exam and mastology

A dra. T.M.B.T. solicitou parecer do Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe, onde pergunta se é lícita a cobrança de consultas distintas pela prestação de serviços médicos concomitantes nas áreas de ginecologia e mastologia.

Não satisfeita com a resposta dada por aquele Conselho, que não responde a seus interesses, solicita reconsideração da posição do Cremese, que encaminhou a consulta a este Conselho Federal.

Alega que os avanços científicos e tecnológicos têm aumentado progressivamente o campo de trabalho médico, com tendência a determinar o surgimento de novas especialidades. A Resolução CFM nº 1.634, de 11/4/2002, reconhece a ginecologia e obstetrícia (numeral 21 – D.O.U.) e a mastologia (com o numeral 25, sem área de atuação) como especialidades totalmente distintas.

Adotando esta diferença a partir desta data, a confecção da lista de procedimentos hierarquizados da AMB coloca em cirurgia da parede torácica (pág.55) os procedimentos da mastologia e em capítulo separado (pág. 107) - sistema genital e reprodutor feminino - a especialidade ginecologia.

Pergunta se a mastologia tem características próprias e hierarquia para ser diferente da ginecologia? Explica que a AMB reconhece que sim, didaticamente lembrando ao Conselho alguns itens dessa diferenciação.

* Conselheiro Relator Federal.

Entende que a abordagem do interrogatório e exame clínico tem um enfoque integral voltado para a medicina interna e a clínica, mais do que para a ginecologia.

Registra que nos quadro da mastologia existem médicos cancerologistas, cirurgias gerais, cirurgias de tórax e não necessariamente ginecologistas, contrariamente, segundo a consulente deixa transparecer, à conclusão dos relatores em nível regional.

Explica que a consulta foi motivada pela maneira com que a diretoria da Unimed tem se arvorado do poder financeiro que exerce sobre a classe médica, e mesmo sem ouvir o cooperado os seus órgãos técnicos (Ascoop/Conselho Técnico/Conselho Deliberativo) encaminham processos punitivos, sanções administrativas e cortes de produção financeira.

Finaliza esperando que o Conselho fiscalize a postura da Unimed, que cada vez mais se aproxima de um plano de saúde aviltante do que de uma cooperativa em favor dos médicos (fls. 3 a 6).

As fls. 8 a 10, trazem um texto do relatório elaborado pelos conselheiros do Cremese, drs. J.R.S. e J.C.A.B., onde fazem considerações sobre a propedêutica mamária, entendendo ser pacífico que esta faz parte integrante do exame ginecológico, a despeito da sintomatologia que motivou a consulta médica. Discorrem sobre a técnica do exame mamário e concluem “que a especialidade de mastologia habilita ainda mais o profissional médico a realizar o exame físico mamário, porém, como já se insere na propedêutica do exame ginecológico, entendemos, salvo melhor juízo, que não deve ser remunerado duplamente pelos serviços médicos prestados.”

A dra. T.M.B.T. encaminha correspondência ao CFM contestando o parecer do Cremese e solicitando que o conselheiro R.O.N.T. se abstenha de avaliação de sua consulta no CFM, devido a existir processo judicial do dr. C.J.B.T., seu irmão, tramitando na Justiça, no qual o dr. R. está citado como testemunha (fls. 13).

A dra. T.M.B.T. junta à consulta extensa bibliografia a respeito de ginecologia e obstetrícia e mastologia.

O exercício da profissão de médico está autorizado aos que se graduaram em Medicina. Não depende da especialização. Quando o paciente busca um especialista, este é procurado para atender a uma consulta médica.

Uma consulta médica obedece a diversos quesitos, quais sejam: identificação; queixas; anamnese; exame físico; solicitação de exames complementares; execução de outros procedimentos; diagnóstico e terapêutica. Em algumas situações, a consulta, com todos os quesitos citados, é feita sem uma queixa específica, com o sentido de avaliar o estado hígido - e não para tratamento de doenças.

A consulta médica deve ser a mais abrangente possível. É claro que não se espera que um ginecologista faça um exame neurológico, mas é também claro que se espera de um pneumologista um exame cardiológico, ainda que sucinto. Está claro que um ginecologista, ao proceder a um exame ginecológico e observar, por exemplo, uma eczematização na região ingüinal de uma paciente deverá tratá-la se sentir-se capaz para tal, já que está autorizado por sua condição de médico, ou encaminhar a paciente para tratamento com um especialista, mas não poderá ignorar

sua existência, nem deixar de apontá-la na descrição do exame físico. Ao proceder o exame, este mesmo ginecologista poderá, se considerar indicado, realizar um procedimento como, por exemplo, uma colposcopia, cobrando pelo procedimento. Da mesma forma, feito um exame de mamas, será cobrado como procedimento a parte uma punção de cisto mamário ou uma biópsia.

A colega confunde a consulta com o procedimento. Entendo que a consulta é um procedimento; procedimentos complementares porventura necessários serão cobrados especificamente. A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos também estabelece a consulta como um procedimento.

Entendo, como os relatores da consulta respondida em Aracaju, que não há justificativa para a cobrança de uma segunda consulta e que a não-realização do exame expõe o médico a ser indiciado por desobediência ao artigo 57 do CEM, além de outros riscos judiciais.

É o parecer, S.M.J.

Brasília-DF, 10 de novembro de 2004.

Pedro Pablo Magalhães Chacel
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM Nº. 4211/2004
Parecer CFM Nº. 34/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 10/11/2004

ANESTESISTAS SE NEGAM A EXECUTAR CONDENADO NOS EUA

A execução do hispânico Michael Morales, que estava prevista para ontem, na Califórnia, foi adiada: os dois anestesistas designados para participar da aplicação da pena máxima se recusaram a aplicar a injeção letal, alegando razões de ética médica. Com a recusa, Morales, que foi condenado por estupro e assassinato em 1981, ganhou mais algum tempo de vida.

Publicado na Gazeta do Povo em 22/02/06

INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA E JURÍDICA NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Antônio Celso Cavalcanti de Albuquerque*

Palavras-chave: Agência Nacional de Saúde Suplementar, inscrição física e jurídica, fiscalização de operadoras

REGISTRATION OF ORGANIZATIONS AND INDIVIDUALS IN THE NATIONAL SUPPLEMENTARY HEALTH AGENCY

Key words: National Supplementary Health Agency, individual and organizational registration and legal inspection of operators

A Fundação SANEPAR da cidade de Maringá formula consulta a este Conselho, por intermédio da Delegacia daquela cidade, indagando quanto a Resolução Normativa n.º 54, de 28/11/2003, expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Pergunta então, instado pelo médico R. N., se ele, já estando inscrito no Conselho Regional de Medicina, tanto como pessoa física como também, a sua jurídica, se existe ainda a obrigatoriedade de inscrição perante a ANS. Informa que o CREMESP manifestou-se contrário.

Isto posto tenho a aduzir:

A Lei n.º 9961, de 28/01/2000, que criou a ANS, no inciso II, de seu artigo 4º, estabelece:

Artigo 4º, compete a ANS:

II – Estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras.

E no artigo 10, inciso II, dispõe também que compete a Diretoria colegiada editar normas sobre matérias de competência da ANS.

Ora, a finalidade da ANS, conforme se depreende de seu Artigo 1º, é de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

* Consultor Jurídico CRMPR.

Destarte, a Resolução em questão pretende apenas estabelecer os requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos, firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde, e prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais.

Para cumprir o seu mister, impossível que a ANS não tenha conhecimento de quem são esses prestadores de serviço. É preciso portanto, que as operadoras de saúde prestem essas informações, quer sejam de pessoas físicas ou jurídicas. Aliás, verifica-se inclusive pela Resolução Normativa em questão e pela própria Lei n.º 9961, que as normas ali estabelecidas, virão beneficiar os prestadores de serviços, sejam médicos, clínicas ou hospitais. Tanto que nas alíneas C e D, inciso VII, do artigo 2º da referida Resolução, determina-se que as operadoras de saúde são obrigadas, nos contratos que firmarem com os prestadores, estabelecendo os critérios para reajuste dos honorários, sua forma e periodicidade.

Nessa toada, entendo como profícua a Resolução, que aliás veio tão somente regulamentar o que já previa a Lei n.º 9961. Afinal a ANS não pode cumprir integralmente seus objetivos se não deter um cadastro de todos os prestadores de serviços das operadoras de saúde, conhecendo inclusive, as normas contratuais fixadas nos contratos firmados.

Por outro lado, não entendo que essa atividade possa vir a interferir nas atribuições dos Conselhos de Medicina, que são por excelência Tribunais Éticos e consequentemente fiscalizadores do exercício da profissão, no que concerne a essa particularidade. No meu entender, a ANS vai fiscalizar as operadoras de saúde e não o exercício da Medicina de seus contratados, e se o fizer eventualmente, para cumprimento de suas atribuições, não poderá tomar qualquer atitude, salvo comunicar ao CRM a irregularidade constatada, sob pena de extrapolar suas funções legais.

Por fim, não verifiquei no texto da Resolução, qualquer dispositivo que determine o recolhimento de taxas por parte dos prestadores de serviços.

É o parecer.

Curitiba, 12 de maio de 2004.

Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque
Consult. Jurídico

Processo-Consulta CRM/PR N° 112/2004
Parecer CRM/PR N.º 1593/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 31/05/2004 N° 1.582

DISTRIBUIÇÃO DE AMOSTRAS GRATUITAS

Wadir Rupollo*

Palavras-chave: amostra grátis, distribuição, registro na anvisa, serviço de vigilância sanitária, ética

DISTRIBUTION OF FREE SAMPLES

Key words: free sample, distribution, registration in Anvisa, service of sanitary surveillance, ethics

Trata o presente sobre a Consulta n.º 085/2001, efetuada pelo médico A. M. M. e pelo pastor F. A. M. S., com o seguinte teor:

“...

Solicito parecer sobre:

a- Se incorro em alguma infração ética, na distribuição gratuita dos medicamentos da Alemanha

b- se incorro em alguma infração ética, na distribuição gratuita de amostras dos medicamentos nacionais

c- se há algum impedimento legal, na distribuição destes medicamentos, tanto os nacionais quanto os da Alemanha.

...”.

O atendimento prestado pelo médico é um trabalho missionário ligado à Igreja Presbiteriana e realizado gratuitamente.

Ao primeiro questionamento temos a lembrar que todo e qualquer medicamento a ser usado no país, deve ter sua fiscalização e aprovação determinada pelo Serviço de Vigilância Sanitária.

Se os medicamentos providos da Alemanha cumprirem as exigências nacionais, eles poderão ser distribuídos, desde que seja garantido a continuidade do tratamento.

Ao segundo questionamento podemos responder que não se caracteriza infração ética a distribuição de amostras grátis, quando realizadas para pessoas carentes e de forma gratuita.

* Conselheiro Relator CRMPR. †

O terceiro questionamento tem sua resposta perfeitamente embutida nas duas anteriores.

É o parecer.

Curitiba, 24 de outubro de 2001.

Wadir Rupollo
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR N°. 085/2001
Parecer CRMPR N°. 1386/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 14/01/2002

*“O critério ético
se adquire por
meio da reflexão
sobre o valor do
bem e do mal.”*

DESCREDENCIADO DO SUS, PODE CONTINUAR A PERTENCER AO CORPO CLÍNICO HOSPITALAR

Luís Gabriel Fernandez Turkowski*

Palavras-chave: descredenciado do SUS, corpo clínico hospitalar, atuação hospitalar

HAVING BEEN DISACCREDITED WITH SUS (UNIVERSAL MEDICAL CARE), CAN HE OR SHE CONTINUE TO BE PART OF THE HOSPITAL CLINICAL STAFF?

Key words: disaccredited at SUS, hospital clinical staff, hospital performance

Trata-se de consulta formulada pelo Dr. A.P.O.E., acerca das possíveis implicações de seu descredenciamento ao S.U.S., através de cinco perguntas que respondo à medida que forem transcritas:

1- Na hipótese de vir a descredenciar-me do S.U.S. poderei continuar a fazer parte do corpo clínico do hospital, atendendo somente pacientes particulares e/ou de outros convênios que não o S.U.S.?

RESPOSTA: Sim. A atuação de profissional médico dentro do corpo clínico de um hospital será norteada pelo Regimento Interno do Corpo Clínico, elaborado de maneira criteriosa conforme Resolução CFM nº1.481/97, onde devem estar claramente expressos os deveres e direitos dos médicos e dos dirigentes das instituições prestadoras de assistência médica, visando garantir o exercício ético da Medicina.

2- Em caso de descredenciar-me do S.U.S., como proceder em casos de urgência/emergência, já que o hospital é conveniado ao S.U.S.?

RESPOSTA: Casos de urgência/emergência, na ausência de outro profissional médico, obriga ao atendimento do paciente, independente se da rede pública, de convênio médico ou particular. Cabe definir melhor o que é considerado urgência/emergência. Para isso, transcrevo Ordem de Serviço nº INAMP/SMS - 43.8, de 7 de abril de 1980, nos seguintes termos: Caracterização de urgência

“1 - Para que as situações de urgência sejam caracterizadas, é preciso que se realize o ato médico indispensável, entendendo-se como tal o atendimento de um paciente pelo médico, para fins de exame, diagnóstico, tratamento e orientação.

2 - Nas urgências médicas, apresentam-se duas situações:

a) as de emergência, nos quais há risco de vida iminente, determinado por acontecimentos perigosos e fortuitos, inesperados, imprevisíveis, que exijam diagnóstico e terapêutica imediatos;

* Conselheiro Relator CRM/PR.

b) a urgência propriamente dita, em que ocorre estado patológico de súbita instalação, sem que haja risco de vida iminente, mas que necessita de pronto atendimento médico.”

Segundo a Comissão Especial de 1972 da Associação Americana de Hospitais, emergência “é qualquer condição que - na opinião do paciente, de sua família, ou quem assumir a responsabilidade de trazer o paciente ao hospital - necessite de assistência médica imediata. Esta condição perdurará até que um profissional de saúde determine que a vida do paciente não está mais em perigo.”

Em conclusão diremos que o exame médico direto e iminente é a única forma de diagnosticar a urgência ou emergência, partindo daí a conduta do profissional.

3-Sendo necessário o atendimento nos casos relatados no item anterior, para eu poder recusar tal atendimento tenho que deixar de fazer parte do corpo clínico deste hospital?

RESPOSTA: A questão se esvai na anterior. Tais casos não podem ter seu atendimento recusado. Uma alternativa seria a determinação prévia no seu município de que casos semelhantes não sejam encaminhados para seu hospital, e sim para outro que tenha profissional habilitado para tal atendimento. Em casos de procura direta, o primeiro atendimento deve ser realizado por médico socorrista presente com posterior, encaminhamento ao serviço referenciado.

4-Pode o Ministério Público obrigar-me a esse atendimento mesmo não mais sendo credenciado ao S.U.S.?

RESPOSTA: Caso o paciente tenha uma alternativa viável de atendimento que não adicione riscos ao seu estado já comprometido, não vejo motivo para o Ministério Público determinar a obrigatoriedade de atendimento por determinado profissional. Caso você seja a única alternativa de atendimento e constate pessoalmente a urgência /emergência, conduza o caso de maneira que o paciente não tenha riscos adicionais aos da própria morbidade.

5-Para descredenciar-me do S.U.S., basta uma comunicação por escrito? Tenho que dar algum prazo?”

RESPOSTA: Comunicar por escrito ao Diretor Clínico do Hospital e ao responsável direto pelo plantão (chefia ou responsável pelos plantonistas). Não há tempo definido. Em analogia com o direito trabalhista, acreditamos que o mínimo de trinta dias é necessário para que se permitam medidas administrativas, sem prejuízo à Instituição.

É meu parecer.

Londrina, 17 de Julho de 2.004

Luís Gabriel Fernández Turkowski
Delegado Colaborador CRMPR

Processo-Consulta CRMPR N°. 033/2004

Parecer CRMPR N°. 1605/2004

Parecer Aprovado da Câmara de Ética e Julgamento I

Sessão Plenária de 16/07/2004 n° 1602

PACIENTE PSIQUIÁTRICO: MÉDICO PLANTONISTA DEVE FORNECER RECEITA NA ALTA À PEDIDO

Renato S. Rocco*

Palavras-chave: paciente psiquiátrico, médico plantonista, alta a pedido, fornecimento de receita

PSYCHIATRIC PATIENT: DOCTOR ON DUTY SHOULD PROVIDE PRESCRIPTION AT DISCHARGE UPON REQUEST

Key words: psychiatric patient, physician on call, discharge on request, providing prescriptions

O diretor clínico do HEPBR, Dr. A. S., formula consulta a este Conselho, indagando acerca da obrigatoriedade de se confeccionar receita para paciente que recebe alta a pedido, por parte de familiares, enfocando a questão mais especificamente quanto à posição do médico plantonista (quando o fato ocorre sem a presença do médico assistente).

À questão, temos a oferecer as seguintes considerações:

Conquanto a questão considere estritamente o aspecto de tratamento psiquiátrico hospitalar, onde confluem uma série de fatores e considerações específicas (multidisciplinaridade, etc.), há que se considerar o caráter eminentemente médico do atendimento, aspecto este em que a psiquiatria não difere de outras especialidades. Desta forma, o modelo clínico-terapêutico que fundamenta o tratamento em psiquiatria é essencialmente análogo ao das outras áreas da medicina, importando assim, no mesmo grau de responsabilidade do profissional médico. No que tange ao tratamento psiquiátrico, trata-se evidentemente, do quadro agudo ou sub-agudo que demanda monitoramento específico e supervisão integral.

Concluímos dessa forma que a alta a pedido caracteriza interrupção do tratamento, não cabendo ao médico plantonista responsabilizar-se pela continuidade de um esquema terapêutico demandador de supervisão em regime integral. Contudo,

* Conselheiro Relator CRM/PR.

orientações acerca de particularidades do caso, ou acerca da medicação de continuidade devem ser prestadas, de acordo com particularidades do caso.

É o parecer.

Curitiba, 21 de maio de 2001

Renato Rocco
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR Nº. 015/2001
Parecer CRMPR Nº. 1377/2001
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 10/12/2001, nº 1297

**DEPOIS
NÃO DIGA
QUE NÃO SABIA**

Leia e Arquive

**“Arquivos do
Conselho Regional
de Medicina
do Paraná”**

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Rubens dos Santos Silva*

EMENTA: Não é concebível a modificação do atendimento à saúde da população para um modelo onde se confundam as atividades dos diversos profissionais envolvidos na assistência, o que acarretaria descaracterização das prerrogativas de cada profissão e diluiria a responsabilidade dos membros da equipe.

Palavras-chave: saúde da família, protocolo de atendimento, Secretaria Municipal de Joinville, qualidade de atendimento

RECEIVING PROTOCOL FOR FAMILY HEALTH UNITS

Key words: family health, care protocol, Joinville Municipal Secretariat, quality of care

O Poder Público municipal de Joinville-SC, por sua Secretaria Municipal de Saúde, encaminhou ao CFM o Ofício nº 1.354/03, no qual mostra-se inconformado com o entendimento expresso no parecer CRM-SC nº 1103/2003, de autoria do conselheiro Roberto d'Ávila e aprovado pelo plenário, contrário à implantação e funcionamento de um "Protocolo de Acolhimento das Unidades de Saúde da Família" naquele município, e solicita interveniência do Conselho Federal de Medicina.

Inicialmente, considero descabido o pedido de "interveniência" ao CFM sobre parecer da lavra do conselheiro, aprovado por seu Conselho Regional de Medicina; a "interveniência" consta no ofício da Secretaria de Saúde de Joinville no sentido de recurso, para reformar, modificar e anular os efeitos que o referido parecer provoca. Ocorre que não vejo como o CFM possa alterar ou anular o que um conselheiro de um CRM produz e o seu plenário aprova como a posição daquela Casa; não vejo instâncias diferentes no pensar e normatizar de CRM e CFM, não há recurso de parecer, não se apela de uma opinião orientadora da conduta de médicos saída de um CRM, o CFM não pode julgar um parecer de CRM. Não podemos aceitar que as normas emanadas de um CRM, como pareceres, resoluções, portarias, para obediência na sua jurisdição estadual, venham a depender de sanção ou homologação do CFM, pois isso tiraria a autonomia do CRM e até o inibiria em sua atividade normatizadora. Mas o CFM foi provocado e não será acusado de omissão, mesmo nesta singularidade.

* Conselheiro Relator Federal.

Alega a Secretaria Municipal da Saúde de Joinville que o conselheiro Roberto d'Avila usou de "expedientes pouco recomendáveis", usando termos inadequados, considerações insuficientemente fundamentadas e não baseadas em evidências técnicas e profissionais, mas sim baseadas apenas em papéis enviados com o claro intuito de denegrir o protocolo implantado, bem como os profissionais que nele atuam, sem qualquer crítica construtiva e muito menos com visitas para constatar as alegações ou inverdades maldosamente colocadas.

Ora, o conselheiro não poderia ter agido de outra forma, pois não foi convidado a visitar as unidades de saúde mas sim designado por seu Conselho a emitir parecer sobre um assunto do qual recebeu e tomou conhecimento através de papéis, documentos que a própria secretaria afirma ter enviado.

No protocolo encontramos:

a) Reorganizar o processo de trabalho de forma que este desloque seu eixo central do médico para a equipe multiprofissional;

b) Envolver o profissional auxiliar de enfermagem na assistência direta ao usuário, para romper a lógica do isolamento entre os procedimentos técnicos e o processo de atenção em sua integralidade, fornecendo orientações e redirecionando a demanda para os programas oferecidos;

c) Todos os usuários que procurarem a USF deverão ser recebidos e ouvidos por um dos seguintes profissionais que estiver disponível no momento: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou ASP, sendo avaliados por médico ou enfermeiro;

d) O acolhimento coletivo será feito com todos os participantes da equipe presentes, com cada um profissional fornecendo orientações;

e) Acolhimento individual – realizado pelo profissional disponível no momento (médico, enfermeiro, auxiliar ou ASP);

f) Triagem rápida – Seleção dos usuários realizada pelo médico e enfermeiro, com suporte do auxiliar de enfermagem, ASP e ASC.

Tais critérios para o atendimento objetivam, segundo a Secretaria de Saúde, acabar com as filas e com a exclusão de pessoas que têm dificuldade para chegar cedo às unidades, pois muitos destes podem ser atendidos por outro membro da equipe e serem agenciados para o médico em outra data.

No mérito, comungo do entendimento expresso no parecer do conselheiro Roberto d'Avila e adoto, por empréstimo, as suas palavras: "(...) O objetivo continua cristalino: descaracteriza o atendimento médico, (...) fornece um atendimento precário em troca da diminuição das filas, e voto pela rejeição do 'Protocolo de Atendimento'".

É o parecer, S.M.J.

Brasília, 1º de setembro de 2004.

Rubens dos Santos Silva
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º. 227/2004
Parecer CFM N.º. 28/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 06/10/2004

CURSO ALTERNATIVO DE MEDICINA QUÂNTICA NÃO É RECONHECIDO

Pedro Pablo Magalhães Chacel*

Palavras-chave: medicina quântica, medicina alternativa, curso, não reconhecimento, registro, Instituto Brasileiro de Medicina Quântica, inexistência de curso alternativo

ALTERNATIVE COURSE ON QUANTUM MEDICINE NOT RECOGNIZED

Key words: quantum medicine, alternative medicine, course, non recognition, record, Brazilian Institute of Quantum Medicine, nonexistence of alternative course

Este Conselho recebeu solicitação da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, para que tomasse conhecimento, examinasse e se manifesta-se sobre a regularidade do Instituto Brasileiro de Medicina Quântica.

Tal solicitação deveu-se a ofício encaminhado pelo sr. procurador geral de Justiça do Ministério Público do Estado de São Paulo ao Excelentíssimo senhor doutor José Serra, Ministro da Saúde.

O sr. procurador anexa o pedido contido no Ofício nº 963/99, oriundo do Grupo de Atuação Especial da Saúde Pública e da Saúde do Consumidor, subscrito pelo doutor Alexandre de Moraes, Digníssimo Promotor de Justiça.

Trata-se de representação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, objetivando apurar o exercício ilegal da medicina por parte do Instituto Brasileiro de Metodologia Quântica.

O CREMESP realizou vistoria no Instituto Brasileiro de Metodologia Quântica, de responsabilidade do prof. dr. V.J.F.M.

Através da citada diligência, o CRM. concluiu que:

1 – No local vistoriado funciona um laboratório para realização de análise mineralógica de amostras de cabelo;

* Conselheiro Relator Federal

2 – No local são ministrados cursos sobre Medicina Quântica, principalmente dirigidos a médicos que trabalham com medicina ortomolecular;

3 – Embora o Dr. V.J.F.M. afirme que é médico, não conseguiu definir bem o curso que fez na Faculdade de Ciências Médicas da extinta Universidade do Brasil, no Rio de Janeiro;

4 – Não foi mostrado nenhum documento que indique ser o Dr. V. médico, na medida que informou que perdeu seu diploma e que não tem registro no CREMERJ, o que confirmaram através de consulta telefônica naquele Conselho;

5 – O Dr. V. foi registrado no CRPM (Conselho Regional de Pesquisadores Médicos) sob nº 6257- RJ, sendo que há doze anos não houve renovação do registro;

6 – O Dr. V. esclareceu ao CRM que não atua como médico no local vistoriado e que quando precisa de serviços médicos solicita os serviços de seu amigo Dr. E.L.R.;

7 - Além disso apurou-se que o Dr. V. ministra um curso no local para médicos e engenheiros sobre Medicina Quântica, existindo ainda no local um laboratório para análise mineralógica de amostras de cabelo. O Dr. V. realiza o exame e envia o resultado para o médico solicitante, acompanhado de sugestões de tratamento onde sugere quais os medicamentos que podem ser prescritos e o médico segue a orientação que quiser.

Devidamente oficiado a manifestar-se sobre a representação o Instituto Brasileiro de Medicina Quântica esclareceu que o IBMQ não é um estabelecimento hospitalar, nem uma clínica e portanto não possui instalações que possam ser empregadas em qualquer dos dois sentidos como pode ser verificado por estar instalado em um prédio de escritórios.

O Dr. V.J.F.M, criador e dirigente do Instituto ressaltou ser o principal objetivo da Instituição a realização de um curso particular de Medicina Quântica ministrado principalmente para médicos e engenheiros. Esclareceu que o mencionado curso teria um caráter cultural e uma abordagem do ser humano segundo o ponto de vista da física teórica.

Também informou possuir qualificação médica em Bioengenharia e Neuropsicologia, tendo sido Professor de Psicopatologia da Escola de Medicina e Saúde Pública da Universidade Católica de Salvador (BA), da Faculdade de Filosofia da mesma Universidade e do Instituto de Biociências da USP; salientando que nunca exerceu, nem exerce, a medicina convencional, não estando atualmente inscrito em nenhum Conselho Regional.

Afirmou, ainda, inexistir qualquer atendimento médico rotineiro no IBQM, o que ocorre, é o atendimento, em caráter particular, por parte de um dos médicos freqüentadores do curso a um de seus clientes, uma vez que acreditam ser importante a sua opinião, sendo tais atendimentos de inteira responsabilidade dos médicos que o realizam. Os citados atendimentos são realizados em uma sala do IBQM, mas nenhum exame convencional é realizado, bem como inexistem no Instituto instrumentos médicos de qualquer espécie. Ressaltou que, de forma alguma, atende qualquer pessoa sem a presença de um médico, sendo o Dr. E.L.R. (CRM 11 413) muitas vezes solicitado por ser seu amigo pessoal e ex-aluno do IBQM.

Existe no Instituto, um pequeno laboratório de absorção Atômica, para a realização de exames mineralógicos.

O curso de Medicina Quântica existe há 6 (seis) anos e não está sujeito a qualquer norma ou critério determinados pelos CRMs, uma vez que tais entidades não possuem ingerência sobre atividades não reconhecidas como ciência médica no Brasil, sendo aqui definidas como procedimentos alternativos não regulamentados por lei.

Além do citado curso o IBQM presta serviços à comunidade como laboratório (pequeno) no qual são realizados testes mineralógicos de qualquer tipo de amostra como : solo, água, elementos minerais, matéria prima para indústrias e cabelos humanos.

A fim de comprovar as alegações acima elencadas foram anexados diversos documentos.

Com o objetivo de esclarecer no que consiste sua atividade, Dr. V. anexou um livro escrito por ele com o título de " A Física Quântica Explica a Homeopatia " e o roteiro de seu Curso de Medicina Quântica Integral (módulo I e II).

Diante do exposto, o Sr. Promotor de Justiça determinou que se oficiasse ao Ministério da Saúde para que informe da regularidade do Instituto Brasileiro de Metodologia Quântica e a legislação Ministerial sobre o assunto."

Em 17/12/99, a Coordenação Geral de Desenvolvimento e Avaliação dos Serviços de Saúde declarou ter mantido contato com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVS, no sentido de obter as informações solicitadas pelo Promotor de Justiça do Ministério Público de São Paulo. A ANVS informou que a regularidade técnica do Instituto Brasileiro de Metodologia Quântica passa pelo reconhecimento do Conselho Federal de Medicina, e que não existe legislação ministerial pertinente. Finalmente, esclareceu que o ministério da Saúde só edita normas relativas a quaisquer áreas técnicas após o reconhecimento dos respectivos Conselhos Federais.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária sugere o encaminhamento do processo ao Conselho Federal de Medicina, para conhecimento e esclarecimentos a respeito do assunto.

COMENTÁRIOS E CONCLUSÃO

Não diz respeito a este Conselho a vistoria de laboratório mineralógico.

Ressalte-se, entretanto, que de acordo com a comunidade médica mundial o estudo mineralógico de cabelo humano não tem respaldo para indicações terapêuticas.

Com pertinência à questão, a Resolução Conselho Federal de Medicina nº 1.500/98, em seu artigo 13, esclarece: São métodos destituídos de comprovação científica suficiente quanto ao benefício para o ser humano sadio ou doente e, por essa razão, proibidos de divulgação e uso os procedimentos de prática ortomolecular, diagnósticos ou terapêuticos que empregam :

... VI) análise de fios de cabelo para caracterizar desequilíbrios bioquímicos;

O curso de Medicina Quântica é um curso particular. Se reconhecido, deverá sê-lo pelo Ministério da Educação. A Medicina Quântica não é reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina. Segundo seu diretor, é atividade não reconhecida como ciência médica no Brasil, sendo aqui definida como procedimento alternativo não regulamentado por lei. De acordo com as próprias palavras do dr. V. J.F. M., não é exercício legal da Medicina.

A Faculdade de Ciências Médicas da extinta Universidade do Brasil não foi extinta, porque nunca existiu. A Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil chama-se, hoje, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O prof. dr. V. J.F. M. perdeu seu diploma. Se existente, há dele registro no Ministério da Educação e Cultura, que permitirá facilmente ao prof. dr. resgatar sua titularidade. Para o exercício da Medicina é necessário que o médico esteja inscrito em seu Conselho Regional. Além de não comprovar ser médico, o dr. Vitor não está inscrito no Conselho Regional de São Paulo.. Ainda que médico, praticando a medicina sem registro no Conselho, seu exercício seria ilegal.

No IBQM praticam-se atendimentos realizados por médicos, mas o Instituto não tem alvará para esta destinação e não está registrado no CREMESP, bem como não possui registro do responsável técnico médico. Portanto, a existência desta prática é ilegal.

O prof. dr. V. só atende com a presença de um médico. Entretanto, não pode o Prof. Dr. V. atender mesmo com a presença de um médico, haja vista não estar registrado como médico no Conselho Regional de Medicina. Quanto ao dr. E.L.R., entendendo dever o CREMESP abrir sindicância para apurar seu comportamento

ético, possivelmente acumpliciando-se com os que exercem ilegalmente a Medicina. (artigos 30 e 38 do CEM).

Não existem cursos alternativos de medicina. Pessoas que se dizem formadas em cursos alternativos enquadram-se na categoria de curandeiros.

O CREMESP, ao encaminhar sua representação ao Ministério Público de São Paulo, não teve dúvidas sobre o exercício ilegal da Medicina. Pediu providências ao Ministério Público, considerando sua representação óbvia. Não a viu como óbvia o Ministério Público e solicitou manifestação do Ministério da Saúde. Este, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, entendeu que as respostas deveriam ser dadas pelo Conselho Federal de Medicina.

Acreditamos que esta explicação seja agora considerada óbvia para o Ministério da Saúde e para o Grupo de Atuação Especial da Saúde Pública e da Saúde do Consumidor, e tenha as conseqüências legais esperadas.

É o parecer, S.M.J.

Brasília, 16 de fevereiro de 2000.

Pedro Pablo Magalhães Chacel
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM Nº. 015/2000
Parecer CFM Nº. 04/2000
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 15/03/2000

RESOLUÇÃO DISCIPLINA A INSCRIÇÃO E REINSCRIÇÃO DE MÉDICO POR ORDEM JUDICIAL

Gerson Zafalon Martins*

EMENTA: A Resolução CREMERJ nº 142/99, que disciplina a inscrição e reinscrição de médico por ordem judicial, apresenta dispositivos contrários à ordem constitucional vigente.

Palavras-chave: inscrição provisória, ordem judicial, ilegalidade, resolução inconstitucional

RESOLUTION INSTRUCTS THE REGISTRATION AND REREGISTRATION OF A PHYSICIAN BY COURT ORDER

Key words: temporary registration, legal mandate, illegality, unconstitutional resolution

A Diretoria do Conselho Federal de Medicina solicitou à Assessoria Jurídica análise acerca da legalidade da Resolução CREMERJ nº 142/99, que dispõe sobre a integração e reintegração provisória, por decisão judicial, no quadro de filiados do CREMERJ, a qual tem o seguinte teor:

" O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso de suas atribuições legais previstas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998, e pelo Estatuto dos Conselhos de Medicina, e

CONSIDERANDO o dever legal dos Conselhos de Medicina de promover, por todos os meios ao seu alcance, o perfeito desempenho técnico e moral da Medicina, assim como o prestígio e o bom conceito da profissão e dos que a exerçam;

CONSIDERANDO dentre suas nobres atribuições, a de velar pela conservação da honra e independência do Conselho;

CONSIDERANDO que os médicos legalmente habilitados ao exercício da profissão só poderão desempenhá-la efetivamente, depois de se inscreverem nos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO que a obrigatoriedade desta inscrição abrange todos os profissionais exerçam a Medicina, sem distinção de cargos ou funções públicas;

* Conselheiro Relator Federal.

CONSIDERANDO o dever legal dos Conselhos de fiscalizar o exercício profissional dos médicos, bem como conhecer, apreciar e decidir sobre os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades que couberem;

CONSIDERANDO que é facultado ao Conselho Regional de Medicina suspender temporariamente a inscrição de prestador de serviço de saúde, quando este não oferecer condições adequadas ao exercício da Medicina, bem como interditar cautelarmente, ali, as atividades médicas, até o saneamento dos problemas que a motivaram;

CONSIDERANDO os recursos judiciais que vêm sendo interpostos por terceiros, inconformados com o cancelamento de suas inscrições no Conselho;

CONSIDERANDO que tais recursos têm sido motivados, de um modo geral, pela insatisfação quanto ao resultado de procedimentos disciplinares transitados em julgado, ou por terem seus pedidos de inscrição negados por falta de amparo legal, dentre outras razões alegadas;

CONSIDERANDO a necessidade de normatizar a concessão de eventual inscrição nos quadros do Conselho por determinação judicial (liminar), ainda que o processo jurídico não tenha esgotado todas as vias recursais legais;

CONSIDERANDO a necessidade de compatibilizar o cumprimento da ordem judicial (liminar) com a provisoriedade da inscrição, tendo em vista o imprevisível desenlace do evento jurídico nesses casos; e

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros do dia 25 de julho de 1999.

RESOLVE:

Art. 1º Será concedida a inscrição em caráter provisório, e excepcional, de Pessoa Física ou Jurídica, nos quadros de filiados do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, quando determinada por medida judicial liminar;

Art. 2º A inscrição tomará o mesmo número do registro anterior ao cancelamento, se houver, e deverá ser revalidada a cada 30 (trinta) dias;

Art. 3º Para Pessoa Física será anotado no respectivo prontuário e na Carteira Profissional o caráter provisório da inscrição, a origem da determinação judicial e a data de validade da mesma. Para Pessoa Jurídica, o mesmo procedimento será efetuado na Certidão de Anotação de Responsabilidade Técnica (CART) e no Certificado de Inscrição da Empresa (CIE);

Art. 4º Enquanto perdurar a pendência judicial e a inscrição provisória por ela motivada, o profissional, ou seu responsável técnico, (no caso de Pessoa Jurídica), não poderão requerer transferência para outra jurisdição;

Art. 5º Nos casos de suspensão da medida judicial, ou resultado desfavorável ao inscrito no final de processo jurídico, ou ainda no caso de descumprimento desta Resolução, a inscrição estará automaticamente cancelada, retornando de imediato ao status quo ante;

Art. 6º O CREMERJ fará publicar no mesmo jornal de grande circulação, onde foi publicado o edital da penalidade aplicada, nota oficial sobre a inscrição por ordem judicial;

Art. 7º O CREMERJ poderá exigir dos profissionais, que venham a ser beneficiados de ordem judicial para inscrição, relatórios periódicos de atividades e informações sobre locais de trabalho onde atua e atividades desenvolvidas;

Art. 8º O CREMERJ informará aos demais Conselhos, Autoridades Sanitárias e às Empresas Médicas, sobre a inscrição ou reinscrição por ordem judicial;

Art. 9º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário."

A Assessoria Jurídica do Conselho Federal de Medicina fez o seguinte parecer:

"1. Antes de tecermos qualquer comentário à citada resolução, mister se faz frisar a independência de competência administrativa e financeira existente nos Conselhos Regionais, que têm base no artigo 1º da Lei nº 3.267, de 30 de setembro de 1957. Portanto, qualquer conclusão lavrada neste parecer possui caráter autônomo e não deve ser tratada como crítica ou, mesmo, apresentar forma vinculante ou hierárquica.

2. Tem este parecer a teleologia única de analisar o caráter jurídico (legalidade) da referida resolução, não adentrando qualquer aspecto político ou o caráter pragmático da aludida norma. Ademais, trata-se de uma opinião jurídica deste Setor, o qual tão-somente aconselha acerca da matéria que lhe é afeta: a legalidade dos atos administrativos praticados pelos Conselhos de Medicina, quando solicitado.

3. Feitas estas ressalvas, podemos seguir na elaboração deste parecer transcrevendo o inciso XXXV do art. 5º da Carta Magna de 1988, que assim disciplina:

"ART. 5º

XXXV – A LEI NÃO EXCLUIRÁ DA APRECIÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO LESÃO OU AMEAÇA DE DIREITO."

O referido dispositivo, erigido à Cláusula Pétrea, garante ao cidadão ter a correta e última apreciação de toda lesão ou mesmo ameaça a seu direito pelo Poder Judiciário. Sendo assim, somente o Poder Judiciário tem a competência constitucional de por termo questões relativas a ameaças e lesões a direitos dos cidadãos. Ou seja, somente o Poder Judiciário, e tão apenas ele, faz coisa julgada.

4. Neste diapasão, podemos concluir que os processos administrativos, onde o Processo Ético-Profissional é uma espécie, não fazem coisa julgada, e podem ser revistos ou reapreciados pelo Poder Judiciário. Toda decisão lavrada em processo administrativo, mesmo que escorreamente prolatada, com garantia de contraditório e ampla defesa, pode ser revista pelo Judiciário, o qual, em regra, corroborará a decisão administrativa guerreada.

5. Todavia, entendendo o Poder Judiciário pela ilegalidade da decisão administrativa, poderá anulá-la, sendo sua posição final, e sem mais possibilidades recursais, única e imutável, a qual deverá sempre ser cumprida. Diga-se novamente, somente esta última decisão tem o poder de fazer a coisa julgada.

6. Os Conselhos de Medicina, dentre eles incluído o Federal, por diversas vezes têm visto suas decisões administrativas serem anuladas pelo Poder Judiciário. Apesar de ser um fato lastimável e absolutamente temerário, posto que a posição adotada pelos Conselhos busca sempre zelar pela melhor capacidade profissional do médico e pelo correto uso da Medicina no Brasil, as decisões prolatadas pelo Poder Judiciário devem sempre ser cumpridas.

7. Deve-se ter em mente que o dispositivo constitucional acima transcrito é uma garantia democrática, conquistado na tão festejada Assembléia Constituinte. Portanto, o princípio é nascedouro das ansiedades populares e da mais democrática de todas as constituições pátrias.

8. Ademais, estabelece nossa Carta Magna, brilhantemente chamada de Carta Cidadã pelo saudoso Ulysses Guimarães, proibição aos julgamentos nos Tribunais de Exceção, os quais surgiram na obscura época passada do regime ditatorial, tendo como exemplo maior o malfadado Tribunal de Segurança Nacional, o qual, apesar do caráter administrativo, fazia coisa julgada, estando suas decisões ao alvedrio de qualquer apreciação do Poder Judiciário.

9. Posto isto, desnecessário se faz lembrarmos das barbáries cometidas por teratológico órgão. Sendo a criação deste Tribunal de Exceção o fator precursor das Cláusulas Pétreas estabelecidas nos incisos XXXVII e LIII que assim dispõem, respectivamente:

"XXXVII – NÃO HAVERÁ JUÍZO OU TRIBUNAL DE EXCEÇÃO

.....

LIII – NINGUÉM SERÁ PROCESSADO NEM JULGADO SENÃO PELA AUTORIDADE COMPETENTE"

10. Frise-se mais uma vez, que a única e última autoridade competente para fazer valer a sua decisão é o Poder Judiciário, cujas decisões devem ser sempre cumpridas.

11. Resta esclarecer que, não estamos sustentando, nem poderíamos fazê-lo, que os julgamentos dos Conselhos de Medicina assemelham-se aos proferidos nos nefastos tempos do TSN (Tribunal de Segurança Nacional). Como já dissemos, as decisões dos Conselhos de Medicina são sempre de caráter altruístico e visam zelar pelo correto aperfeiçoamento da capacidade profissional e pelo bem-estar de toda a Medicina nacional.

12. Feitos estes esclarecimentos, resta analisar a legalidade da Resolução CREMERJ nº 142/99, o que passamos a fazer neste momento.

13. Estabelece a citada norma as formas e procedimentos para inscrição e reinscrição dos médicos julgados em processo administrativo e que propuseram ações judiciais visando anular a decisão do CREMERJ.

14. Retornando ao que foi trazido acima, voltamos a frisar que a decisão do Poder Judiciário deve ser cumprida, SEMPRE, e nos termos em que foi prolatada pelo magistrado. Assim, qualquer modificação na maneira de cumprir a sentença (ou decisão liminar) caracteriza ilegalidade e poderá ser anulada pelo Poder Judiciário, com outras conseqüências jurídicas. O que se poderá fazer é tentar modificá-la com o recurso competente.

15. Sendo assim, entendemos que vários dos artigos da referida resolução poderão ser tidos como ilegais, pois poderão modificar, em tese, o correto cumprimento da decisão prolatada pelo Poder Judiciário.

16. Ademais, urge lembrar que a sentença ou decisão liminar judicial, quando proferida a fim de reinscrever o médico, garante-lhe o status quo ante, ou seja, a mesma condição anterior a decisão administrativa guerreada. Portanto, qualquer anotação, publicação, formas discriminatórias ou mesmo exigências mensais feitas ao médico reinscrito apresenta-se ilegal, sendo um afronto aos dispositivos constitucionais mencionados.

17. Para melhor analisarmos a citada resolução, faz-se mister uma análise de cada artigo em separado: "Art. 1º- Será concedida a inscrição em caráter provisório e excepcional, de pessoa física ou jurídica nos quadros de filiados do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, quando determinada por medida judicial liminar;"

18. Conforme já foi trazido acima, o médico que for inscrito ou reinscrito no Conselho Regional não poderá sofrer qualquer forma de discriminação e a sentença deve ser cumprida na forma em que foi lavrada pelo Poder Judiciário.

19. Assim, o artigo 1º da Resolução CREMERJ nº 142/99 apresenta-se ilegal, posto que, ao conceder somente inscrição provisória ao médico, não estará cumprindo corretamente a decisão do Judiciário, que, em regra, não defere a inscrição meramente provisória. As decisões jurídicas, conforme já dito, restabelecem o status quo ante do médico, sendo ilegal a sua inscrição com caráter provisório.

20. Outrossim, a inscrição ou reinscrição do médico de forma provisória não deixa de ser uma forma discriminatória à sua imagem, posto que segrega o profissional dos demais médicos inscritos naquele Regional, o que não pode ocorrer antes do trânsito em julgado da decisão judicial.

21. É oportuno lembrar o inciso X do artigo 5º da Carta Constitucional de 1988, que assim dispõe:

"Art. 5º -

.....

X - São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito da indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;"

22. Portanto, caracterizada a violação à imagem do médico, que com a decisão judicial deveria ter sido inscrito ou reinscrito de forma idêntica a quando ocorreu a sua exclusão este, poderá acionar o Conselho Regional para assegurar indenização por danos materiais e morais, devido a ilegalidade da atitude da Entidade em promover sua inscrição em caráter provisório, segregando-o dos demais profissionais inscrito no Conselho.

Art. 2º- A inscrição tomará o mesmo número do registro anterior ao cancelamento, se houver, e deverá ser revalidada a cada 30 (trinta) dias;

23. O transcrito dispositivo também apresenta-se eivado de ilegalidade. Insista-se, o profissional inscrito ou reinscrito no Conselho Regional de Medicina por decisão liminar deve ser tratado como os demais médicos inscritos naquela entidade de fiscalização.

24. Assim, tendo em vista que ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei, e não há norma que obrigue o médico a mensalmente renovar sua carteira profissional, não pode o Conselho Regional fazer tal exigência sob pena de estar, novamente, tratando o profissional de forma discriminatória à sua imagem, indo de encontro ao inciso X do artigo 5º da CF/88.

"Art. 3º- Para a pessoa física será anotado no respectivo prontuário e na Carteira Profissional o caráter provisório da inscrição, a origem da determinação judicial e a data de validade da mesma. Para pessoa jurídica, o mesmo procedimento será efetuado na Certidão de Anotação de Responsabilidade Técnica (CART) e no Certificado de Inscrição da Empresa (CIE);"

25. Novamente, apresenta-se ilegal o dispositivo suso transcrito da Resolução CREMERJ nº 142/99.

26. Tanto a Lei nº 3.268/57, quanto seu regulamento, nada dispõem acerca de anotação da inscrição provisória de médico por ordem judicial. Portanto, não havendo obrigatoriedade legal, não pode o Conselho Regional criar imposições que a lei não impõe, sob pena de atentado direto ao princípio da reserva legal, esculpido no inciso II do artigo 5º da CF/88.

27. Ademais, a figura da inscrição provisória foi extirpada das normas referentes ao procedimento de inscrição nos Conselhos de Medicina, nos termos da Resolução CFM nº 1.233/86, haja vista os problemas que ocasionam, posto que os médicos inscritos provisoriamente não albergam a confiança da população, e acabam, outrossim, discriminados.

"Art. 4º- Enquanto perdurar a pendência judicial e a inscrição provisória por ela motivada, o profissional ou seu responsável técnico (no caso de pessoa jurídica) não poderão requerer transferência para outra jurisdição;"

28. Em que pese a existência de dispositivo similar disposto em resolução do Conselho Federal de Medicina, o presente dispositivo também encontra-se eivado de irregularidade jurídica. Cercear o direito de locomoção do médico, ainda que indiretamente, fere os princípios basilares de toda a ciência jurídica.

29. O médico que for inscrito ou reinscrito por decisão judicial estaria, de acordo com o artigo suso referido, impedido de se mudar de localidade, ainda que ali não lhe estivesse sendo favorável sua profissão, ou mesmo se lhe surgisse melhores condições de vida alhures. Tal norma choca-se frontalmente com o disposto no inciso XV da Carta Magna de 1988.

30. Outrossim, a citada norma, data venia, fere o princípio da liberdade profissional, esculpido no inciso XIII da referida Carta Política. É, portanto, ilegal e inconstitucional.

31. O artigo 5º da aludida resolução está correto, não devendo ensejar qualquer comentário.

"Art. 6º- O CREMERJ fará publicar, no mesmo jornal de grande circulação onde foi publicado o edital da penalidade aplicada, nota oficial sobre a inscrição por ordem judicial;"

32. O artigo 6º da referida resolução também apresenta-se irregular. Ao estabelecer que a inscrição ou reinscrição provisória do médico será publicada em jornal de grande publicação, onde foi aplicada a guerreada penalidade, estará fazendo uma dupla penalização do médico, bis in idem, o que é peremptoriamente proibido em todo ordenamento democrático do mundo.

33. Outrossim, o dispositivo ensejará discriminações inúmeras ao médico, que influenciarão de forma drástica a sua vida profissional. Todavia, se a publicação a que se refere o artigo 6º da Resolução CREMERJ nº 142/99 for solicitada pelo próprio médico, nada impede que a publicação seja realizada pelo Regional, tendo em vista que a imagem a ser preservada é a do próprio médico solicitante.

34. É preciso lembrar que a penalidade aplicada ao médico ainda estará em discussão no âmbito do Judiciário. Se este entender pela improcedência da medida punitiva imposta pelo Conselho Regional de Medicina, o médico será reinscrito definitivamente. Todavia, a referida publicação, que na verdade é também uma pena, já teria se consubstanciado, fato que ensejaria enormes prejuízos para o Conselho Regional, posto que o médico prejudicado poderia acioná-lo pleiteando danos morais e materiais, com fulcro no inciso X do artigo 5º da CF/88.

35. Assim sendo, é também ilegal e inconstitucional o referido artigo.

"Art. 7º- O CREMERJ poderá exigir dos profissionais que venham a ser beneficiados com ordem judicial para inscrição, relatórios periódicos de atividades e informações sobre os locais de trabalho onde atuam, e quais atividades desenvolvem;"

36. Com relação ao artigo 7º, nos reportamos novamente ao inciso II do artigo 5º da Carta Cidadã, que assim, dispõe:

"Art. 5º

.....

II – Ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei:"

37. À luz do dispositivo constitucional, o médico não é obrigado a apresentar relatório mensal ao Conselho de Medicina, senão por força de lei expressa que o exija. Tanto a Lei nº 3.267/57, quanto seu regulamento, em nada obrigam o médico a tal prática, sendo ilegal a citada imposição.

38. É oportuno, ainda, dizer que a imposição de relatório mensal não é feita a todos os médicos inscritos no Conselho Regional, o que caracteriza discriminação daquele que foi inscrito ou reinscrito no CRM por força de decisão judicial, fato que, conforme amplamente demonstrado, configura infração a dispositivo constitucional.

"Art. 8º- O CREMERJ informará aos demais Conselhos, autoridades sanitárias e empresas médicas, a inscrição ou reinscrição por ordem judicial;"

39. O dispositivo acima transcrito apresenta-se ilegal. Não se pode olvidar que a informação feita às autoridades sanitárias, aos demais Regionais e às empresas médicas configura outra penalidade ao médico, o que é defeso por lei.

40. Outrossim, é mister frisar que a decisão do Conselho Regional de Medicina estará sendo apreciada pelo Judiciário, que poderá confirmá-la ou refutá-la, não devendo o médico sofrer qualquer constrangimento antes da manifestação final do poder judicante.

41. O aviso às empresas médicas poderá causar desastrosos problemas à carreira do profissional, que não poderão ser corrigidas posteriormente em caso de procedência da demanda judicial. Tal fato possibilitará ao médico prejudicado acionar o Conselho por danos morais e materiais, com base no dispositivo constitucional acima mencionado.

42. Logo, o dispositivo também apresenta-se ilegal, salvo, também neste caso, se a solicitação de aviso às empresas partir do próprio médico.

III – CONCLUSÃO

Portanto, considerando-se todo o exposto, a análise da Resolução CREMERJ nº 142/99, feita pela Assessoria Jurídica do Conselho Federal de Medicina, é conclusiva quanto à ilegalidade e inconstitucionalidade da referida resolução, não cabendo outra medida que não o acatamento do parecer e a proposição ao CREMERJ que a revogue, para o bem da Justiça.

É o parecer, S.M.J.

Gerson Zafalon Martins
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM Nº. 5680/1999
Parecer CFM Nº. 06/2000
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 15/03/2000

É ÉTICA A PARTICIPAÇÃO DE MÉDICO EM TRABALHO DA LICITAÇÃO PARA PRESTAÇÃO DE SEUS SERVIÇOS PROFISSIONAIS

Luís Gabriel Fernández Turkowski*

Palavras-chave: comissão de licitação, participação médica, interesse pessoal do participante

IS IT ETHICAL FOR DOCTORS TO PARTICIPATE IN COMPETITIVE BIDDINGS IN ORDER TO RENDER PROFESSIONAL SERVICES

Key words: bidding commission, medical participation, personal interest of participant

PARECER:

Trata-se de consulta formulada pela Dra. H.V.S., acerca da implantação de rotina que estabelece número mínimo de consultas por médicos das U.B.S., cujas considerações passo a fazer à seguir:

A medicina é uma ciência biológica não exata. Por vezes contraria a matemática. As variáveis são infinitas, tratando-se de pessoas que buscam a recuperação da saúde. Ao médico caberá oferecer o melhor de sua capacidade em benefício de seus pacientes.

A relação de forças entre o trabalhador e seu patrão a cada dia merece atenção redobrada, já que no mercado de trabalho encontramos cada vez mais médicos e menos possibilidades de uma atuação liberal. Independentemente desta realidade, os responsáveis pelo atendimento médico da população deverão sempre levar em conta a qualidade e não a quantidade dos serviços efetivamente prestados aos munícipes em questão.

Não há nenhuma legislação que estabeleça o número de consultas médicas por jornada de trabalho. Eventualmente, em algumas situações especiais, pode-se até definir um parâmetro de quantidade de atendimento por jornada de trabalho, desde

* Conselheiro Relator CRMPR.

que acordado entre todos os que estarão envolvidos diretamente nesta questão. Assim não existirá um número grande nem pequeno de pacientes por jornada de trabalho, quando todos, especialmente, os médicos, estiverem satisfeitos com a profissão que exercem. Aos empregadores restará encontrar meios pelos quais nenhum de seus servidores, mantidos pelos cofres públicos, possam descumprir com a tarefa pela qual foram contratados. Definitivamente a transformação do atendimento médico em linha de produção não será o meio mais correto de contemplar-se os cidadãos.

O trabalho médico não pode ser cronometrado enquanto existirem doentes e não doenças. A mesma doença pode demandar do médico uma hora, meia hora, 10 minutos ou duas horas. O mesmo se aplica a atos médicos. A mesma cirurgia com tempo previsível de uma hora, pode durar cinco horas. As patologias, as características do paciente e do agente etiológico e do meio ambiente desconhecem regras matemáticas exatas.

Cabe ainda lembrar o disposto no art. 16 do Código de Ética Médica a seguir:

“art. 16 - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou instituição pública ou privada poderá limitar a escolha por parte do médico dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.”

Por derradeiro, atentemos para o que reza o art. 8º do Código de Ética Médica:

“art. 8º - O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho.”

É meu parecer.

Londrina, 24 de janeiro de 2.005

Luis Gabriel Fernández Turkowski
Delegado Colaborador CRM/PR

Processo-Consulta CRM/PR N.º 011/2005
Parecer CRM/PR N.º 1693/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária n.º 1700 de 24/08/2005

NEM TODAS AS ESPECIALIZAÇÕES REGISTRADAS NO CONSELHO FEDERAL PODEM SER CONSIDERADAS MODALIDADES DE ENSINO E PÓS-GRADUAÇÃO?

Silo Tadeu S. de Holanda Cavalcanti*

EMENTA: O registro de especialidade por Conselho Regional nem sempre corresponde à modalidade de ensino de pós-graduação. Através do ofício CFM nº 3.871/2000, de 21/6/2000, recebi para emitir parecer o Processo-Consulta nº 3.506/00, que trata de indagação feita a este CFM pelo médico A. S. M., do estado de Minas Gerais.

Palavras-chave: especialização registrada, título de especialista, pós graduação, modalidade de ensino

NOT ALL THE SPECIALTIES REGISTERED WITH THE FEDERAL COUNCIL CAN BE CONSIDERED MODALITIES OF TEACHING AND GRADUATE COURSES?

Key words: registered specialty, title of specialist, graduate course, teaching modality

A CONSULTA

"Sou médico, trabalho em serviço público no Tribunal de Alçada de Minas Gerais. De acordo com o Decreto-Lei nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, a residência médica, principalmente aquela reconhecida pelo Ministério da Educação e Cultura, é considerada uma modalidade de ensino de pós-graduação. Para fins de promoção em serviço público, gostaria de saber se as especializações registradas no Conselho Federal de Medicina, por aferição, também podem e devem ser consideradas modalidades de ensino de pós-graduação. Gostaria de um parecer por escrito. À disposição para qualquer esclarecimento."

PARECER

Atualmente, para que o médico registre-se como especialista nos Conselhos de Medicina é necessário que tenha cumprido um Programa de Residência Médica, devidamente credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica, ou que

* Conselheiro Relator Federal.

seja possuidor de título de Especialista fornecido pela Sociedade da Especialidade, filiada à Associação Médica Brasileira (Resolução CFM nº 1.036/80).

A Residência Médica é considerada uma modalidade de ensino de pós-graduação, concedendo título de Especialista ao médico que tenha cumprido um Programa de Residência Médica credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica (art. 6º da Lei nº 6.932/81). Para os títulos concedidos pelas Sociedades de Especialidades, após realização de uma prova, tem sido exigido como pré-requisito pela maioria das Sociedades algum tipo de treinamento; quase sempre a Residência Médica, podendo ser também exigidas outras formas de treinamento para especialização, este também em nível de pós-graduação.

Apenas o registro do título de Especialista no Conselho de Medicina, contemplado pela Resolução CFM nº 1.036/80, não assegura ter existido para sua obtenção a realização de curso de especialização (treinamento) em nível de pós-graduação, exceto para os obtidos através da Residência Médica. Portanto, nem todos os títulos de especialistas, mesmo os registrados no Conselho de Medicina, podem ser considerados como modalidade de ensino de pós-graduação.

Este é o parecer, S.M.J.

Brasília, 12 de julho de 2000

Silo Tadeu S. de Holanda Cavalcanti
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM Nº. 3.506/2000
Parecer CFM Nº. 71/2001
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/01/2001

VENDA DE MEDICAMENTOS EM SUPERMERCADOS

Ricardo José Baptista*. Luiz Salvador de Miranda Sá Junior**

EMENTA: Um supermercado não deve vender produtos farmacêuticos porque a saúde da população exige que tal atividade seja realizada de acordo com normas estritas de controle, principalmente a supervisão de um farmacêutico. Contudo, como já acontece em numerosos casos, um supermercado pode contar com uma farmácia em seu interior, desde que obedeça à legislação pertinente.

Palavras-chave: medicamento, venda, supermercado, controle, farmacêutico responsável

THE SALE OF MEDICATION IN SUPERMARKETS

Key words: medication, sale, supermarket, control, responsible pharmacist

PARECER

A preocupação inicial deve ser com a banalização do comércio de medicamentos, mas não se pode destacar que por trás dessa pretensão está o interesse comercial; por ser essa a motivação que determina a existência do comerciante. Outra coisa que deixa o analista extremamente preocupado é a fiscalização — ato que hoje já é difícil com os medicamentos sendo vendidos somente nas farmácias e drogarias, imagine nos supermercados. Sem falar na obrigação determinada pela Lei nº 5.991/73, que em seu Capítulo IV – Da Assistência e Responsabilidade Técnicas, determina:

“Art. 15 – A farmácia e drogaria terão, obrigatoriamente, a assistência de técnico responsável, inscrito no Conselho Regional de Farmácia, na forma da lei”.

§1º- A presença do técnico responsável será obrigatória durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento.”

A lei não exige a presença do farmacêutico, senão para supervisionar a venda de medicamentos e proteger os interesses sanitários da população. A liberdade que o consumidor teria com a colocação dos medicamentos nas gôndolas dos supermercados determina, por si só, o aumento do risco da automedicação, com a possível soma de aproximadamente 45 mil novos postos de venda, além da possibilidade de intoxicação vir a aumentar. Poder-se-á ainda emitir alguns comentários pertinentes, tais como:

* Conselheiro Relator Federal ** Conselheiro Relator de Vista Federal

O Brasil figura na lista dos países que mais consomem medicamentos por automedicação.

O medicamento não é alimento nem, muito menos, uma mercadoria qualquer, mas sim um bem de saúde.

Todo medicamento, mesmo os que não precisam de receita médica, têm a possibilidade de produzir efeitos colaterais e podem provocar reações adversas.

O uso de medicamentos sem a devida orientação pode dificultar, para o médico, o diagnóstico de uma doença grave.

Que garantia terá o consumidor de que um profissional farmacêutico estará a sua disposição para lhe prestar informações e orientações sobre o uso correto dos medicamentos?

E, se estiver, como haveria de supervisionar a venda dos produtos farmacêuticos? Pode-se legitimamente imaginar o consumidor atraído pela propaganda dos supermercados, com as promoções de medicamentos da semana.

Pelo grau de desinformação do consumidor brasileiro, historicamente induzido ao consumo de produtos farmacêuticos através da empurroterapia, tal procedimento apenas aumentará os riscos aos mesmos.

Nada sugere que o aumento da venda de medicamentos em supermercados levaria a uma diminuição de preços.

Na realidade, o que pode estimular a queda dos preços é o aumento da produção e a oferta de mais e diferentes tipos de produtos genéricos ao mercado consumidor.

No Parecer nº 303/97, do Conselho Federal de Farmácia, feito pelo consultor jurídico em resposta à consulta feita pelo CRF/SP, tratando do mesmo tema, destaco os itens 12, 14, 18 e 20:

“12. Nesta assertiva, não podem os drugstores proceder venda de medicamentos, tampouco originarem-se conjuntamente com farmácias e drogarias, uma vez que as finalidades são diversas;

14. Logo, não podem os drugstores vender medicamentos, tampouco registrarem-se sob o aval dos Conselhos Regionais de Farmácia, sob o prisma do exercício de atividade farmacêutica;

18. Logo, os registros de estabelecimentos profissionais farmacêuticos nos Conselhos Profissionais devem seguir os trâmites da legislação específica e correlata;

20. Em que pese concessa vênia, que o questionamento do CRF/SP é dúbio, posto que o drugstore não é uma atividade e sim um estabelecimento, que o legislador outorgou o mesmo conceito que a loja de conveniência;”

A respeito da questão, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC assim se manifestou: “Após cuidadosa avaliação e consideração deste assunto complexo, nossa posição é a seguinte:

a) O IDEC se posiciona contrário à venda de medicamentos, bem como de vitaminas e outros complementos nutricionais em ambientes que não sejam drogarias ou farmácias, pelo menos nos próximos anos, por

considerar que levaria a um aumento considerável dos riscos ao consumidor no contexto atual de fiscalização e regulamentação deficientes de produtos farmacêuticos no país. Também porque inexistiu qualquer evidência que substancie a existência de benefícios sanitários ou econômicos dessa mudança de política para o consumidor.

b) O IDEC considera inadequada a lista proposta de medicamentos que possam ser vendidos sem prescrição médica em farmácias e drogarias.”

Por todos os motivos expostos anteriormente, o Conselho Federal de Farmácia ressaltou, em destaque, que:

“A venda de medicamentos em supermercados atenderia exclusivamente aos interesses dos próprios supermercados, ávidos que estão em ampliar, com urgência, os seus lucros, reduzidos com o advindo do real.

Os supermercados não venderão os medicamentos essenciais, os de primeira necessidade, como os de uso contínuo, ou seja, os destinados a pacientes cardíacos, renais crônicos, diabéticos, reumáticos, portadores de doenças crônicas degenerativas e outras patologias cujas medicações não podem ser interrompidas. Os supermercados não têm interesse nesses medicamentos.”

Até 2001 existiam no Brasil, aproximadamente, 60.500 estabelecimentos farmacêuticos (farmácia e drogaria). A Organização Mundial da Saúde - OMS recomenda a proporção de 1 (um) estabelecimento para cada 8.000 habitantes. Analisando-se a totalidade do número de estabelecimentos farmacêuticos teríamos uma proporção de 1/3000 — além de não estar disponível, como recomenda a Lei nº 5.991/73, a presença, durante todo o período de funcionamento, do profissional farmacêutico responsável.

Ademais, deve-se lembrar, ainda, a manifestação do diretor presidente da ANVISA, dr Gonzalo Vecina Neto, expressa na plenária do CFM em junho de 2002, quando opinou contrariamente à venda de medicamentos em supermercados, pelos motivos citados.

Por fim, deve-se destacar enfaticamente a Lei nº 5.991/73, nos Capítulo I, art. 4º incisos IX, X, XI, XV e XVIII, Capítulo II, art. 6º, alíneas a, b, c e e, por último, o capítulo IV, art. 15, § 1º e 2º:

“Capítulo I

Disposições Preliminares

Art. 4º – Para efeito desta lei, são adotados os seguintes conceitos: IX - Estabelecimento - unidade da empresa destinada ao comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos correlatos;

X - Farmácia - estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais e oficinais, de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo o de dispensação e o de atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica;

XI - Drogaria - estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais;

XV - Dispensação - ato de fornecimento ao consumidor de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não;

XVIII – Supermercado – estabelecimento que comercializa, mediante auto-serviço, grande variedade de mercadorias, em especial produtos alimentícios em geral e produtos de higiene e limpeza;

Capítulo II **Do Comércio Farmacêutico**

Art. 6º - A dispensação de medicamentos é privativa de:

- a) farmácia;
- b) drogaria;
- c) posto de medicamento e unidade volante;

Capítulo IV **Da Assistência e Responsabilidade Técnicas**

Art. 15 - A farmácia e a drogaria terão, obrigatoriamente, a assistência de técnico responsável, inscrito no Conselho Regional de Farmácia, na forma da lei.

§ 1º A presença do técnico responsável será obrigatória durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento.

§ 2º Os estabelecimentos de que trata este artigo poderão manter técnico responsável substituto, para os casos de impedimento ou ausência do titular.”

CONCLUSÃO

A venda de medicamentos nas gôndolas dos supermercados, como se se tratasse de mais um tipo de produto para consumo de massa, cujo comércio pode ser feito sem qualquer controle, afronta a legislação e ameaça a saúde do povo.

Contudo, nada haveria a opor se as farmácias fossem montadas dentro de um centro comercial qualquer, mesmo de um supermercado, atendendo a legislação vigente, principalmente contando com a presença de um farmacêutico durante todo o seu período de expediente.

Este é o parecer, S.M.J.

Brasília, 11 de setembro de 2002.

Luiz Salvador de Miranda Sá Junior
Cons.Relator de Vista

Ricardo José Baptista
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM Nº. 9.680/1999
Parecer CFM Nº. 61/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 13/12/2002

ANESTESIA EM EMERGÊNCIA DE HOSPITAL SUS E SUA REMUNERAÇÃO

Donizetti Dimer Giamberardino Filho*

Palavras-chave: anestesiologia, emergência, SUS, remuneração

EMERGENCY ANESTHESIA IN SUS HOSPITAL AND ITS REMUNERATION

Key words: anesthesiology, emergency, SUS, remuneration

O Serviço de Anestesiologia do Hospital S.V.P. do Paraná solicitou parecer sobre o atendimento e remuneração aos pacientes do SUS.

A correspondência tem o seguinte teor:

" ...

Os médicos Anestesiologistas a seguir relacionados: A.H., M. N. F., S. C. L. e D.R.B.N., membros do Corpo Clínico do Hospital S. V. P. do Paraná, dirigem-se a esta entidade para expor a atual situação à qual estão submetidos:

A partir de março de 2001 o Serviço de Anestesiologia passou a notar um significativo aumento de procedimentos eletivos e emergências do SUS, sendo que nas fichas sociais constavam endereços de municípios da macroregião. Viemos a ter conhecimento da criação do Consórcio Integrado de Saúde (CIS) e do vínculo empregatício de Ortopedistas, Cirurgiões Gerais, Oftalmologistas, Otorrinolaringologistas e Cirurgião Oncológico.

Em nosso hospital existem três Ortopedistas que possuem vínculo empregatício com o Consórcio Integrado de Saúde – CIS, que segundo a Quinta Regional de Saúde tem caráter apenas ambulatorial. Mas o fato é que estamos realizando procedimentos eletivos e emergenciais de acordo com uma visível escala de plantão destes ortopedistas no CIS ou no Centro de Saúde Municipal.

Em reuniões realizadas com o Secretário Municipal de Saúde e o Diretor do CIS, explanamos a nossa situação: que o CIS apesar do caráter ambulatorial oficial gera procedimentos cirúrgicos eletivos e emergenciais que drenam para o nosso serviço devido os vínculos empregatícios de Ortopedistas (três), Cirurgiões Gerais (dois) e Oftalmologista (um). Solicitamos remuneração caracterizada pela criação de um ambulatório de Anestesiologia naquele consórcio ou outra forma de remuneração

* Conselheiro Relator CRMPR.

viável. E após três meses de espera recebemos como resposta: que qualquer remuneração ou a criação de um ambulatório era inviável, que o ônus deveria ser absorvido pelo Hospital S. V. P. e qualquer negativa de atendimento a estes pacientes geraria denúncia no Ministério Público ou Promotoria.

Diante desta transferência de responsabilidade, tomamos como decisão limitar o atendimento de procedimentos cirúrgicos eletivos do SUS por meio de diálogo com os cirurgiões. Poucos foram solidários, mas frisamos que não negamos atendimento eletivos em cirurgia oncológica ou procedimentos emergenciais de todas as especialidades.

Observamos que a única especialidade que realmente nos apoiou foi a Otorrinolaringologia que cessou seu atendimento com o CIS por julgar que não pode haver distinção de especialidades e pelo fato de que a sua especialidade possui grande volume cirúrgico.

Fomos convocados pela Diretoria Administrativa, Diretoria Clínica e Provedoria à justificarmos por escrito tal atitude.

O Hospital S. V. P. é filantrópico e mantém plantonista remunerado em UTI e Clínico Geral remunerado em UTI e Clínicos Geral remunerado em Pronto Socorro. No caso de necessidade de Ortopedista para uma redução de fratura, é cobrada remuneração para tal especialista sob a justificativa de “solicitação de uma especialidade”, sendo que já estão sendo remunerados pelo plantão do município. É acionado o plantonista da Anestesiologia para o procedimento sem qualquer remuneração exceto a ficha ambulatorial ou de AIH.

O serviço de Anestesiologia mantém escala de plantão, por dia, com dois anestesiológicos à distância para pronto atendimento sem qualquer remuneração ou vínculo empregatício por parte do Hospital S. V. P.

...”

Foram elaborados os seguintes quesitos::

A escala de plantão da Anestesiologia tem finalidade legal e a quem gera ônus trabalhista? Temos condições de solicitar remuneração pelos plantões dos serviços de Anestesiologia? E a quem?

Resposta: Os hospitais contratados junto ao Sistema Único de Saúde respondem pelos seus serviços disponíveis e cadastrados junto ao gestor, ou seja, cabe aos hospitais organizarem o seu corpo médico para a prestação de serviços, seja pelo regimento interno do corpo médico, seja pelo profissional constituído de pessoa física autônoma ou não, ou ainda constituído de pessoa jurídica.

Os plantões devem ser remunerados e presentes, a situação de plantão à distância na Anestesiologia deve ser avaliada com cautela, não deve ser admissível em Pronto Socorro, Maternidades e outras situações de previsível urgência. (Resolução do CFM 1451/95). A remuneração pela disponibilidade do tempo, passar por condicionamentos, conforme Resolução do CRMSP 74/96. Desta forma, torna-se evidente que eventual responsabilidade trabalhista é do hospital contratado pelo SUS e que disponibiliza os seus serviços por meio do corpo clínico.

A filantropia do Hospital S. V. P. corre risco com a nossa possibilidade de bloqueio aos procedimentos eletivos do SUS?

As instituições tem seu certificado de filantropia emitido pelo Ministério da Previdência Social, sendo exigido 20% de gratuidade dos serviços ou 60% de atendimento ao SUS. Qualquer situação que haja descumprimento do contrato entre o Gestor do SUS e o hospital pode gerar ruptura do mesmo e suas conseqüências.

Pode o Ministério Público ou Promotoria nos obrigar a realizar um ato anestésico eletivo pelo SUS?

Ninguém pode obrigar um anestesiológico a realizar um ato anestésico eletivo. Mas não se trata de um ato, e sim de um bloqueio aos procedimentos eletivos do SUS, atitude esta que põe em risco a contratualização do hospital junto ao SUS, além do risco de tal atitude ser caracterizada como discriminação de pacientes, situação não aceita pelo Código de Ética Médica, Código Civil e Criminal.

Somos obrigados a fazer procedimentos eletivos pelo SUS com a atual retenção de honorários pelo Governo do Estado após execução do trabalho?

Resposta: Um médico ao trabalhar em um hospital deve identificar-se com sua missão, além de cumprir o respectivo regimento interno do corpo médico. Enfatizamos que existe uma relação contratual entre o gestor do SUS e o hospital, e outra relação contratual entre o hospital e seu corpo médico. Finalmente, temos a comentar que um médico tem a liberdade ou opção de atender pacientes do SUS ou não, assumindo as conseqüências previstas no regimento interno do corpo médico.

É o parecer.

Curitiba, 09 de junho de 2005.

Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR Nº. 1.670/2005
Parecer CRMPR Nº. 03/2002
Aprovado pela Câmara de Ética e Julg. III
e Julgamento nº III,
Sessão Plenária n.º 1684, de 13/06/05.

ESTADO INTERSEXUAL – PSEUDO HERMAFRODITISMO

Mauri José Piazza*

Palavras-chave: pseudo hermafroditismo, quadro clínico, diagnóstico na infância, responsabilidade médica e pais, comunicação, síndrome de Morris

INTERSEXUAL STATE- PSEUDO-HEMAPHRODITISM

Key words: pseudo hermaphroditism, clinical presentation, diagnosis in childhood, doctors and parents responsibility, communication, Morris syndrome

DOS FATOS

A consulta versa sobre paciente portadora de “Estado Intersexual” – Pseudo Hermafroditismo masculino – Forma Familiar – conhecida pela eponimo como Síndrome de Morris ou Síndrome dos Testículos Feminizantes.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

É uma entidade descrita há muitos anos de pleno conhecimento em área da Ginecologia Endócrina.

Estas pacientes apesar de serem geneticamente 46, XY, apresentam do ponto de vista hormonal uma total insensibilidade aos hormônios androgênicos desde a vida fetal até a vida adulta.

Esta insensibilidade androgênica faz com que a genitália externa destas pacientes seja perfeitamente feminina e não existe qualquer dúvida em se estabelecer o sexo legal, de criação e psico social. Tratam-se de “mulheres” totalmente femininas que são criadas como tal e assim devem permanecer. Ao nosso ver não se faz necessário criarmos dúvidas ou discutirmos os aspectos genéticos à estas pacientes. Devemos orientá-las como portadoras de “amenorréia primária” com conveniente desenvolvimento dos seus caracteres sexuais secundários sendo os mesmos totalmente femininos.

No entanto, pela presença dos testículos e existindo na vida fetal a presença de substância inibidora das estruturas mullerianas, produzida pelos testículos, não existirão na pélvis as 2 estruturas mullerianas e em vista disso inexitem tubas – útero e parte inferior da vagina.

* Conselheiro Relator CRMPPR.

Como referimos, a genitália externa é totalmente feminina e a vagina poderá ser “curta” e em fundo cego, com profundidade variável.

Psicologicamente são mulheres com boa orientação emocional na grande maioria das pacientes que acompanhamos e orientamos.

Há que orientá-la como “portadora de agenésia uterina” e fazendo saber aos familiares, quando o diagnóstico é feito antes na infância que a menina necessitará, após o término da adolescência e do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, da necessidade de extirpação das “gônadas ou hérnias” pelo maior risco de desenvolvimento tumoral em gônadas ectópicas.

A extirpação desta gônada às vezes poderá ser feita precocemente e erradamente na infância, coexistindo no tratamento “hérnias” que poderão estar associadas.

CONCLUSÃO

Ao nosso ver não há justificativa para criarmos “atrapalhos emocionais” maiores a estas pacientes. Concluímos que são “mulheres” com uma problemática endócrina, que necessitarão de suplementação hormonal após o procedimento de orquiectomia bilateral, e nenhum procedimento poderá ser realizado sem o consentimento informado.

É o parecer.

Curitiba, 09 de janeiro de 2006.

Mauri José Piazza
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR N°. 03/2006
Parecer CRMPR N°. 1726/2006
Parecer Aprovado
Sessão Plenária n° 1684, de 13/06/2006

EXAME DE HIV QUE RESULTOU POSITIVO, MAS PACIENTE NÃO RETORNOU PARA CONHECER O RESULTADO

Célia Inês Burgardt*

Palavras-chave: HIV positivo, ausência de reconsulta, comunicação, responsabilidade do médico assistente

HIV EXAM WHICH WAS POSITIVE, BUT PATIENT DID NOT RETURN FOR THE RESULTS

Key words: HIV positive, lack of follow-up appointment, communication, responsibility of assistant doctor

CONSULTA

A Dra. A. M. L. S. encaminha correspondência a este CRM, nos seguintes termos:

“... ”

Esteve em seu consultório uma paciente solicitando a realização de “check up”, para o que foram solicitados diversos exames e realizados, entre os quais, o para HIV.

Tais exames foram devidamente realizados pela paciente em laboratório, com solicitação de entrega de resultados diretamente a médica ora solicitante.

Conforme combinado com a paciente, esta retornou posteriormente ao consultório médico a fim de receber os resultados e orientações referentes aos exames realizados. Saliente-se aqui que a paciente encontrava-se bem de saúde, sendo apenas exames de rotina.

Todavia, dos resultados recebidos, especificamente o exame realizado para identificação da HIV resultou inconclusivo, o qual fora devidamente esclarecido a paciente em seu retorno, inclusive com o esclarecimento da dependência e necessidade de solicitação de realização de exame confirmatório. Por fim, solicitou-se o retorno ao consultório médico no prazo máximo de 30 dias, para esclarecimento do exame solicitado como confirmatório.

Acontece que a paciente, conforme solicitado, realizou a coleta de material em laboratório para o exame confirmatório, porém não mais retornou ao consultório para recebimento do resultado, o qual concluiu como positivo para HIV. Diante disso pergunta-se:

* Conselheira Relatora CRM/PR.

1. Faz-se obrigatório, dado o rompimento unilateral da paciente com a médica (ausência de retorno ao consultório), desta diligenciar no sentido de localizar a paciente e fornecer-lhe o resultado de seu exame ou tal conhecimento seria faculdade da paciente de obtê-lo ou não?

2. Sendo a paciente casada, deve a médica obrigatoriamente comunicar o parceiro da paciente, mesmo sem a ocorrência de seu retorno? Nesse tópico, como fica a questão do sigilo médico? Primeiramente deve-se facultar a paciente comunicar aos seus parceiros? Como identificar a existência de outros parceiros e qual o comprometimento médico neste diapasão?

3. Estando a médica de posse do resultado positivo, deve existir o caráter investigativo para localização da paciente pela médica, ou isto não lhe é atributo? Como se entende a atitude do médico, frente ao Código de Ética Médica, caso busque o retorno do paciente ao seu consultório, independente da sua procura? – Esclareça em confronto com a questão subjetiva da faculdade da paciente escolher outro médico e o querer conhecer ou não o resultado.

4. Em sendo a paciente apenas soropositivo para HIV, estando bem de saúde e não tendo recebido ciência do resultado confirmatório, como agir frente à questão do dever de comunicado junto a vigilância e seus controles epidemiológicos? Quais são os critérios para obrigatoriedade desta informação? No caso de enquadramento, a informação deve ser obrigatoriamente prestada independente do conhecimento prévio da paciente? Em caso positivo como preencher o formulário e responder aos quesitos sem a paciente?

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Quanto às perguntas realizadas temos a considerar:

- Pergunta 1:

Entendemos que o resultado positivo do exame comprobatório de HIV é extremamente importante para os cuidados que ora se fazem necessários para a paciente e seus contatos. Desta forma recomendamos que a médica, responsável pela solicitação deste exame, localize a referida paciente para comunicar-lhe o resultado. Esta situação deve estar devidamente registrada no prontuário ou ficha médica da paciente.

- Pergunta 2:

É dever do médico comunicar diretamente à pessoa, seu paciente, sobre o resultado do exame que foi realizado. O médico deve recomendar a ele da “necessidade do envolvimento do(s) parceiro(s), que deve(m) ser comunicado(s) e estimulado(s) a fazer o teste. Orientar sobre a adoção de práticas seguras, tanto para o benefício individual (possibilidade de recepção de novas cargas de vírus, o que

tende a apressar o desenvolvimento da doença sintomática), como para impedir a transmissão para outras pessoas” (SMC, 2002).

- Pergunta 3:

Respondido na pergunta 1.

- Pergunta 4:

Segundo as orientações da Secretaria Municipal de Curitiba, 2002, “a notificação dos dados epidemiológicos das ocorrências é uma obrigatoriedade legal e destina-se a produzir um perfil populacional, possibilitando a identificação de segmentos da comunidade sob risco especial, orientando a adoção de ações preventivas direcionadas, além de subsídio para o planejamento e dispensação da medicação.

Devem ser notificados os casos confirmados de AIDS e todos os portadores de HIV. O profissional que diagnostica os casos deve notificá-los, pois é quem tem o vínculo de confiança como o paciente podendo, portanto, registrar dados mais fidedignos. Todos os cuidados devem ser tomados no sentido de garantir o sigilo das informações prestadas. O profissional que coleta os dados deve lacrar o envelope, antes de encaminhá-lo ao setor de vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Curitiba “.

Existe um telefone para orientações operacionais, a saber, 3321-2786, 3321-2739, 3321-2793 ou plantão de final de semana 9961-5194.

É o parecer.

Curitiba, 23 de janeiro de 2006.

Célia Inês Burgardt
Cons^a. Relatora

Processo-Consulta CRMPR N°. 85/2006
Parecer CRMPR N°. 1727/2006
Parecer Aprovado
Sessão Plenária nº 1744, de 23/01/2006

USO DE DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS

Roberto Luiz d'Ávila*

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

Palavras-chave: desfibrilador automático, emergência, leigos, com treinamento, supervisão médica

THE USE OF AUTOMATIC DEFIBRILLATORS

Key words: automatic defibrillator, emergency, layman, trained, medial supervision

APRESENTAÇÃO

Através do Ofício CFM nº 2.442/2000, de 27 de abril de 2000, fomos designados para emitir parecer sobre a consulta, por correspondência eletrônica, feita pelo Dr. M.A.L.F., que se apresenta como médico de Ribeirão Preto, com o seguinte teor: *“Eu gostaria de saber se é permitido o uso de desfibriladores automáticos por pessoas treinadas, mas não-médicas?”*

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

PARECER

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

* Conselheiro Relator Federal.

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

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

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

É evidente que tal treinamento e acompanhamento devem ser realizados por médicos, em cursos promovidos pelas Sociedades de Especialidades afins, com emissão dos certificados ao final dos cursos de capacitação, juntamente com o treinamento em suporte básico de vida, devidamente fiscalizados pelos Conselhos de Medicina.

Este é o parecer, S.M.J.

Brasília, 21 de novembro de 2001

Roberto Luiz d'Ávila
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º. 1040/2000
Parecer CFM N.º. 44/2001
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 21/11/2001

Ambição e Ética

Stephen Kanitz*

Ambição é tudo o que você pretende fazer na vida. São seus objetivos, seus sonhos, suas resoluções para o novo milênio. As pessoas costumam ter como ambição ganhar muito dinheiro, casar com uma moça ou um moço bonito ou viajar pelo mundo afora. A mais pobre das ambições é querer ganhar muito dinheiro, porque dinheiro por si só não é objetivo: é um meio para alcançar sua verdadeira ambição, como viajar pelo mundo. No fim da viagem você estará de volta à estaca zero quanto ao dinheiro, mas terá cumprido sua ambição.

As pessoas mais infelizes que eu conheço são as mais ricas. Quanto mais rico, mais infeliz. Nunca me esqueço do comentário de uma copeira, na casa de um empresário arquimilionário, que cochichava para a cozinheira: “Todas as festas de rico são tão chatas como está?” “Sim, todas sem exceção”, foi a resposta da cozinheira.

De fato, ninguém estava cantando em volta de um violão. Os homens estavam em pé numa roda falando de dinheiro, e as mulheres numa outra roda conversavam sobre não sei o que, porque eu sempre fico preso na roda dos homens falando de dinheiro.

Não há nada de errado em ser ambicioso na vida, muito menos em ter “grandes” ambições. As pessoas mais ambiciosas que conheço não são os pontocom que querem fazer uma IPO (sigla de oferta pública inicial de ações) em Nova York. São os líderes de entidades beneficentes do Brasil, que querem “acabar com a pobreza do mundo” ou “eliminar a corrupção do Brasil”. Esses sim, são projetos ambiciosos.

Já, ética são os limites que você se impõe na busca de sua ambição. É tudo o que você não quer fazer na luta para conseguir realizar seus objetivos. Como não roubar, mentir ou pisar nos outros para atingir sua ambição. A maioria dos pais se preocupa bastante quando os filhos não mostram ambição, mas nem todos se preocupam quando os filhos quebram a ética. Se o filho colou na prova, não importa, desde que tenha passado de ano, o objetivo maior.

Algumas escolas estão ensinando a nossos filhos que ética é ajudar os outros. Isso, porém, não é ética, é ambição. Ajudar os outros deveria ser um objetivo de vida, a ambição de todos, ou pelo menos da maioria. Aprendemos a não falar em sala de aula, a não perturbar a classe, mas pouco sobre ética. Não conheço ninguém que tenha sido expulso da faculdade por ter colado do colega. “Ajudar” os outros, e nossos colegas, faz parte de nossa “ética”. Não colar dos outros, infelizmente, não faz.

O problema do mundo é que normalmente decidimos nossa ambição antes de nossa ética, quando o certo seria o contrário. Por quê? Dependendo da ambição, torna-se difícil impor uma ética que frustrará nossos objetivos. Quando percebemos que não conseguiremos alcançar nossos objetivos, a tendência é reduzir o rigor ético, e não reduzir a ambição. Mônica Lewinsky, uma insignificante estagiária na Casa Branca, colocou a ambição na frente da ética, e tirou o Partido Democrata do poder, numa eleição praticamente ganha, pelo enorme sucesso da economia na sua gestão. Definir cedo o comportamento ético pode ser a tarefa mais importante da vida, especialmente se você pretende ser um estagiário. Nunca me esqueço de um almoço, há 25 anos, com um importante empresário do setor eletrônico. Ele começou a chorar no meio do almoço, algo incomum entre empresários, e eu não conseguia imaginar o que eu havia dito de errado. O caso, na realidade, era pessoal: sua filha se casaria no dia seguinte, e ele se dera conta de que não a conhecia, praticamente. Aquele choro me marcou profundamente e se tornou logo cedo parte da ética na minha vida: nunca colocar minha ambição à frente da minha família.

Defina sua ética quanto antes possível. A ambição não pode anteceder-la, é ela que tem de preceder à sua ambição.

* Administrador - www.kanitz.com.br

PARECER DO CREMERS DIZ QUE NÃO EXISTE “ALTA A PEDIDO”

O consultor jurídico Dr. Toni Roberto Kunzler Saldanha Cheiran, em seu Parecer sobre a chamada “alta a pedido”, na qual o paciente ou seu responsável informa ao médico assistente ou responsável seu desejo de não mais permanecer internado, esclarece o posicionamento do Cremers em face dos inúmeros questionamentos feitos por médicos.

Estes indagam sobre a extensão da liberdade de escolha do tratamento pelo paciente, direito este garantido pelo art. 56 do Código de Ética Médica, em que evidentemente não se incluem as situações de iminente perigo de vida, bem assim a validade e função dos “termos de responsabilidade” assinados pelo paciente ou seu responsável, no sentido de efetivamente servirem para atenuar a responsabilidade do hospital e dos profissionais envolvidos no caso.

A posição majoritária da atual formação do Pleno do Cremers é de que a “alta” é um “ato médico”, tratando-se, pois, de conduta privativa do profissional médico por englobar tanto a análise das condições físicas quanto psiquiátricas do paciente, determinando-se a situação deste estar em condições de receber tratamento fora do ambiente hospitalar ou de não mais necessitar desse, não podendo, portanto, ser delegada a qualquer outra pessoa.

No Parecer, o Dr. Toni Cheiran explica que se o paciente ou seu responsável “pedir” ao médico que lhe conceda a alta, o profissional irá realizar uma série de procedimentos técnicos que fundamentará a viabilidade do pedido, e somente quando a entender viável autorizará essa alta. Caso o médico informe ao requerente sua contrariedade e, mesmo assim, houver insistência na alta, deve fazer constar o fato no prontuário do paciente e, se for o caso, informá-lo de que pela quebra de confiança demonstrada, não mais será seu médico assistente, repassando o caso à direção do estabelecimento, que acatará o pedido, liberando o paciente, ou determinará que outros médico fique por ele responsável.

O consultor jurídico ressalta que os médicos não devem utilizar o termo “alta a pedido”, mas sim “alta administrativa”, que será minuciosamente relatada no termo de responsabilidade a ser assinado pelo paciente ou seu responsável, bem como, já citado, no prontuário médico. Jurídica e eticamente não existe “alta a pedido”, mas apenas “alta”, que é ato médico, ou “alta administrativa”, autorizada pela instituição quando da contrariedade do médico em liberar o paciente.

Quando o caso envolver menores de idade, tendo em vista o interesse do paciente, deve o médico informar ao Conselho Tutelar ou Juizado da Infância e Adolescência da circunscrição sobre a situação, para que tomem as devidas medidas preventivas. O advogado ressalta que a internação, quando por motivos psiquiátricos, pode ser voluntária ou involuntária. O paciente que sofre de distúrbios psiquiátricos, quando requer sua desinternação, pode ainda não se encontrar, no entendimento do médico, em condições de retornar ao convívio da sociedade, sendo que, se for voluntária, o profissional, sendo que, se for voluntária, o profissional deve comunicar sua contrariedade ao representante do Ministério Público ou Conselho Tutelar (em caso de se tratar de menor de idade), requerendo a conversão da internação em “involuntária”, também chamada de “compulsória”. Se a internação já era, desde o início, oriunda de determinação judicial, deve o médico comunicar o fato à autoridade que determinou a internação e requerer orientação sobre como proceder, de maneira a se resguardar de eventuais complicações futuras e para estar, acima de tudo, agindo no interesse do enfermo.

Enfim, a alta tem de ser considerada sempre como “ato médico”, somente podendo ser autorizada pelo profissional regularmente habilitado ao exercício da medicina.

Jornal do Cremers – Abril/2003.



Braçadeira da Cruz Vermelha Alemã

Esta braçadeira original foi usada pelos membros da área da saúde da Cruz Vermelha da Alemanha durante a 2ª. Grande Guerra. (comprimento 39 cm x largura 7,3 cm.) No seu verso interno está carimbada a palavra "Berlin" e a cruz suástica do regime Nazista.

Distintivo e Símbolo da Força Expedicionária Brasileira

Distintivo usado na 2ª. Grande Guerra Mundial confeccionada em metal fino que foi recebido após o término da Guerra. O original deveria ser em tecido e a cobra bordada mas o trabalho não ficou pronto. Bordadeiras italianas o realizaram sem grande qualidade segundo dizem os relatos, sendo usados na Itália. (altura 6,3 cm x largura 5,7 cm).

Palavras-chave - história da medicina, braçadeira, Cruz Vermelha Alemã, II Grande Guerra Mundial, distintivo metálico, Força Expedicionária Brasileira

Key-words - history of medicine, armband, German red cross, World War II, metal badge, Brazilian Expedition Force

* Diretor do "Museu de Medicina" da Associação Médica do Paraná.

Para doações, ligue à secretaria da AMP - 0xx41. 3024-1415

Visite nosso site www.amp.com.org