# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina do Paraná

Arg Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 25	n 07	p. 01-060	Jan./Mar.	2008
Ard Colls Region Med do 1 k	Corriba	V. 23	11. 77	p. 01-000	Juli./Mul.	2000

#### **EDITOR**

**Ehrenfried Othmar Wittig** 

#### **CONSELHO EDITORIAL**

Donizetti D. Giamberardino Filho Ehrenfried O. Wittig Gerson Z. Martins

Hélcio Bertolozzi Soares Hernani Vieira João M. C. Martins Luiz Sallim 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.

#### **ENDERECOS**

#### **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 e Comissão de Qualificação Profissional: cap@crmpr.org.br

Comissão de Atualização Cadastral de E-mails: correio@crmpr.org.br

Assessoria de Imprensa: imprensa@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** 

cfm@cfm.org.br

Home-Page 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

#### **DIGITAÇÃO**

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@serzegraf.com.br

#### **EDICÃO**

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

#### REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

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

#### RESPONSABILIDADE

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

#### **NORMAS PARA OS AUTORES**

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

TEXTO - os originais devem ser encaminhados ao editor, digitados em software Microsoft Word 97 for Window, em uma via, com página contendo 30 linhas em duplo espaço, em papel tipo A4 (212 x 297 mm) com margens de 30 mm e númeração das páginas no canto inferior direito da página direita e a esquerda na página esquerda. Os pareceres, leis, resoluções, monografias, transcrições, terão as palavras-chave e key words inseridas no final do texto, que evidentemente não seguirão as normas para artigos técnicos ou cientíticos 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:

<u>Título</u> - sintético e preciso, em português.

<u>Autor(es)</u> - nome(s) e sobrenome(s)

<u>Procedência</u> - 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.

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

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

<u>Tabelas</u> - 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. <u>llustrações (Fotos e Gráficos)</u> - 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. llustrações coloridas serão custeadas pelos autores.

<u>Referências</u> - devem ser limitadas ao essencial para o texto. Numerar em ordem seqüêncial de citação no texto. A forma de referência é a do Index Médicus. Em cada referência deve constar:

<u>Artigos</u> - 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.

<u>Livros</u> - 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).

<u>Capítulo do livro</u> - 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**

Arg Cons Region Med do PR

#### FICHA CATALOGRÁFICA

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná" Conselho Regional de Medicina do Paraná Curitiba, v. 25, n.97, 2008 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

AKTIGO
Medicamentos Excepcionais - A Ética da Prescrição sob o Enfoque da Responsabilidade Social
Elpídio Gomes
RESOLUÇÃO
Proibida a Colocação do CID e Tempo de Consulta nas Guias da TISS
Delegacia Regional Metropolitana de Curitiba CRMPR
Delegacia Regional do Litoral do Paraná CRMPR
Médicos Atuantes nos Municípios Fronteiros são Dispensados da Taxa de Inscrição Secundária
CRMPR
Médico em Escala de Plantão de Disponibilidade ou à Distância Deve ser  Remunerado  CREMESP
PARECERES
Questões Éticas Referentes a Descrição e Assinatura em Cirurgias Pelo
Cirurgião e Auxiliar
Romeu Bertol
O Médico Regulador
Romeu Bertol
Administrativamente  Célia Inês Burgardt
Não é Permitido a Presença de Câmera de Vigilância em Consultório Médico
Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Relação de Médico, Consultório ou Hospital com Credenciamento em
Operadoras de Plano de Saúde Alexandre Gustavo Bley
Cabe ao Médico Responsável Pelo Ato Cirúrgico Acordar os Honorários da Equipe
Alexandre Gustavo Bley
Confidencialidade  Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Laqueadura e Vasectomia pelo SUS
Alexandre Gustavo Bley
A Prescrição de Antibióticos nas Unidades Hospitalares Obedecerá as Normas de CCIH
Célia Inês Burgardt
Cirurgias em Pacientes Transexuais: Não Aceitação de Laudos Psicológicos de Acompanhamento por Dois Anos, Vindos do Exterior
Gérson Zafalon Martins e Luiz Salvador de Miranda Sá Jr
NOTAS DA IMPRENSA
Sarkozy Quer "Castração Química" Para Pedófilos
Gazeta do Povo
Folha de São Paulo
Jornal Estado de São Paulo
Controle e Fiscalização de Substâncias Psicotrópicas Anorexígenas. Novas Normas da ANVISA
Dirceu Raposo de mello
O que Fazer com os Prontuários Quando um Hospital é Fechado
CRMESP
MUSEU DE HISTÒRIA DA MEDICINA
Instituto Médico Legal Ehrenfried Othmar Wittig



# MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS – A ÉTICA DA PRESCRIÇÃO SOB O ENFOQUE DA RESPONSABILIDADE SOCIAL

#### Bruno Lundgren Rodrigues Aranda\*

É correto que o Estado seja obrigado a fornecer medicamentos de dispensação excepcional ou de altos custos, não previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, por decisão judicial?

**Palavras-chave**: medicamentos excepcionais, ética da prescrição, responsabilidade social, direito à saúde

# EXCEPTIONAL REMEDIES – PRESCRIPTION ETHICS WITH THE FOCUS ON SOCIAL RESPONSIBILITY

**Key words:** excepcional medicines, prescription ethics, social responsibility, right to health

#### Sumário

1. Introdução - 2. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988 - 3. Os medicamentos excepcionais - 4. Limitações impostas pelo Estado no fornecimento de medicamentos excepcionais e a possibilidade de intervenção do Poder Judiciário - 5. Conclusão - 6. Bibliografia.

### 1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 erigiu o direito à saúde a um direito social, garantindo o acesso universal e igualitário dos cidadãos às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Para tanto, é dever do Poder Público organizar as ações que garantam o direito à saúde, respeitando-se os princípios da universalidade de cobertura e do atendimento e da uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais. Desse modo, a ordem constitucional vigente criou o SUS (Sistema Único de Saúde), como instrumento para efetivar as garantias expressamente consignadas ao longo do texto constitucional.

Por outro lado, em relação ao fornecimento de medicamentos excepcionais, e mais especificamente àqueles que não constam em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, tem sido prática comum a negativa de seu fornecimento pelo Estado do Paraná sob a justificativa de ausência de previsão específica nos referidos protocolos.

Entretanto, a conduta do Estado não tem se mostrado consentânea com os valores constitucionais, pois a negativa no fornecimento de medicamentos excepcionais

 <sup>\*</sup> Assessor Jurídico do Ministério Público do Estado do Paraná. Monografia premiada em 2º lugar. Concurso Melhor Monografia sobre Ética Médica 2007, promovida pelo CRMPR

que não figuram em listas oficiais não deixa de ser flagrante afronta ao direito à saúde, à vida e à dignidade humana. Em razão desse contexto, aqueles que necessitam de tais medicamentos têm se valido de liminares obtidas em ações judiciais que determinam ao Estado a pronta entrega dos medicamentos que não constam em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

Todavia, o cumprimento das inúmeras liminares concedidas pelo Poder Judiciário tem comprometido o orçamento destinado à saúde, o que leva o Estado a sustentar limitações de ordem administrativa (a ausência de previsão do medicamento em protocolos clínicos), de ordem financeira (a "reserva do possível") bem como de ordem política (ingerência do Poder Judiciário na condução das políticas públicas de saúde).

Sob outro enfoque, muitas prescrições de medicamentos excepcionais ausentes dos protocolos clínicos carecem de fundamentação clínica e técnica suficientes. Dessa forma, não é raro que médicos prescrevam produtos recém lançados no mercado, mas que sequer possuem sua eficácia comprovada ou que, mesmo se tratando de medicamento supostamente eficaz, cujo embasamento científico revela sucesso no tratamento, é prescrito antes mesmo de se ter ministrado aquelas drogas que compõem as listas oficiais do Ministério da Saúde, onerando desnecessariamente os cofres públicos.

Nessa linha de raciocínio, é cediço também que o "lobby" da indústria farmacêutica, assim como estreitas ligações entre indústrias e médicos, contribuem para o aumento generalizado de liminares concedidas pelo Poder Judiciário.

Mas como será demonstrado, tais obstáculos não podem servir jamais de barreira ao direito público subjetivo à saúde e a qualquer tipo de privação do direito à vida do cidadão.

### 2. O DIREITO À SAUDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

As Constituições brasileiras anteriores à atual carta constitucional não asseguravam o direito à saúde. Ficava a cargo do Estado exercer políticas de assistência pública, edição de normas de proteção à saúde pública e prestação de assistência médica e hospitalar ao trabalhador filiado ao regime previdenciário, sem, contudo, garantir ao cidadão o direito à saúde em sua plenitude.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde – que já era reconhecidamente definido como um direito fundamental de segunda geração<sup>1</sup> - foi alçado à categoria de direito social (art. 6°, CF/88). Consoante os dizeres de José Afonso da Silva, os direitos sociais "são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais"<sup>2</sup>.

Os direitos de segunda geração são os direitos econômicos, sociais e culturais. São direitos que se identificam com as liberdades positivas, reais ou concretas, dando ênfase ao princípio da igualdade. O reconhecimento desses direitos remonta às mudanças estruturais na sociedade e no Estado após a Revolução Francesa (Séc. XIX), o que gera espanto frente a demora do Poder Constituinte em elevar o direito à saúde ao "status" de direito fundamental constitucionalmente assegurado.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Curso de Direito Constitucional Positivo. 23<sup>a</sup> ed, Malheiros, p. 285.

Debruçando-se sobre o texto constitucional, observa-se que o direito à saúde não foi resguardado apenas no capítulo dos direitos sociais. A Constituição Federal, também conhecida como "Constituição Cidadã", dispensou tratamento especial ao direito à saúde, na medida em que este, ao lado da previdência e da assistência social, compõe a seguridade social (art. 194, CF).

Dessa forma, e conforme expressa previsão constitucional acerca do tema, o Poder Público deve organizar as ações tendentes a assegurar o direito à saúde observando os princípios da universalidade de cobertura e do atendimento (art. 194, parágrafo único, inciso I, CF) e uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais (art. 194, parágrafo único, inciso II, CF).

Em relação ao primeiro princípio, o legislador constitucional pretendeu assegurar a todos que vivem no território nacional o mínimo indispensável à sobrevivência com dignidade, impondo, inclusive, o respeito à igualdade, com a finalidade de obstar a exclusão de parcela da população da proteção social que deve ser garantida pela seguridade social.

Quanto ao segundo princípio, constitui reflexo do princípio da igualdade, expressamente consagrado no artigo 5° da Constituição Federal³, e visa garantir a igualdade de tratamento entre todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros que se encontrem em território nacional, sendo vedada qualquer forma de discriminação, buscando sempre a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Nesse sentido é a redação do artigo 196 da Constituição Federal:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Neste ponto, é oportuno trazer a manifestação de Marcelene Carvalho da Silva Ramos, Procuradora do Estado do Paraná<sup>4</sup>:

[...] o direito à saúde tem duas faces: uma, a da preservação da saúde, outra, a da proteção e recuperação da saúde. O direito à preservação da saúde tem como contrapartida as políticas que visam à redução do risco de doença, situando-se o próprio direito a um meio ambiente sadio. Está aqui uma prevenção genérica, não individualizável, da doença. O direito à proteção e recuperação da saúde é o direito individual à proteção da doença e seu tratamento traduz-se no acesso aos serviços e ações destinados à recuperação do doente. Enquanto o primeiro é típico direito de solidariedade, o segundo é típico direito fundamental à prestação positiva.

Impende destacar ainda a expressa determinação de que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, o que revela a essencialidade das políticas públicas inerentes ao direito à saúde (art. 197, CF). Em outras palavras, isso implica dizer que as ações e serviços de saúde estão sujeitos à regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público.

Como reflexo da relevância pública outorgada pelo texto constitucional ao

<sup>3</sup> Art. 5°. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

O Direito Fundamental à Saúde na Perspectiva da Constituição Federal. A & C Revista de Direito Administrativo e Constitucional, Belo Horizonte, ano 5, n. 22, p. 153.

direito à saúde, a Constituição Federal de 1988 (art. 198) previu a criação de um sistema único de saúde, nos seguintes termos:

- Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
  - I descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
  - III participação da comunidade.

Analisando a redação constitucional, a regionalização das ações e serviços públicos de saúde se relaciona com as variações demográficas e de perfis epidemiológicos nas diversas regiões do país. Quanto à hierarquização, esta deve ser entendida no sentido de que<sup>5</sup>:

[...] a assistência à saúde exige que o estado disponha de todos os recursos, dos mais simples aos mais complexos, para recuperar a saúde do individuo. Daí falar-se em nível de atenção primária (postos de saúde ou unidades básicas de saúde), nível de atenção secundária, terciária e quaternária (hospitais de pequeno, médio e grande porte, em que a grandeza é medida não tanto pelo tamanho físico, mas pelo potencial de atendimento nos casos mais complexos de agravo à saúde).

Esta decorre, portanto, dos diferentes níveis de complexidade da rede de atendimento.

A descentralização com direção única significa dizer que a unicidade se refere à preservação de suas características essenciais (art. 7° da Lei n.º 8.080/90) mas o sistema é dirigido, em cada esfera de governo, pelo órgão político-administrativo responsável pelo setor de saúde: Ministério da Saúde no âmbito da União e respectivas Secretarias da Saúde no âmbito dos Estados, Municípios e Distrito Federal.

A integralidade do atendimento significa, consoante as palavras de Guido Ivan Carvalho e Lenir Santos<sup>6</sup>:

- 1) identificar os fatores condicionantes e determinantes da saúde e, em conseqüência, formular a política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução dos riscos de doenças e outros agravos ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade;
- 2) prestar assistência às pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando as medidas assistenciais com as preventivas.

Ainda a propósito da integralidade, é relevante trazer o entendimento de Marlon Alberto Weichert<sup>7</sup>, citado pelo Promotor de Justiça Paulo César Vieira Tavares<sup>8</sup> em trabalho apresentado no Encontro Estadual do Ministério Público do Paraná<sup>9</sup>:

<sup>5</sup> CARVALHO, Guido Ivan e Lenir Santos. Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica da Saúde. 3ª ed. Editora da Unicamp. p. 90, 2001.

<sup>6</sup> Idem, p. 65.

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Saúde e Federação na Constituição Brasileira, Ed. Lumen Juris, p. 170, 2004.

<sup>8</sup> Promotor de Justiça da Comarca de Londrina, atuando na Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos e Garantias Constitucionais e da Saúde Pública.

<sup>9</sup> TAVARES, Paulo César Vieira. A assistência integral no âmbito do Sistema Único de Saúde: impossibilidade de regramentos administrativos se sobreporem à Constituição Federal e atuação do Ministério Público diante da demanda por medicamentos. Londrina, 2007. Trabalho apresentado no Encontro Paranaense do Ministério Público, realizado entre os dias 28 e 30 de junho de 2007.

[...] a integralidade implica, pois, no dever de serem oferecidos serviços integrais à saúde, qualquer que seja a doença ou agravo. Vale dizer, o cidadão tem o direito a tratamento para qualquer patologia, ainda que de extrema complexidade e de elevado custo (...). No caso da rede do SUS, a integralidade é princípio constitucional e fundamenta, inclusive, a obrigatoriedade do poder público oferecer serviços em todas as especialidades e complexidades, mesmo quando não rotineiramente incluídas na sua lista de serviços. Não pode o Poder Público deixar de prestar adequado atendimento, ainda que se trate de mal raro.

Nesse passo, conclui-se também que o texto constitucional não faz qualquer distinção nos serviços públicos de saúde quanto à condição social e econômica do cidadão. Desta feita, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde no âmbito do SUS obriga o Poder Público a ofertá-los de forma integral, sendo irrelevante, para tanto, o custo destes serviços, o que ganha maior destaque em se tratando de medicamentos excepcionais, mesmo aqueles que não se encontrem em listas do SUS ou sequer registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

#### 3. OS MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

O programa para fornecimento de medicamentos excepcionais teve início no Brasil em 1982<sup>10</sup>. Conforme definição fornecida pela própria Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, os medicamentos excepcionais são aqueles medicamentos "de alto custo (caro) e/ou que usados diariamente se tornam caros, definidos pelo Ministério da Saúde e distribuídos pela Secretaria Estadual de Saúde"<sup>11</sup>.

Complementando a definição acima transcrita, são medicamentos de custo unitário elevado, razão pela qual o fornecimento depende de aprovação específica das Secretarias Estaduais de Saúde. No âmbito do atendimento prestado pelo Sistema Único de Saúde, todo o processo se inicia com o atendimento do paciente em umas das unidades ambulatoriais do SUS, momento em que passará por uma avaliação clínica e laboratorial, cujo objetivo é averiguar o cumprimento dos critérios de inclusão estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT - previstos para as doenças cobertas pelo Programa.

O financiamento do programa se dá através da ação conjunta do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde. O repasse se dá de forma mensal aos Estados, responsáveis pela programação, aquisição e dispensação dos medicamentos, não existindo limite de atendimento aos usuários. Alguns medicamentos, como a imiglucerase, por exemplo, são adquiridos diretamente pelo Ministério da Saúde e enviados trimestralmente aos Estados.

A Portaria GM/MS nº 2.577, de 27 de outubro de 2006, fornece a regulamentação atual do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional da Assistência Farmacêutica – CMDE, definindo, inclusive, a lista de medicamentos (102 fármacos em 208 apresentações farmacêuticas), os CID para os quais a prescrição é autorizada, os valores de repasse aos Estados e as normas de acesso.

<sup>&</sup>lt;sup>10</sup> Disponível em: <a href="http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto">http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto</a> excepcionais.pdf>. Acesso em: 14, ago. 2007.

Disponível em: <a href="http://www.saude.pr.gov.br/farmacia/index.html">http://www.saude.pr.gov.br/farmacia/index.html</a>. Acesso em: 14, ago. 2007.

De acordo com esta regulamentação, o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional disponibilizará medicamentos para tratamento de agravos nos seguintes critérios<sup>12</sup>:

- "1.1. doença rara ou de baixa prevalência, com indicação de uso de medicamento de alto valor unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado; e
- 1.2. doença prevalente, com uso de medicamento de alto custo unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado desde que:
- 1.2.1. haja tratamento previsto para o agravo no nível da atenção básica, ao qual o paciente apresentou necessariamente intolerância, refratariedade ou evolução para quadro clínico de maior gravidade, ou
- 1.2.2. o diagnóstico ou estabelecimento de conduta terapêutica para o agravo estejam inseridos na atenção especializada".

De acordo com a referida portaria, a inclusão de novos medicamentos ou ampliação de cobertura para aqueles já existentes (autorização de novos CID) a partir de solicitação de gestores, órgãos da área de saúde, dentre outros, deverá obedecer aos fluxos e critérios estabelecidos pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC/MS, criada pela Portaria 152 de 19 de janeiro de 2006.

Ademais, dentre os critérios definidos pela Comissão para admissibilidade de solicitações estão o registro do medicamento, a indicação terapêutica requerida e a definição de preço junto ao órgão regulador. Avulta ressaltar que a incorporação de novos medicamentos no CMDE terá como base os preceitos da medicina baseada em evidências, comprovando-se, dessa forma, a eficácia e segurança do medicamento, além de vantagem com relação à opção terapêutica já disponibilizada (maior eficácia ou segurança ou menor custo) e/ou oferecer concorrência dentro de um mesmo subgrupo, como estratégia reguladora de mercado. Além do mais, novas inclusões devem obter respaldo através da publicação dos respectivos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs).

Por fim, é relevante destacar que o Governo do Paraná oferece medicamentos excepcionais por intermédio do programa "Farmácia Especial", através do qual são atendidas as seguintes patologias<sup>13</sup>:

Acne Esclerose múltipla
Acromegalia Espasticidade
Anemia IRC Esquizofrenia
Artrite reumatóide Fenilcetonúria
Asma grave Fibrose Cística

Dislipidemias Hepatite Viral Crônica B
Distonias Hepatite Viral Crônica C

Doença de Alzheimer Hipertrofia IRC

<sup>&</sup>lt;sup>12</sup> Disponível em: <a href="http://www.in.gov.br/materias/xml/do/seca01/2407651.xml">http://www.in.gov.br/materias/xml/do/seca01/2407651.xml</a>. Acesso em: 14, ago. 2007.

<sup>&</sup>lt;sup>13</sup> Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/farmacia/index.html>. Acesso em: 14, ago. 2007.

Doença de Crohn Doença de Gaucher Doença de Parkinson Doença de Wilson Doença Falciforme

Epilepsia

Esclerose Lateral Amiotrófica

Hiperplasia adrenal congênita Hipotireoidismo Congênito

Neutropenia Osteoporose

Profilaxia da Reinfecção Retocolite Ulcerativa Transplantes Renais

# 4. LIMITAÇÕES IMPOSTAS PELO ESTADO NO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS E A POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO.

Mesmo com o modelo de proteção ao direito à saúde assegurado pela Constituição Federal, com o passar dos anos o Estado não tem conseguido oferecer de maneira satisfatória as prescrições médicas referentes a medicamentos de alto custo.

Um dos principais fatores utilizados pelo Poder Público para sustentar a negativa no fornecimento de medicamentos excepcionais é ausência destes medicamentos nas listas oficiais do Estado, o que, em uma análise superficial, levaria à conclusão de que o Estado estaria desobrigado a fornecer medicamentos que não estejam dentre aqueles já elencados em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas elaborados pelo Ministério da Saúde, em razão da limitação orçamentária quanto às políticas de saúde pública. Entretanto, a questão não pode ser examinada apenas quanto a aspectos burocráticos ou financeiros.

Ao longo dos anos tem-se aumentado a prescrição de medicamentos excepcionais que, apesar de não fazerem parte de listas oficiais do SUS, possuem assento científico adequado – com comprovação de sua eficácia – e aprovação por órgãos análogos à ANVISA em outros países, como o FDA (Food and Drug Administration) nos Estados Unidos e a EMEA (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products) na Europa, órgãos reconhecidamente de grande credibilidade.

No entanto, mesmo ciente da eficácia de novos medicamentos que não compõem as listas oficiais do SUS, e diante da comprovação médica de que os medicamentos previstos em listas oficiais não provocaram os efeitos desejados no paciente durante o tratamento, o Estado, em deliberada recalcitrância, constantemente nega o fornecimento do fármaco.

Como se sabe, muitas vezes os protocolos clínicos não acompanham a evolução técnica-científica da Medicina, além do fato de que muitas patologias sequer são objeto dos protocolos. Por esses motivos, há que se relativizar a obediência a esses entraves burocráticos. Não se pretende defender aqui a subversão dos atos que regulamentam o fornecimento de medicamentos excepcionais. Sua relevância é deveras reconhecida, pois através deles é que se regulam os critérios de diagnóstico de cada doença, critérios de inclusão e exclusão de pacientes ao tratamento, doses corretas dos medicamentos indicados bem como os mecanismos de controle, acompanhamento e avaliação. Todavia, "quando tais documentos não contemplam medicamentos de eficácia comprovada que podem salvar vidas ou garantir melhor

qualidade de vida ao usuário, fica evidente que, neste caso, tais documentos devem ser desconsiderados, ainda que excepcionalmente"14.

Em outras palavras, em um Estado de Direito em que se reserva especial proteção à dignidade da pessoa humana, há que se superar quaisquer espécies de restrições normativas, até mesmo porque existe expressa determinação legal sobre a matéria, o que impede a sobreposição de atos administrativos ao império da lei. Assim, merece destaque o contido no artigo 2° da Lei Estadual n° 14.254/03, que regulamenta os direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado do Paraná:

Art. 2º São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado do Paraná: [...].

XXII – receber medicamentos básicos e também medicamentos e equipamentos de alto custo e de qualidade, que mantenham a vida e a saúde.

Ademais, o Código Estadual de Saúde (Lei Estadual nº 13.331/01), em seu art. 12, inciso XVIII, determina que:

Art. 12. Compete à direção estadual do SUS, além do previsto na Lei Orgânica da Saúde:

 $[\ldots].$ 

XVIII - organizar, controlar e participar da produção e da distribuição de medicamentos, de componentes farmacêuticos básicos, produtos químicos, biotecnológicos, imunobiológicos, hemoderivados e outros de interesse para a saúde, facilitando o acesso da população.

Colha-se, ainda, o disposto no artigo 2°, § 1°, da Lei n.° 8.080/90:

Art. 2.° - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Parágrafo 1.º - O dever do Estado consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doença e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

A questão, inclusive, já foi objeto de apreciação pelo STJ, que se posicionou no sentido de que entraves burocráticos não podem servir de óbice à efetividade do direito à saúde e, por conseqüência, do direito à vida:

CONSTITUCIONAL. RECURSO ORDINÁRIO. MANDADO DE SEGURANÇA OBJETIVANDO O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO (RILUZOL/RILUTEK) POR ENTE PÚBLICO À PESSOA PORTADORA DE DOENÇA GRAVE: ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA - ELA. PROTEÇÃO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS. DIREITO À VIDA (ART. 5°, CAPUT, CF/88) E DIREITO À SAÚDE (ARTS. 6° E 196, CF/88). ILEGALIDADE DA AUTORIDADE COATORA NA EXIGÊNCIA DE CUMPRIMENTO DE FORMALIDADE BUROCRÁTICA.

1 - A existência, a validade, a eficácia e a efetividade da Democracia está na prática dos atos administrativos do Estado voltados para o homem. A eventual ausência de cumprimento de uma formalidade burocrática exigida não pode ser óbice suficiente para impedir a concessão da medida porque não retira, de forma

<sup>14</sup> TAVARES, Paulo César Vieira. Ob. cit.

alguma, a gravidade e a urgência da situação da recorrente: a busca para garantia do maior de todos os bens, que é a própria vida.

- 2 É dever do Estado assegurar a todos os cidadãos, indistintamente, o direito à saúde, que é fundamental e está consagrado na Constituição da República nos artigos 6° e 196.
- 3 Diante da negativa/omissão do Estado em prestar atendimento à população carente, que não possui meios para a compra de medicamentos necessários à sua sobrevivência, a jurisprudência vem se fortalecendo no sentido de emitir preceitos pelos quais os necessitados podem alcançar o benefício almejado (STF, AG n° 238.328/RS, Rel. Min. Marco Aurélio, DJ 11/05/99; STJ, REsp n° 249.026/PR, Rel. Min. José Delgado, DJ 26/06/2000).
- 4 Despicienda de quaisquer comentários a discussão a respeito de ser ou não a regra dos arts. 6° e 196, da CF/88, normas programáticas ou de eficácia imediata. Nenhuma regra hermenêutica pode sobrepor-se ao princípio maior estabelecido, em 1988, na Constituição Brasileira, de que "a saúde é direito de todos e dever do Estado" (art. 196).
- 5 Tendo em vista as particularidades do caso concreto, faz-se imprescindível interpretar a lei de forma mais humana, teleológica, em que princípios de ordem ético-jurídica conduzam ao único desfecho justo: decidir pela preservação da vida.
- 6 Não se pode apegar, de forma rígida, à letra fria da lei, e sim, considerála com temperamentos, tendo-se em vista a intenção do legislador, mormente perante preceitos maiores insculpidos na Carta Magna garantidores do direito à saúde, à vida e à dignidade humana, devendo-se ressaltar o atendimento das necessidades básicas dos cidadãos.
- 7 Recurso ordinário provido para o fim de compelir o ente público (Estado do Paraná) a fornecer o medicamento Riluzol (Rilutek) indicado para o tratamento da enfermidade da recorrente.

(RMS 11183/PR, Rel. Ministro JOSÉ DELGADO, PRIMEIRA TURMA, julgado em 22.08.2000, DJ 04.09.2000 p. 121)

Por conseguinte, uma vez demonstrado que determinado medicamento excepcional é fundamental para a saúde e a vida do cidadão, torna-se irrelevante que não haja previsão deste medicamento específico nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Aliás, para se ter uma noção da tamanha inconsistência encontrada nos atuais protocolos, é possível que determinado medicamento excepcional não tenha protocolo clínico específico para a patologia que acomete o cidadão, mas que, por outro lado, esteja inserido em protocolo clínico referente a outro tipo de doença, o que igualmente tem levado o Poder Público a negar o seu fornecimento.

E, se não bastasse a relutância do Estado em fornecer medicamentos excepcionais em virtude das incongruências existentes entre os protocolos clínicos e as necessidades daqueles que necessitam de tais medicamentos, o Poder Público tem se valido também do ficto argumento de ausência de previsão orçamentária, além da suposta ingerência do Poder Judiciário na condução de políticas públicas de saúde, para justificar a impossibilidade de se fornecer medicamentos excepcionais que não constem de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

Entretanto, apesar da relevância da matéria, tais argumentos não podem se revestir de caráter absoluto, pois jamais poderão ser considerados obstáculos à obtenção de tratamento adequado e digno pelo cidadão, motivo pelo qual, diante desse contexto, o Estado do Paraná tem sido alvo de milhares de ações judiciais que determinam, através de liminares, o pronto custeio do medicamento.

Partindo para a análise das limitações suscitadas pelo Estado, quanto à ausência de previsão orçamentária, a escassez de recursos públicos tem edificado o conceito de "reserva do possível", que basicamente significa que a efetividade dos interesses da coletividade está sujeita à disponibilidade de recursos financeiros. Dessa forma, os anseios coletivos ficariam à mercê da discricionariedade do Poder Público na condução das políticas públicas. Logo, a efetividade do direito à saúde, como assegurado pela Constituição Federal, ficaria atrelada ao montante de recursos disponibilizados para tal finalidade.

Contudo, apesar do argumento acima argumento gozar de privilegiada aceitação no universo jurídico, tem-se observado uma inversão de valores ao se negar o fornecimento de medicamentos excepcionais, porquanto a única e verdadeira finalidade do Estado em obter recursos é para atender aos anseios da coletividade, assegurando, dessa forma, as condições materiais mínimas de existência digna ao cidadão. Assim sendo, somente após efetiva garantia do direito à saúde, respeitandose o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde, é que seria conveniente ao Poder Público considerar quais outras áreas devem ser beneficiadas com investimentos.

Além disso, não se pode descurar do que apregoa o princípio da proibição de retrocesso, segundo o qual, nas palavras de Ingo Wolfgang Sarlet<sup>15</sup>:

[...] embora necessariamente não tenha o condão de desconsiderar uma certa margem de liberdade da qual dispõe o legislador numa ordem democrática, impede, todavia, que o legislador venha a desconstituir pura e simplesmente o grau de concretização que ele próprio havia dado às normas da Constituição, especialmente quando se cuida de normas constitucionais que, em maior ou menor escala, acabam por depender destas normas infraconstitucionais para alcançarem sua plena eficácia e efetividade, em outras palavras, para serem aplicadas e cumpridas pelos órgãos estatais e pelos particulares.

Nesse contexto, sendo a saúde direito de todos e, em razão de estar assegurado aos cidadãos do Estado do Paraná o recebimento de medicamentos básicos e também medicamentos e equipamentos de alto custo e de qualidade, que mantenham a vida e a saúde (artigo 2º da Lei Estadual nº 14.254/03), obviamente não pode o Estado, diante de um mandamento judicial, negar cumprimento ao direito à saúde sob o mero enredo que a inexistência de previsão em listas oficiais do Ministério da Saúde traria conseqüências danosas ao orçamento destinado às políticas de saúde pública no Estado do Paraná.

Aliás, merece especial destaque o fato de que, apesar da Carta Constitucional assegurar outros direitos fundamentais, v.g., direito à igualdade; à

Disponível em: <a href="http://www.direitopublico.com.br/pdf\_10/DIALOGO-JURIDICO-10-JANEIRO-2002-INGO-WOLFGANG-SARLET.pdf">http://www.direitopublico.com.br/pdf\_10/DIALOGO-JURIDICO-10-JANEIRO-2002-INGO-WOLFGANG-SARLET.pdf</a>. Acesso em: 17, ago. 2007.

liberdade; à segurança e à propriedade, sem sombra de dúvidas existe a manifesta hegemonia do direito à vida frente aos demais, especialmente porque se trata de bem jurídico que, uma vez desprotegido, esvazia a proteção de todos os outros.

E, para afastar qualquer dúvida quanto à questão orçamentária, é necessário ressaltar a existência de norma constitucional, originária da Emenda Constitucional nº 29/2000, que deu nova redação ao art. 198 da Constituição Federal e ao art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Sobre este ponto, observem-se os esclarecedores apontamentos do Promotor de Justiça Paulo César Vieira Tavares<sup>16</sup>:

"No que se refere ao financiamento do SUS, a Lei Maior, no seu art. 198, parágrafo 1°, prevê como este se verificará, nos termos do art. 195, havendo uma conjugação de recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. A rigor, esta questão do financiamento só foi 'resolvida' com a promulgação da Emenda Constitucional n° 29, de 13 de setembro de 2000, que assegurou o mínimo de recursos necessários para o custeio das ações e serviços públicos de saúde, vinculando necessariamente recursos financeiros da União, Estados, Distrito Federal e Municípios aos gastos em ações e serviços públicos de saúde.

Entretanto, verifica-se que a quase totalidade dos Estados-Membros, que deveriam destinar anualmente 12% de seu orçamento para o setor, não cumpre a Constituição Federal; sendo que, segundo dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), estes entes da Federação deixaram de aplicar, no ano de 2005, nada menos que R\$ 3,45 bilhões. Destacando-se que as diferentes interpretações sobre a definição de gastos em saúde só acabarão com a aprovação do Projeto de Lei Complementar 01/2003, que regulamenta a referida EC 29/2000".

O Promotor de Justiça complementa os dados citados com importante dado extraído do Jornal Folha de São Paulo de 11.3.07, C6, que, ao mencionar o relatório do SIOPS, aponta os Estados que menos investiram na área da saúde, aparecendo o Estado do Paraná em 6º lugar (8,86%), que deixou de aplicar na área R\$ 274.000.000,00 (duzentos e setenta e quatro milhões de reais).

Por outro lado, sobreleva trazer a manifestação do ilustre Secretário Estadual da Saúde, Cláudio Xavier, no sentido de que "o Paraná nunca investiu tanto em saúde pública como hoje [...].. Este governo chamou para si a responsabilidade. O orçamento da Secretaria passou de R\$ 200 milhões para mais de R\$ 600 milhões". Acerca dos medicamentos, o Secretário frisou que o número de ações judiciais cresceu exponencialmente nos últimos anos, cujas cifras passaram de R\$ 704.000,00 (setecentos e quatro mil reais) para R\$ 12.000.000,00 (doze milhões de reais) entre 2003 e 2006<sup>17</sup>. Não se ignora, portanto, o empenho do Estado do Paraná em dar efetividade ao direito à saúde dos cidadãos paranaenses e as dificuldades enfrentadas pelo aumento da demanda por medicamentos, em especial os denominados "excepcionais".

<sup>16</sup> TAVARES, Paulo César Vieira. Ob. cit.

Notícia veiculada em 20/06/07. Disponível em: <a href="http://www.saude.pr.gov.br/noticia/principal.Asp?ld\_cnt=1302">http://www.saude.pr.gov.br/noticia/principal.Asp?ld\_cnt=1302</a>. Acesso em: 17, ago. 2007.

De qualquer forma, resta claro que o Estado do Paraná não tem observado a norma constitucional que exige a aplicação de recursos mínimos na ordem de 12% (doze por cento) do orçamento anual do Estado. Ante essas informações, resta claro também que qualquer argumentação do Estado do Paraná no sentido de se aplicar a "reserva do possível" é carecedora de fundamentação jurídica razoável, já que o Estado não fornece as condições materiais mínimas de existência digna ao cidadão, as quais são exigências expressamente consignadas no texto constitucional.

Ademais, ao se cogitar a inviabilidade orçamentária do Estado para fornecer medicamentos excepcionais que não constam de protocolos, não se pode deixar de observar que, caso fosse constatada a insuficiência de recursos, poderia o Estado do Paraná utilizar-se de créditos adicionais, suplementares ou especiais, à luz do disposto nos artigos 40 e 41, incisos I e II, da Lei nº 4.320/64<sup>18</sup>:

Art. 40. São créditos adicionais, as autorizações de despesa não computadas ou insuficientemente dotadas na Lei de Orçamento.

Art. 41. Os créditos adicionais classificam-se em:

I - suplementares, os destinados a refôrço de dotação orçamentária;

II - especiais, os destinados a despesas para as quais não haja dotação orçamentária específica;

Torna-se apropriado, por fim, transcrever as conclusões de Marcelene Carvalho da Silva Ramos, Procuradora do Estado do Paraná, ao se debruçar sobre o tema<sup>19</sup>:

É cabível concluir que, independentemente da questão orçamentária, os direitos fundamentais constituem direitos fundamentais subjetivos vinculantes, oponíveis ao Estado e plenamente jurisdicizados, sendo que para além de assegurarem o mínimo vital representam a derradeira garantia da dignidade humana, em ordenamentos jurídicos que consagram o Estado de Direito Democrático como o brasileiro.

Por outro prisma, deve ser rechaçado qualquer argumento de que a obrigatoriedade do Estado do Paraná em fornecer medicamentos excepcionais em virtude de liminares concedidas em ações judiciais interfere na atividade administrativa exercida pelo Poder Executivo.

Não se desconhece que a atuação do Poder Judiciário em compelir o Estado a fornecer medicamentos excepcionais que não fazem parte de protocolos clínicos oficiais possa, a primeira vista, representar uma ingerência do Poder Judiciário na discricionariedade que é assegurada aos administradores públicos.

Contudo, se o Estado, através da autoridade competente, não cumpre a obrigação constitucionalmente imposta de assegurar aos cidadãos o direito à saúde, negando o fornecimento de medicamento que não figura em protocolos oficiais, mas que, diante de fundamentação clínica suficiente, se mostra o mais indicado para o tratamento do paciente, então estar-se-á diante de flagrante desrespeito à Constituição Federal, surgindo para o Poder Judiciário o dever de agir para que

<sup>19</sup> Ob. cit., p. 159.

Brasil. Lei n. 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em: <a href="http://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/Leis/L4320.htm">http://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/Leis/L4320.htm</a>. Acesso em: 14 ago. 2007.

sejam assegurados o direito à saúde, o direito à dignidade da pessoa humana e, o mais evidente, o direito à vida.

Nesse rumo é inclusive o entendimento do STF<sup>20</sup>:

[...] o Supremo Tribunal Federal, considerada a dimensão política da jurisdição constitucional outorgada a esta Corte, não pode demitir-se do gravíssimo encargo de tornar efetivos os direitos econômicos, sociais e culturais, que se identificam - enquanto direitos de segunda geração - com as liberdades positivas, reais ou concretas (RTJ 164/158-161, Rel. Min. CELSO DE MELLO). É que, se assim não for, restarão comprometidas a integridade e a eficácia da própria Constituição, por efeito de violação negativa do estatuto constitucional motivada por inaceitável inércia governamental no adimplemento de prestações positivas impostas ao Poder Público, consoante já advertiu, em tema de inconstitucionalidade por omissão, por mais de uma vez (RTJ 175/1212-1213, Rel. Min. CELSO DE MELLO), o Supremo Tribunal Federal (...). É certo que não se inclui, ordinariamente, no âmbito das funções institucionais do Poder Judiciário – e nas desta Suprema Corte, em especial – a atribuição de formular e de implementar políticas públicas (JOSÉ CARLOS VIEIRA DE ANDRADE, "Os Direitos Fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976", p. 207, item n. 05, 1987, Almedina, Coimbra), pois, nesse domínio, o encargo reside, primariamente, nos Poderes Legislativo e Executivo. Impende assinalar, no entanto, que tal incumbência poderá atribuir-se, embora excepcionalmente, ao Poder Judiciário, se e quando os órgãos estatais competentes, por descumprirem os encargos políticoiurídicos que sobre eles incidem em caráter mandatário, vierem a comprometer, com tal comportamento, a eficácia e a integridade de direitos individuais e/ou coletivos impregnados de estatura constitucional.

E, no mesmo sentido, ao julgar a ADPF/45:

Essa eminente contribuição conferida ao Supremo Tribunal Federal põe em evidência, de modo particularmente expressivo, a dimensão política da jurisdição constitucional conferida a esta Corte, que não pode demitir-se do gravíssimo encargo de tornar efetivos os direitos econômicos, sociais e culturais – que se identificam, enquanto direitos de segunda geração, com as liberdades positivas, reais ou concretas (RTJ 164/158-161, Rel. Min. CELSO DE MELLO) -, sob pena de o Poder Público, por violação positiva ou negativa da Constituição, comprometer, de modo inaceitável, a integridade da própria ordem constitucional.

Por isso, não há dúvidas de que entre proteger a inviolabilidade do direito à vida e à saúde ou fazer prevalecer interesses secundários do Estado, é imperioso realizar a interpretação que sustente o respeito pela vida e à saúde do cidadão, o que é, inclusive, indissociável de um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, a dignidade da pessoa humana (art. 1°, inciso III, CF/88). A propósito, colhase a prospectiva lição de Rizzato Nunes<sup>21</sup>:

Está mais do que na hora de o operador do Direito passar a gerir sua atuação social pautado no princípio fundamental estampado no Texto Constitucional. aliás, é um verdadeiro supraprincípio constitucional que ilumina todos os demais

<sup>20</sup> RE 436.996-6/SP, Rel. Ministro Celso de Mello.

<sup>&</sup>lt;sup>21</sup> O Princípio Constitucional da Dignidade da Pessoa Humana. Doutrina e Jurisprudência. Saraiva, p. 50-51, 2002.

princípios e normas constitucionais e infraconstitucionais. E por isso não pode o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana ser desconsiderado em nenhum ato de interpretação, aplicação ou criação de normas jurídicas.

O esforço é necessário porque sempre haverá aqueles que pretendem dizer ou supor que Dignidade é uma espécie de enfeite, um valor abstrato de difícil captação. Só que é bem ao contrário: não só esse princípio é vivo, real, pleno e está em vigor como deve ser levado em conta sempre, em qualquer situação.

Nesse passo, a partir do momento em que o Estado nega o fornecimento de determinado medicamento excepcional a qualquer cidadão, duas conseqüências se originam desse ato: a primeira, de nefastas conseqüências, é a flagrante afronta ao direito à saúde, à dignidade da pessoa humana e, por conseqüência, ao direito à vida, todos de natureza personalíssima, indisponíveis mesmo diante da discricionariedade do Estado na condução das políticas de saúde pública; a segunda, o direito do cidadão de buscar a prestação jurisdicional para assegurar tais direitos, através de expressa ordem judicial para que o Estado do Paraná tome as medidas necessárias no sentido de preservar os direitos e garantias constitucionalmente assegurados. Essa segunda conseqüência, inclusive, tem origem no artigo 5°, inciso XXXV, do texto constitucional que expressamente determina: "a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito".

É de especial relevância mencionar também que as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais possuem aplicabilidade imediata, não se sujeitando aos efeitos deletérios da inércia burocrática do Poder Executivo na constante atualização dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

Outrossim, importa fazer referência ao Projeto de Lei n.º 338/07, de autoria do Senador Flávio Arns, que "surge da vontade da sociedade civil em buscar uma solução para o impasse enfrentado por inúmeros usuários de medicamentos excepcionais não contemplados nas tabelas do Ministério da Saúde ao tratamento de suas doenças, os quais são obrigados a buscar a tutela judicial para a sua obtenção"<sup>22</sup>, fator que revela segmentos do cenário político brasileiro sensibilizados com a relevância da questão.

Diante dessas considerações, corolário lógico da negativa do Estado do Paraná em fornecer o medicamento excepcional ao cidadão é a provocação do Estado-Juiz para assegurar a este o cumprimento pelo Estado dos deveres que lhe foram impostos pela Constituição Federal.

Uma advertência deve ser feita, no entanto. Nem sempre a negativa no fornecimento de medicamentos excepcionais é desprovida de motivação, na medida em que por vezes a prescrição médica não revela a melhor conduta clínica diante do diagnóstico do paciente, o que obriga o Estado a negar o fornecimento do medicamento excepcional. Não seria possível, por exemplo, solicitar ao SUS um medicamento excepcional de alto custo sem eficácia comprovada, ou solicitar uma medicação também de alto custo, com eficácia comprovada, sem antes utilizar-se daqueles medicamentos similares já distribuídos pela rede pública de saúde.

<sup>&</sup>lt;sup>22</sup> Disponível em: <a href="http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/informativos-pfdc/edicoes-2007/docs-julho/Anexo%20Inf%2051%20-%20PLS%20338%20de%202007.pdf">http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/informativos-pfdc/edicoes-2007/docs-julho/Anexo%20Inf%2051%20-%20PLS%20338%20de%202007.pdf</a>. Acesso em: 17, ago. 2007.

Ademais, a perfeita simbiose entre políticas de saúde e necessidades da coletividade deve passar pelo combate a manobras orquestradas por laboratórios que almejam unicamente a utilização em massa de medicações experimentais e a qualquer prática médica que leve à obtenção de vantagem pessoal ou que prepondere o interesse comercial que possa levar à renúncia do profissional à sua independência no exercício da profissão. Assevere-se que o próprio Conselho Federal de Medicina editou a Resolução n.º 1.595/2000 para coibir qualquer prática nesse sentido.

Sublinhe-se também que tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei n.º 219/07, de autoria do Senador Tião Viana, que visa justamente coibir o aumento exponencial de liminares concedidas pelo Poder Judiciário, do qual se extrai trecho de sua justificação<sup>23</sup>:

Ao tratar da Seguridade Social, a Constituição Federal determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado e que o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas.

Para alcançar esse objetivo, a Carta Magna determinou a estruturação de um sistema único constituído por uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde.

Uma das diretrizes que devem ser seguidas por esse sistema, que veio a ser instituído com o nome de Sistema Único de Saúde (SUS), é a integralidade da assistência. Para seguir essa diretriz, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, estabelece, na alínea d do inciso I do art. 6°, que a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, é uma das ações incluídas no campo de atuação do SUS.

Amparados por esses preceitos constitucionais e legais, os tribunais brasileiros expediram, nos últimos anos, várias decisões liminares que obrigaram os gestores do SUS a fornecer medicamentos não ofertados ou não disponíveis nas farmácias das unidades públicas de saúde, sob pena de prisão do gestor e multa, em caso de descumprimento. Algumas das decisões obrigaram o fornecimento até mesmo de medicamentos ainda não registrados no País.

A maioria dessas liminares tem como objetivo atender à prescrição de produtos de alto custo, muitos deles recém-lançados em outros países e ainda não disponíveis no Brasil. O lobby da indústria e do comércio de produtos farmacêuticos junto a associações de portadores de certas doenças e o intenso trabalho de marketing junto aos médicos fazem com que tanto os usuários quanto os prescritores passem a considerar imprescindível o uso de medicamentos novos.

Em regra esses produtos são de altíssimo custo, como já mencionado, mas nem sempre são mais eficazes que outros de custo inferior, indicados para a mesma doença.

Assim, é dever do médico fundamentar de modo inabalável as prescrições que envolvam medicamentos que não estão incluídos em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, inclusive oferecendo esclarecimentos acerca dos outros medicamentos

Disponível em: <a href="http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/informativos-pfdc/edicoes-2007/docs-julho/Anexo%20Inf%2051%20-%20PLS%20219%20de%202007.pdf">http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/informativos-pfdc/edicoes-2007/docs-julho/Anexo%20Inf%2051%20-%20PLS%20219%20de%202007.pdf</a>. Acesso em: 17, ago. 2007.

utilizados pelo paciente e seus efeitos, bem como os benefícios e riscos do novo medicamento, além dos estudos científicos isentos que sustentem aquela prescrição, a fim de oferecer, de fato, o melhor tratamento ao paciente e, da mesma forma, evitar o malbaratamento de verbas públicas, respeitando os preceitos éticos da profissão, especialmente os seguintes:

- Art. 1° A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.
- Art.  $2^{\circ}$  O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.
- Art. 5° O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

Outrossim, não se descarta a necessidade premente do Poder Executivo em criar Câmaras Técnicas das várias especialidades, mormente nas áreas de Neurologia, Oncologia, Hematologia (Onco-Hematologia), Genética (Doenças de Depósito Lisossômico) e Reumatologia, nas quais inúmeras drogas - de alto custo, porém, de grande capacidade para curar ou manter sob controle doenças até então devastadoras - estão surgindo. Tais Câmaras seriam compostas por médicos de reconhecida capacidade técnica em suas especialidades e teriam por finalidade fornecer os subsídios necessários ao Poder Executivo estadual para corretamente fornecer ou negar o conteúdo das prescrições médicas. Com isso, as restrições impostas pelo Poder Público teriam embasamento eminentemente técnico-jurídico, evitando-se a demasiada discricionariedade nas ações políticas do Governo do Estado. Por conseqüência, a propalada "enxurrada de ações judiciais" certamente diminuiria, desonerando o combalido orçamento aplicado na área da saúde pública.

Destarte, realizada a análise dos diversos aspectos que envolvem o tema, não é de somenos importância considerar que a continuação da vida de um ser humano é posta em discussão toda vez que se busca a intervenção do Poder Judiciário. Em última análise - fria, diga-se - o cidadão que necessita de um medicamento excepcional que não figura em protocolos clínicos ouve do Estado que não terá direito a prosseguir na sua jornada e terá que abdicar do convívio familiar e social. Sem sombra de dúvidas, a mentalidade voltada precipuamente para questões burocráticas e orçamentárias é retrógrada e incompatível com os ditames constitucionais. Por esse prisma, é inconcebível o entendimento de que a negativa no fornecimento de terapia de alto custo, ou, em outras palavras, a morte de um cidadão brasileiro, seja a ponte de ouro necessária para se atingir níveis satisfatórios de integralidade e universalidade nos serviços oferecidos pelo SUS, pois o direito à vida, à saúde e à dignidade humana é inerente a todo cidadão brasileiro, e não à majoria.

Desta feita, cabe ao Poder Público buscar os meios combativos às práticas nocivas exercidas por laboratórios e médicos que não possuem respeito aos interesses da coletividade. Da mesma forma, cabe ao ente estatal criar meios de agilizar a inserção de medicamentos excepcionais nos protocolos clínicos. Isso certamente contribuirá para o declínio do número de liminares concedidas pelo Poder Judiciário,

o que, com o passar do tempo, obviamente deixará de sobrecarregar o orçamento destinado à saúde.

E, o mais importante, permitirá a mudança do "status" do cidadão de "doente" para "paciente", tornando possível o resgate de sua qualidade de vida e seu retorno às atividades estudantil ou laborativa, destacando ainda que, muitos daqueles que se valem de liminares para prosseguir a vida fazem parte da população economicamente ativa do Estado. Assim, o benefício alcançado pelo cidadão ao obter o medicamento de que tanto necessita reverterá em benefício do próprio Estado, pois aquele "doente" passará a ser um "paciente" gerador de riquezas para o Estado. Portanto, onde muitos lêem "despesa", será de grande valor a mudança de mentalidade, pois certamente a palavra a ser lida será outra: "investimento".

#### 5. CONCLUSÃO

Diante do que foi abordado no presente trabalho, é conveniente reproduzir a questão: "É correto que o Estado seja obrigado a fornecer medicamentos de dispensação excepcional ou de altos custos, não previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, por decisão judicial?".

A resposta, sem sombra de dúvidas, deve ser positiva. O direito à saúde, como expressamente garantido pela ordem constitucional vigente, não autoriza interpretações em que se preponderem interesses secundários do Estado diante das necessidades da coletividade.

As receitas públicas são arrecadas com o único propósito de satisfazer o bem comum. E o bem comum, tratando-se do direito à saúde, não pode ser defendido como o direito da maioria, mas como um direito inerente a todo cidadão.

Não são poucas as vozes que defendem a limitação no fornecimento de medicamentos de alto custo. Todavia, equivocam-se aqueles que consideram prejudiciais à consecução das políticas de saúde pública o fornecimento, mediante a concessão de liminares, de medicamentos de alto custo que não integram protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

Ora, se o Poder Judiciário tem sido reiteradamente acionado com o fim de obrigar o Estado a fornecer medicamentos de alto custo que não compõem protocolos clínicos, não há como ignorar o fato que isso acontece em função da manifesta subversão ao Estado Democrático de Direito, na medida em que o Poder Público passa a descumprir as normas constitucionais sob o manto da discricionariedade. Entretanto, o direito à saúde, à dignidade e à vida humana são normas cogentes, o que impede que o Estado faça tábula rasa de seus mandamentos.

Portanto, é dever inarredável do Estado garantir a todos os cidadãos a universalidade e a integralidade nos serviços de saúde. Dessa forma, e desde que comprovada a necessidade do paciente, pouco importa que o medicamento solicitado não esteja contemplado em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, razão pela qual é direito do cidadão postular judicialmente, sempre que necessário, o fornecimento da medicação de alto custo que melhor garanta a continuidade de sua vida, respeitando-lhe sua dignidade.

#### 6. BIBILIOGRAFIA

CARVALHO, Guido Ivan e SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica da Saúde. 3ª ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2001.

NUNES, Rizzato. O Princípio Constitucional da Dignidade da Pessoa Humana. Doutrina e Jurisprudência. São Paulo: Saraiva, 2002.

RAMOS, Marcelene Carvalho da Silva. O Direito Fundamental à Saúde na Perspectiva da Constituição Federal. A & C Revista de Direito Administrativo e Constitucional, Belo Horizonte, ano 5, n. 22, p. 147-165, out/dez. 2005.

SILVA, José Afonso da. Curso de Direito Constitucional Positivo. 23ª ed. São Paulo: Malheiros, 2004.

Encontro Paranaense do Ministério Público. TAVARES, Paulo César Vieira. A assistência integral no âmbito do Sistema Único de Saúde: impossibilidade de regramentos administrativos se sobreporem à Constituição Federal e atuação do Ministério Público diante da demanda por medicamentos. Londrina, 2007.

Concurso CRMPR

Melhor Monografia sobre Ética Médica

Tema:

"Mortalidade Materno-Infantil: Causas e Soluções"

Inscrições até 29 agosto 2008.

Acesse nosso site para outras informações

www.crmpr.org.br / imprensa@crmpr.org.br

# PROIBIDA A COLOCAÇÃO DO CID E TEMPO DE CONSULTA NAS GUIAS DA TISS

CFM\*

Proíbe a colocação do diagnóstico codificado (CID) ou tempo de doença no preenchimento das guias da TISS de consulta e solicitação de exames de seguradoras e operadoras de planos de saúde concomitantemente com a identificação do paciente e dá outras providências.

**Palavras-chave**: CID, tempo de consulta, guias TISS, seguro médico, planos de saúde, exames, seguradoras, segredo médico, guias de consulta

## IT IS FORBIDEN TO WRITE DE CID AND THE DURATION OF EXAM IN THE TISS REPORT SHEET

**Key words**: CID, exam duration, TISS report sheet, medical insurance, health plans, tests, insurance companies, medical sigil, physical exam report

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004,

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentação dos aspectos éticos relacionados ao preenchimento das guias de consultas emitidas pelas seguradoras e operadoras de planos de saúde;

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

CONSIDERANDO o que preceitua o artigo 5°, inciso X da Constituição da República Federativa do Brasil;

CONSIDERANDO o que preceituam os artigos 153, 154 e 325 do Código Penal (Decreto-Lei n° 2.848, de 7 de dezembro de 1940);

CONSIDERANDO o que preceitua o artigo 229, inciso I do Código Civil (Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002);

CONSIDERANDO o que determina o artigo 205 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990;

CONSIDERANDO o constante nos artigos 8, 11, 45 e todo o Capítulo IX do Código de Ética Médica;

<sup>\*</sup> Conselho Federal de Medicina .

CONSIDERANDO o disposto no artigo 14 do Regimento Interno do Conselho Federal de Medicina, aprovado pela Resolução CFM nº 1.753/2004, de 08/10/2004;

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

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

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

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária de 17/5/2007,

#### RESOLVE:

Art. 1º Vedar ao médico o preenchimento, nas guias de consulta e solicitação de exames das operadoras de planos de saúde, dos campos referentes à Classificação Internacional de Doenças (CID) e tempo de doença concomitantemente com qualquer outro tipo de identificação do paciente ou qualquer outra informação sobre diagnóstico, haja vista que o sigilo na relação médico-paciente é um direito inalienável do paciente, cabendo ao médico a sua proteção e guarda.

Parágrafo único. Excetuam-se desta proibição os casos previstos em lei ou aqueles em que haja transmissão eletrônica de informações, segundo as resoluções emanadas do Conselho Federal de Medicina.

Art. 2° Considerar falta ética grave todo e qualquer tipo de constrangimento exercido sobre os médicos para forçá-los ao descumprimento desta resolução ou de qualquer outro preceito ético-legal.

Parágrafo único. Respondem perante os Conselhos de Medicina os diretores médicos, os diretores técnicos, os prepostos médicos e quaisquer outros médicos que, direta ou indiretamente, concorram para a prática do delito ético descrito no caput deste artigo.

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

Brasília, 17 de maio de 2007.

Roberto Luiz d'Avila Presidente em Exercício Livia Barros Garção Secretária-Geral

Resolução CFM N°. 1819/2007 Resolução Aprovada Sessão Plenária de 17/05/2007 Publicado em D.O.U. 22/05/2007

#### DELEGACIA REGIONAL METROPOLITANA DE CURITIBA

CRMPR\*

Dispõe sobre a criação, competência e regulamentação da Representação Regional Metropolitana de Curitiba.

Palavras-chave: Delegacia Regional Metropolitana de Curitiba, abrangência, atribuições

#### **METROPOLITAN REGIONAL OF CURITIBA**

**Key words:** Regional Metropolitan Delegacy of Curitiba, encompassing, assignments/attributions

O Conselho de Medicina do Estado do Paraná no uso de suas atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e Lei 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO que é atribuição dos Conselhos Regionais de Medicina a fiscalização do exercício da profissão médica e das empresas prestadoras de serviços médicos.

CONSIDERANDO a necessidade de descentralização das ações do CRM-PR para apoio administrativo aos médicos e maior acesso da sociedade,

CONSIDERANDO que as Representações Regionais atuam em estreita obediência às normas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, constituindo em instância descentralizada capaz de promover a aproximação dos serviços de saúde, dos médicos e da sociedade,

CONSIDERANDO que a descentralização propiciará a dinamização de suas atividades administrativas, judicantes, de fiscalização e de promoção ética, e

CONSIDERANDO finalmente o decidido em Sessão Plenária Nº 1.985ª realizada em 17 de dezembro 2007,

#### **RESOLVE:**

Art. 1° - Criar a Delegacia Regional Metropolitana de Curitiba, com sede administrativa neste Conselho.

Art. 2° - Esta delegacia abrange os municípios de Lapa, Quitandinha, Mandirituba, Agudos do Sul, Tijucas do Sul, São José dos Pinhais, Fazenda Rio Grande,

<sup>\*</sup> Conselho Regional de Medicina do Paraná

Araucária, Contenda, Balsa Nova, Campo Largo, Campo Magro, Itaperuçu, Piraquara, Pinhais, Quatro Barras, Campina Grande do Sul, Colombo, Almirante Tamandaré, Rio Branco do Sul, Bocaiúva do Sul, Tunas do Paraná, Cerro Azul, Adrianópolis, Tunas do Paraná e Doutor Ulysses.

- Art. 3° A Delegacia será formada por oito membros, escolhidos pela Diretoria do CRM-PR, referendados em Plenária, entre os médicos residentes nos municípios de Araucária, Campina Grande do Sul, Campo Largo, Colombo, Lapa, Pinhais, Piraquara e São José dos Pinhais..
  - Art. 4° As atribuições desta Delegacia são:
  - a) Cumprir e fazer cumprir as determinações do CFM e CRM-PR;
- b) Fiscalizar o exercício ético-profissional do médico e do funcionamento das empresas prestadoras de serviços médicos, tanto públicas como privadas e notificar o CRM-PR das irregularidades;
  - c) Divulgar as deliberações do CFM e CRM-PR;
  - d) Comunicar ao CRM-PR o exercício ilegal da Medicina;
- e) Manter intercâmbio com a Vigilância Sanitária, Ministério Público, demais conselhos de classe e outros órgãos afins para o pleno exercício da Medicina e os direitos da sociedade;
  - f) Receber e encaminhar documentos e relatórios ao CRM-PR;
- g) Assegurar aos médicos e a comunidade o pleno cumprimento das normas éticas:
- h) Estimular e fiscalizar as atividades das Comissões de Ética e promover cursos e palestras de conteúdo ético;
  - i) Apresentar à Diretoria do CRM-PR relatório mensal das atividades,
- j) Remeter à Assessoria de Comunicação do CRM-PR os assuntos de interesse médico da regional para eventual publicação nos veículos de comunicação do CRM-PR.
- Art. 5° A duração do mandato dos delegados coincidirá com a dos conselheiros eleitos.
  - Art. 6° O mandato dos delegados tem caráter honorífico.
  - Art. 7° São atribuições dos delegados na área de sua jurisdição:
- a) Divulgar a Lei 3.268/57, o Decreto 44.045/58, a Lei 1.000/2004 e o Código de Ética Médica;
- b) Divulgar, cumprir e fazer observar as resoluções, normas, deliberações e determinações do CFM e CRM-PR;
- c) Representar a Delegacia Regional e o CRM-PR, quando designado pela Diretoria, nos eventos regionais;
- d) Comparecer na Delegacia para audiências, despachos e outros atos administrativos e participar ativamente de suas atividades;
- e) Agir em colaboração com as demais entidades de classe em defesa dos princípios éticos, especialmente visando melhorar as condições de trabalho do médico, assistência e acesso à saúde dos cidadãos;
- f) Instruir sindicâncias, tomar depoimentos, realizar diligências e obter meios de prova para a fundamentação de pareceres ou relatórios conclusivos;

- g) Solicitar à Diretoria do CRM-PR autorização prévia para viagens decorrentes de suas atividades, com informações do local, distância e forma de locomoção para o local de vistoria, ou de fiscalização e se haverá necessidade de pernoite;
- h) Resguardar o sigilo das denúncias bem como as partes envolvidas durante toda a tramitação do expediente da denúncia;
- i) Na jurisdição onde houver faculdade de Medicina os delegados deverão concentrar suas ações de forma especial na formação dos acadêmicos e dos médicos residentes, promovendo cursos, palestras, julgamentos simulados e outros procedimentos que possam influenciar positivamente na formação ética dos alunos e residentes;
- j) O delegado assinará as correspondências e demais documentos a serem enviados para a sede do CRM-PR.

Art. 8° Esta resolução entrará em vigor na data de sua aprovação.

Curitiba, 3 de dezembro de 2007.

Gerson Zafalon Martins
Presidente

Hélcio Bertolozzi Soares Secretário-Geral

Resolução CFM N°. 154/2007 Resolução Aprovada Reunião Plenária n° 1985, de 17/12/2007 D.O.U. Secção 1 n° 4, pág. 41, de 07/01/2008

### DELEGACIA REGIONAL DO LITORAL DO PARANÁ

CRMPR\*

Dispõe sobre a criação, competência e regulamentação da Representação Regional do Litoral do Paraná.

Palavras-chave: Regional do Litoral, abrangência, atribuições

### LITORAL REGIONAL OF PARANÁ

**Key words:** Litoral Regional, encompassing, attributions

O Conselho de Medicina do Estado do Paraná no uso de suas atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e Lei 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO que é atribuição dos Conselhos Regionais de Medicina a fiscalização do exercício da profissão médica e das empresas prestadoras de serviços médicos.

CONSIDERANDO a necessidade de descentralização das ações do CRM-PR para apoio administrativo aos médicos e maior acesso da sociedade,

CONSIDERANDO que as Representações Regionais atuam em estreita obediência às normas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, constituindo em instância descentralizada capaz de promover a aproximação dos serviços de saúde, dos médicos e da sociedade.

CONSIDERANDO que a descentralização propiciará a dinamização de suas atividades administrativas, judicantes, de fiscalização e de promoção ética, e

CONSIDERANDO finalmente o decidido em Sessão Plenária Nº 1.985ª realizada em 17 de dezembro 2007,

#### **RESOLVE:**

Art. 1° Criar a Representação Regional do Litoral do Paraná, com sede administrativa neste Conselho Regional de Medicina.

Art. 2º Esta Representação abrange os municípios de Paranaguá, Antonina, Morretes, Guaragueçaba, Pontal do Paraná, Matinhos e Guaratuba.

<sup>\*</sup> Conselho Regional de Medicina do Paraná

Art. 3º A Representação será formada por cinco membros, escolhidos pela Diretoria do CRM-PR, referendados em Plenária, entre os médicos residentes nos municípios da jurisdição.

Art. 4° As atribuições desta Representação são:

- a) Cumprir e fazer cumprir as determinações do CFM e CRM-PR;
- b) Fiscalizar o exercício ético-profissional do médico e do funcionamento das empresas prestadoras de serviços médicos, tanto públicas como privadas e notificar o CRM-PR das irregularidades;
  - c) Divulgar as deliberações do CFM e CRM-PR;
  - d) Comunicar ao CRM-PR o exercício ilegal da Medicina;
- e) Manter intercâmbio com a Vigilância Sanitária, Ministério Público, demais conselhos de classe e outros órgãos afins para o pleno exercício da Medicina e os direitos da sociedade;
  - f) Receber e encaminhar documentos e relatórios ao CRM-PR;
- g) Assegurar aos médicos e a comunidade o pleno cumprimento das normas éticas;
- h) Estimular e fiscalizar as atividades das Comissões de Ética e promover cursos e palestras de conteúdo ético;
  - i) Apresentar à Diretoria do CRM-PR relatório mensal das atividades,
- j) Remeter à Assessoria de Comunicação do CRM-PR os assuntos de interesse médico da regional para eventual publicação nos veículos de comunicação do CRM-PR.
- Art. 5° A duração do mandato dos representantes coincidirá com a dos conselheiros eleitos.
  - Art. 6° O mandato dos representantes tem caráter honorífico.
  - Art. 7º São atribuições dos representantes na área de sua jurisdição:
- a) Divulgar a Lei 3.268/57, o Decreto 44.045/58, a Lei 1.000/2004 e o Código de Ética Médica;
- b) Divulgar, cumprir e fazer observar as resoluções, normas, deliberações e determinações do CFM e CRM-PR;
- c) Representar a Regional e o CRM-PR, quando designado pela Diretoria, nos eventos regionais;
- d) Agir em colaboração com as demais entidades de classe em defesa dos princípios éticos, especialmente visando melhorar as condições de trabalho do médico, assistência e acesso à saúde dos cidadãos;
- e) Solicitar à Diretoria do CRM-PR autorização prévia para viagens decorrentes de suas atividades, com informações do local, distância e forma de locomoção para o local de vistoria, ou de fiscalização e se haverá necessidade de pernoite;
- f) Na jurisdição onde houver faculdade de Medicina os representantes deverão concentrar suas ações de forma especial na formação dos acadêmicos e dos médicos residentes, promovendo cursos, palestras, julgamentos simulados e outros procedimentos que possam influenciar positivamente na formação ética dos alunos e residentes;

g) O representante assinará as correspondências e demais documentos a serem enviados para a sede do CRM-PR.

Art. 8º Esta resolução entrará em vigor na data de sua aprovação.

Curitiba, 3 de dezembro de 2007.

Gerson Zafalon Martins Presidente Hélcio Bertolozzi Soares Secretário-Geral

Resolução CFM N°. 155/2007 Resolução Aprovada Reunião Plenária n° 1985, de 17/12/2007 D.O.U. Secção 1 n° 4, pág. 41, de 07/01/2008

### **FUNDAMENTAÇÃO**

Ao longo dos anos, o crescimento populacional do Paraná aumentou consideravelmente. Atualmente, a sua população é de 10.261.840 habitantes, distribuídos em 399 municípios e a região do litoral engloba 07 municípios, com uma população de 280.833 habitantes, conforme Censo de 2006 e o Conselho Regional de Medicina do Estado conta com 16.398 médicos ativos, dos quais 163 no litoral paranaense.

Frente ao grande volume de serviços e atividades, o Conselho tem procurado soluções que facilitem a vida profissional do médico, bem como ampliar a sua atuação fiscalizadora.

Neste sentido, o CRM pretende, com a criação da Delegacia do Litoral, tornar sua estrutura mais abrangente, nomeando em alguns municípios desta região, um representante, ao qual se devem reportar, inicialmente se lhes aprouver, tanto o médico residente da região, com a população respectiva.

Por outro lado, seria por demais oneroso, num primeiro momento, que o Conselho mantivesse sede nestes municípios, o que determina, portanto, que os Delegados designados se reportem sempre a este Conselho, onde inclusive funcionará o departamento específico para atender suas reivindicações, bem como receber eventuais denúncias, no cumprimento de suas funções.

É, também, uma maneira dos Delegados conviverem com as questões institucionais do Conselho e, assim, preparados para participarem como futuros conselheiros.

# MÉDICOS ATUANTES NOS MUNICÍPIOS FRONTEIROS SÃO DISPENSADOS DA TAXA DE INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA

CRMPR\*

**EMENTA** - Dispõe sobre a Isenção do pagamento da inscrição secundária para os médicos que exercem a Medicina nos municípios fronteiriços de Rio Negro/Mafra, União da Vitória/Porto União e Barracão/Dionísio Cerqueira e residem nestes municípios.

Palavras-chave: municípios de fronteira, inscrição secundária, pagamento de inscrição

# DOCTORS WORKING IN BORDER TOWNS DO NOT HAVE TO GET A SECUNDARY INSCRIPTION/ REGISTRY?

**Key words:** border towns, secondary registry/inscription, inscription payment

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e o Conselho Regional do Estado de Santa Catarina, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268/57, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o disposto no artigo 1.º da Lei n.º 11.000, publicada no DOU de 15 de dezembro de 2004, que alterou o art. 5.º da Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957;

CONSIDERANDO a autonomia administrativa e financeira dos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO que nos municípios fronteiriços de União da Vitória/Porto União, Rio Negro/Mafra e Barracão/Dionísio Cerqueira, os médicos que exercem a profissão em ambos, pagam anuidades aos dois regionais, como inscrição primária ou secundária, quer num ou noutro;

CONSIDERANDO a cooperação já existente entre os Conselhos de Medicina do Paraná e Santa Catarina no que concerne aos médicos que moram e trabalham nesses municípios, com a criação das Delegacias Regionais de Divisa;

#### **RESOLVEM:**

Art. 1.º Os médicos com inscrição primária no CRMPR estarão isentos de pagamento de anuidade decorrente da inscrição secundária no CREMESC.

<sup>\*</sup> Conselho Regional de Medicina do Paraná

- Art. 2.º Por sua vez, os médicos com inscrição primária no CREMESC, igualmente estarão isentos do pagamento de inscrição secundária no CRMPR.
- Art. 3.º A isenção do pagamento de inscrição secundária se refere exclusivamente à atuação dos médicos nesses municípios fronteiriços, onde devem residir.
  - Art. 4.º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Curitiba, 22 de outubro de 2007.

Gerson Zafalon Martins Presidente do CRM-PR Anastácio Kotzias Neto Presidente do CREMESC

Resolução CFM N°. 156/2007 Resolução Aprovada Reunião Plenária n° 1960, de 22/10/2007 D.O.U. Seção 1, pág. 41, de 07/01/2008

## SARKOZY QUER "CASTRAÇÃO QUÍMICA" PARA PEDÓFILOS

#### FRANÇA

O presidente da França, Nicolas Sarkozy, anunciou ontem medidas mais duras contra os pedófilos, como a criação de um manicômio especial e obrigatório para eles. Sarkozy também se mostrou favorável à "castração química" dos pedófilos. O tratamento será hormonal. As medidas são uma reação do Governo à polêmica gerada pelo caso de um homem condenado três vezes por abusos sexuais contra menores que reincidiu no crime dias depois de ser libertado.

Transcrito da Gazeta do Povo, 21/08/2007.

# MÉDICO EM ESCALA DE PLANTÃO DE DISPONIBILIDADE OU À DISTÂNCIA DEVE SER REMUNERADO

CREMESP\*

**Palavras-chave**: plantão de disponibilidade, estado de disponibilidade, plantão à distância, plantão em domicílio, plantão fixo, comissão de ética hospitalar, escala livre decisão, plantão, regimento interno, remuneração, diretor clínico

## DOCTORS ON AVAILABLE DUTY OR ON CALL SHOULD BE PAID

**Key words:** availability duty, availability state, on call duty, house call, fix duty, hospital ethical committee, free scale of decision, duty, internal regiment, fees, clinical director

RESOLUÇÃO CREMESP N° 142, DE 23 DE MAIO DE 2006 Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, 9 jun. 2006. Seção 1, p. 100.

Institui e regulamenta o Estado de Disponibilidade em Instituições de Saúde no âmbito do Estado de São Paulo.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei n $^\circ$  3.268/57, regulamentada pelo Decreto n $^\circ$  44.045/58 e,

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CREMESP 74/96, Art. 2° que: "define-se como 'estado de disponibilidade' de trabalho a atividade do médico que permanece a disposição da instituição, cumprindo jornada de trabalho préestabelecida, 'para ser requisitado por intermédio de 'pager', telefone ou outro meio de comunicação, tendo condições de atendimento pronto e pessoal"; e no Art 4° que reza "ser 'o Estado de disponibilidade' trabalho médico a ser remunerado";

CONSIDERANDO a Lei Complementar Estadual 839 de 31/12/97 e o Decreto Estadual 42.830 de 22/01/98 que institui e regulamenta a remuneração do "estado de disponibilidade" de médicos, médicos sanitaristas e dentistas nos hospitais públicos, autarquias e instituições de saúde no Estado de São Paulo, conferindo a livre opção aos profissionais que desejem participar desta forma de organização de trabalho e garantindo o pagamento mesmo que não sejam chamados;

CONSIDERANDO a Constituição Federal de 1988 - Capitulo I, Art 5° inciso II; CONSIDERANDO o Art. 244 da CLT que fixa em 1/3 (um terço) o valor da remuneração a que faz jus o ferroviário que permanece em "estado de disponibilidade";

<sup>\*</sup> Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

CONSIDERANDO o art XXIII DA DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, itens 1,2,3 e art XXIV;

CONSIDERANDO a Resolução CFM 1.481/97 e CREMESP 134/2006, que regulamentam o Regimento Interno dos corpos clínicos das Instituições de saúde; CONSIDERANDO o parecer CFM 19/93 e o processo-consulta 137/03;

CONSIDERANDO os pareceres CREMESP n°s. 16.108/99, 32.065/99, 19.946/00, 51.594/98, 5.916/98 e 85.523/01;

CONSIDERANDO os Artigos 3°, 8°,10,15,17,22,142 do Código de Ética Médica;

#### **RESOLVE:**

Artigo 1°. Compete ao Diretor Clínico, ao Diretor Técnico e a Comissão de Ética das Instituições de Saúde no âmbito do Estado de São Paulo, decidirem quais especialidades devem constituir escalas de disponibilidade e quais devem manter médicos de plantão no local, considerando o porte dos hospitais, a demanda pelos serviços, a complexidade do atendimento, a Portaria MS/GM.2.048/02, a Resolução CFM 1.451/95 e outras que vierem a ser editadas.

Artigo 2°. Será facultado ao médico do corpo clínico das instituições de saúde decidir livremente participar de escala de "estado de disponibilidade" nas suas respectivas especialidades ou de plantão fixo no local, exceto em situações que possam comprometer a assistência à população.

Artigo 3°. O médico que cumprir "escala de disponibilidade" deve ser remunerado, pelo menos, por um terço do valor pago ao médico do plantão no local, sem prejuízo do recebimento dos honorários devidos aos procedimentos praticados.

Artigo 4°. Os regimentos do corpo clínico que vincularem a permanência do médico no corpo clínico à obrigatoriedade de cumprir escalas de plantão no local ou "estado de disponibilidade", não serão aceitos para fins de registro neste Conselho.

Artigo 5°. Fica estabelecido o prazo máximo de 6 (seis) meses para que os regimentos de corpo clínico sejam adequados a esta Resolução e apresentados ao CREMESP para seu respectivo registro.

Artigo 6°. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

É o parecer.

São Paulo, 17 de maio de 2.006.

Desiré Carlos Callegari Presidente

Resolução CREMESP N°. 142/2006 Resolução Aprovada Sessão Plenária 3485, de 23/05/2006 Publicado em D.O.E.SP. 09/06/2006



### QUESTÕES ÉTICAS REFERENTES A DESCRIÇÃO E ASSINATURA EM CIRURGIAS PELO CIRURGIÃO E AUXILIAR

Romeu Bertol\*

**EMENTA** - É vedada a inclusão de nomes de profissionais que não participaram de ato médico para fins de cobrança- Cirurgião titular deve definir equipe cirúrgica, Resolução CFM 1490/98 artigos 1°, 2° e 4°.

**Palavras-chave**: ato cirúrgico, cirurgião e auxiliar, descrição e assinatura, ato médico, responsabilidade de execução, inclusão irregular de nome

# ETHICAL ISSUES CONCERNING SURGEON AND HIS/HER ASSISTANT DESCRIPTION AND SIGNATURE IN SURGERIES

**Key words**: surgical act, surgeon and assistant, description and signature, execution responsibility, irregular inclusion of name

#### **CONSULTA**

Trata-se de consulta formulada por médico com o seguinte teor:

Solicito esclarecimentos e orientação a respeito da situação que se segue: Colega (A) realiza cirurgia e é auxiliado por colega (B). Obs. Em cirurgia oftalmológica, o 1º auxiliar tem desempenho mínimo.

Colega (C) permanece no centro cirúrgico, mas em nenhum momento participa do ato cirúrgico.

Após o ato cirúrgico, são feitos 3 relatórios:

- descrição da cirurgia pelo cirurgião.
- descrição da anestesia com nomes do cirurgião e auxiliar.
- descrição da enfermagem com os nomes do cirurgião e auxiliar.

É correto ou ético, ou aceitável, o cirurgião (A) constar como auxiliar e o auxiliar (B) constar como cirurgião?

É correto e ou ético, ou aceitável, o auxiliar (C), constar como 2º auxiliar? É correto e ou ético, ou aceitável, o auxiliar (B), constar como cirurgião e o

auxiliar (C), como auxiliar? Em caso hipotético de um processo judicial, nas condições acima, qual seria o posicionamento do CRM?

<sup>\*</sup> Conselheiro Parecerista CRMPR.

### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

A Resolução CFM Nº 1490/1998 contém em seu texto as orientações solicitadas pelo consulente. Sua leitura ajudará no esclarecimento das dúvidas elencadas, mais ainda, os art. 33 e 88 do CEM dizem respectivamente ser vedado ao médico "assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou efetivamente" e "permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico, para efeito de cobrança de honorários". Ao Conselho Regional de Medicina do Paraná cabe fiscalizar o cumprimento das normas estabelecidas no Código de Ética Médica.

É o parecer.

Curitiba, 08 de setembro de 2006.

Romeu Bertol Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 64/2004 Parecer CRMPR N°. 1780/2006 Parecer Aprovado N° 1848 Sessão Plenária de 27/11/2006

Prezado colega e editor da Revista Arquivos Dr. Ehrenfried Wittig

Sou médica reguladora da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná – SESA – e manifesto aqui a minha opinião e dos demais colegas que trabalham na Central de Regulação de leitos do Estado. Na última edição da Revista Arquivos, de número 95, foi publicada uma consulta a respeito do encaminhamento de pacientes como "vaga zero", questionando a impossibilidade de se criar um novo leito, ou mesmo alocar uma maca dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva que já tenha todos os seus leitos ocupados (Processo-Consulta CRMPR N° 62/2006; Parecer CRMPR N° 1755/2006).

Nós médicos reguladores, estamos de pleno acordo com a resposta elaborada pela conselheira Terezinha Florêncio, contra o encaminhamento à UTI como vaga zero. Em situações de risco iminente de óbito devido a falta de recursos para o adequado atendimento ao paciente, o encaminhamento como "vaga zero" se dá a um Serviço de Emergência de região onde se encontra o paciente, não envolvendo, portanto, o médico plantonista da UTI. Entendemos que a consulta realizada pelo colega intensivista pode induzir a uma interpretação equivocada, já que não houve menção, na resposta, ao encaminhamento ser referente ao Pronto-Socorro/Sala de Emergência.

Sendo assim, solicito que a consulta já realizada em maio/2007 pelo colega regulador Dr. Marcelo Tuleski e respondida pelo Dr. Romeu Bertol (Processo-Consulta 010/2007, Parecer Nº 1848/2007) seja publicada o quanto antes, no intuito de evitar interpretações divergentes sobre esta questão e consultas, queixas e mesmo denúncias impertinentes ao CRM devido à nossa conduta, baseada na Portaria do MS e reiterada por este Conselho em maio de 2007.

Atenciosamente,

Fabiana Miranda Rodrigues Espósito – CRM/PR 20062.

Vide pág. 33

### O MÉDICO REGULADOR

Romeu Bertol\*

**EMENTA** - Encaminhamento de pacientes graves aos serviços de referência na situação de vaga zero, quando não há vagas adequadas ao caso disponíveis em nenhum dos hospitais da região ou de regiões próximas, às quais o paciente tenha possibilidade de ser transferido - O médico deve evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia de seu trabalho - É direito do médico apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente.

**Palavras-chave**: urgência médica, consulta, leito, vaga zero, recusa hospitalar, hospital de referência, obrigação funcional, resolver restrições, limitações no SOS

#### **REGULATION DOCTOR**

**Key words:** medical urgency, physical examination, bed, zero vacancy, hospital refusal, reference hospital, functional obligation, restriction solving, SOS limitations

#### **CONSULTA**

Trata-se de consulta realizada por médico, com o seguinte teor:

"Sou médico regulador da central de regulação de leitos e consultas da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Enfrento freqüentemente situações nas quais tenho que determinar a transferência imediata de pacientes graves, que necessitam de exames diagnósticos e intervenções terapêuticas disponíveis apenas em hospitais de referência. Contudo, são inúmeras as situações em que médicos plantonistas das referidas unidades de referência para atendimento de urgências alegam falta de leitos de UTI ou mesmo de enfermaria, e contestam o encaminhamento. Assim, sou obrigado, após buscar vagas em todos os hospitais da região, a encaminhar ao hospital de referência na situação de "vaga zero para internação", obedecendo a Portaria 2048/2002, do Ministério da Saúde. Tal portaria determina que o médico regulador garanta o atendimento do paciente grave, não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor

<sup>\*</sup> Conselheiro Parecerista CRMPR.

hierarquia disponível em termos de serviços de atenção às urgências. Solicito parecer do CRMPR a respeito dessa situação, de encaminhamento de pacientes graves na situação de vaga zero aos serviços de referência, quando não há vagas adequadas ao caso disponíveis em nenhum dos hospitais da região ou de regiões próximas, às quais o paciente tenha possibilidade de ser transferido.

### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

Parecer emitido em agosto de 2006 por este conselho sobre o tema diz que " o médico intensivista, só pode admitir o paciente ao ser solicitado leito , se dele dispuser. Não há como acrescentar uma maca, visto que existem todos os itens citados na portaria - MS N° 1071 de 04 de julho de 2005 - que deverão estar disponíveis, para atender dignamente o paciente ali admitido.

O Código de Ética Médica em seu artigo 8° afirma, "que o médico não pode em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar a sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia de seu trabalho".

Ainda no artigo 22 diz que, " é direito do médico apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nestes casos, aos órgãos competentes e obrigatoriamente a Comissão de Ética e ao CRM de sua jurisdição.

A portaria MS 2048/2002 atribui também ao médico regulador funções gestoras como - " tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com o seu julgamento.

Decidir sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar.

Decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviço de atenção de urgências, ou seja vaga zero.

Requisitar recursos públicos e privados em situações excepcionais, com pagamento ou contrapartida a posterior.

Ainda, na Constituição consta no capitulo referente a saúde "que esta é um direito do cidadão e é dever do estado prover os meios para que todos os cidadãos possam exercê-lo com eqüidade. Acontece que a eqüidade freqüentemente é parte integrante do discurso porém a prática é da iniqüidade em alguns pontos do sistema . Cabe ao médico regulador agir junto ao gestores do SUS, aqui incluídos os Conselhos Municipal e Estadual de Saúde , para que os meios de atenção estejam disponíveis em qualidade e quantidade adequados ao cumprimento de sus função de gestor e do preceito constitucional.

A portaria 1071 do MS institui a política nacional de atenção ao paciente crítico. no seu art., 2° determina que as secretarias de estado da saúde e do DF deverão estabelecer um planejamento regional hierarquizado para formar uma rede estadual e ou regional de atenção em terapia intensiva com a finalidade de incrementar,

quantitativa e qualitativamente o acesso dos pacientes usuários do SUS a leitos hospitalares habilitados a prestarem serviços e cuidados nesta área da assistência hospitalar.

A portaria 2048/GM diz que "feita a leitura qualificada da estrutura e deficiências do setor, deve ser elaborado um plano estadual de atendimento as urgências emergências que deve estar contido no plano diretor de regionalização com programação de ações corretivas com respectivo cronograma de execução e planilha de custos, destinados a correção das deficiências encontradas na estruturação das grades assistenciais regionalizadas e hierarquizadas, que serão discutidas avaliadas e priorizadas a fim de comporem o plano diretor de investimentos .

No art.º 5 dá o prazo de 2 anos para a adaptação dos serviços as normas e critérios estabelecidos pela portaria .

O consulente propõe questão complexa e de difícil análise .há uma evidente desproporção entre oferta e demanda de leitos no SUS . De um lado pacientes em situação de risco que necessitam vagas em serviço mais complexo e melhor estruturado e do outro lado, serviços de urgência que trabalham com sobrecarga de pacientes graves. O conflito se estabelece entre médicos que atuam nas duas pontas do sistema, responsáveis diretos que são pelo atendimento às pessoas.

Creio que a solução cabe aos gestores do sistema que alocam, administram, contratam e auditam os recursos do SUS . Se são poucos há que multiplicá-los de acordo com a necessidade e a lei . Se são mal alocados, há que usar os instrumentos legais a disposição para corrigir as deficiências. Leis e Portarias não faltam, como ficou claro pelo que foi anteriormente exposto. O SUS é modelo em sua concepção democrática e equânime, porém mau exemplo na sua execução, onde persistem focos inaceitáveis de iniquidade. Os serviços de urgência são um destes focos.

Respondendo especificamente a consulta, aduzo que cabe aos médicos que fazem a regulação e os que atendem em serviços de urgência agirem conforme a legislação pertinente e as disposições do código de ética médica já citadas anteriormente. O conceito de vaga zero deve ser entendido como uma medida provisória, sendo obrigação do médico regulador prosseguir na busca de vaga adequada para o paciente, em serviço que faça parte do sistema estadual ou regional de emergências de caráter público ou privado vinculado ou não ao SUS, conforme pacto previsto na portaria 2048 do MS. Há que ficar claro que medidas provisórias não eximem o gestor de cumprir com seu dever legal de implementar atividades com vistas a solucionar os pontos críticos do sistema conforme prevê a lei. Logo o que é provisório não pode adquirir o caráter de definitivo como com freqüência acontece no setor saúde. O Ministério da Saúde concedeu o prazo de 2 anos para a adequação dos serviços. Já corre o mês de maio de 2007, sem que soluções efetivas tivessem sido adotadas para a solução do grave problema.

Concluo afirmando que médicos que trabalhem em serviços de urgência e emergência credenciados pelo SUS e que integrem o plano estadual e ou regional, não podem alegar a inexistência de vaga para recusar o acolhimento de paciente encaminhado ao serviço pelo médico regulador, desde que feito de acordo com as normas vigentes e pactuadas entre gestor e prestador. Entende-se que naquele momento o local escolhido pelo médico regulador, é o melhor local possível no sistema para

atender o paciente. Porém é obrigação do médico regulador prosseguir na busca de leito adequado ao caso nos demais serviços para a alocação definitiva e adequada as necessidades do paciente.

É o parecer. Curitiba, 19 de maio de 2007. Romeu Bertol Cons. Parecerista

Vide pág. 32

Processo-Consulta CRMPR N°. 010/2007 Parecer CRMPR N°. 1848/2007 Parecer Aprovado Sessão Plenária de 18/06/2007 - Câmara I

#### ÓRGÃOS HUMANOS SÃO DEIXADOS EM AEROPORTO

#### Homem não conseguiu embarcar material colocado em caixas de isopor

Investigação — Um passageiro identificado como Paulo Almeida abandonou na noite de quarta-feira três caixas de isopor com órgãos humanos no saguão do Aeroporto de Congonhas, em São Paulo. Segundo a Polícia Cívil, dentro das caixas havia cérebro, rins, pulmão, vesícula e coração. Também havia outros tecidos humanos ainda não determinados.

Almeida se identificou como médico e tentou embarcar no vôo 3574 da TAM, de São Paulo para Porto Velho (RO), às 17 horas. Segundo a polícia, ele pretendia levar uma das caixas como bagagem de mão.

A companhia aérea informou que, ao ser questionado sobre o conteúdo da caixa, Almeida respondeu que se tratava de órgãos humanos que seriam levados para uma faculdade de Porto Velho

Ao ser informado pela atendente da companhia aérea de que não poderia despachar a carga sem a documentação necessária, Almeida se irritou e pediu à funcionária que jogasse fora o material. Ele não teria qualquer documento que comprovasse a origem e a finalidade do transporte dos órgãos.

Os órgãos estavam acondicionados sem gelo, dentro de sacos plásticos em uma solução que pode se formol.

O homem acabou saindo da fila e abandonando as caixas com os órgãos. Apesar do comportamento estranho, ele não foi impedido de embarcar e o material foi enviado para a seção de achados e perdidos, onde foi analisado por um sistema de raio-X que identificou o conteúdo como sendo teçido humano.

#### LABORATÓRIO

Em entrevista à Rede Globo, Almeida afirmou ser dono de um laboratório em Porto Velho. Como a documentação para a liberação da carga demoraria muito, resolveu guardá-la em algum lugar e embarcar sem ela

Ele afirmou usar os órgãos retirados de pacientes para análises clínicas. Como após o uso, é inutilizado, utilizaria o restante como material de ensino. "Tenho um acervo de órgãos que utilizo para ensinar as pessoas", disse. "Ia trazer para treinar meus funcionários aqui".

A delegacia da Polícia Cívil do Aeroporto de Congonhas foi acionada e encaminhou o material para o Instituto de Criminalística (IC), onde a perícia será realizada. No início da noite de ontem, a assessoria de Comunicação da Polícia Cívil informou que Almeida foi convocado a prestar esclarecimentos e que ainda é cedo para afirmar que se trata de tráfico de órgãos.

Transcrito da Folha de São Paulo, Maio/2007.



### DENGUE - TRATAMENTO E CUSTOS HOSPITALARES DEVEM SER RESOLVIDOS ADMINISTRATIVAMENTE

Célia Inês Burgardt\*

**EMENTA** - Dengue doença infecciosa não transmissível entre humanos. A questão de pagamento do tratamento hospitalar pelo planos de saúde deve ser resolvida administrativamente.

Palavras-chave: dengue, pagamento hospitalar, tratamento e custos, problema administrativo

# DENGUE – TREATMENT AND HOSPITAL BILLS SHOULD BE SOLVED BY THE ADMINISTRATION

Key words: dengue, hospital bills payment, treatment and costs, administrative problem

#### **CONSULTA**

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, a Sra. I. C. M., encaminha consulta via correio eletrônico, com o seguinte teor:

" Prezado senhores.

Solicito, com a maior brevidade possível, a definição da "dengue", informando se é doença infecto-contagiosa ou não.

A solicitação se deve ao fato de que a U. C. negou a cobertura hospitalar da minha mãe por considerar a doença infecto-contagiosa. No entanto, a U. M. paga a internação aos seus associados.

Já consultei alguns médicos que me informaram que a doença é transmissível, mas não contagiosa.

Tendo em vista o impasse gerado solicito uma manifestação formal deste conselho.

Atenciosamente"

### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

Sobre a consulta temos a aduzir:

A dengue é uma doença infecciosa representando um dos principais problemas de saúde pública no mundo e é um desafio às autoridades sanitárias mantêla sobre controle, pois o vetor - mosquito Aedes aegypti – possui aprimorada capacidade

<sup>\*</sup> Conselheira Parecerista CRMPR

de adaptação aos novos ambientes proporcionados pela urbanização acelerada, que criou condições sócio – ambientais favoráveis a sua difusão.

A mais freqüente manifestação clínica da dengue é a soro conversão assintomática e inaparente. Quando ocorre doença, duas formas principais são reconhecidas: dengue clássico, em forma branda ou grave, e a chamada dengue hemorrágica, compreendendo a síndrome de choque.

Nas situações de maior gravidade o internamento hospitalar é necessário para que medidas específicas de cuidado sejam realizadas.

Esta doença não é caracterizada como contagiosa, no que diz respeito à sua transmissão direta entre pessoas. Este é o motivo pelo qual não é necessário quarto privativo quando do internamento para cuidados específicos. Da dengue, se exige como para qualquer outra situação clínica, as precauções padrão, ou seja, atenção no manuseio de sangue e secreções.

Assim, quanto a questão técnica, a dengue é uma doença infecciosa, transmitida por um vetor externo (mosquito), mas não contagiosa.

As questões relacionadas à cobertura hospitalar por parte da U. C. devem ser discutidas do ponto de vista administrativo.

É o parecer.

Curitiba, 23 de julho de 2007.

Célia Inês Burgardt Cons<sup>a</sup>. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 058/2007 Parecer CRMPR N°. 1866/2007 Parecer Aprovado Sessão Plenária de 30/07/2007 - Câmara II



# NÃO É PERMITIDO A PRESENÇA DE CÂMERA DE VIGILÂNCIA EM CONSULTÓRIO MÉDICO

Donizetti Dimer Giamberardino Filho\*

**EMENTA** - O Consultório médico deve oferecer privacidade na relação médicopaciente com vistas a preservar a autonomia do paciente sobre sua saúde e o respeito ao sigilo das informações no atendimento médico.

**Palavras-chave**: câmera de vigilância, consultório médico, privacidade, autonomia, sigilo médico

# IT IS FORBIDEM THE PRESENCE OF SURVEILLANCE CAMERAS IN DOCTOR'S OFFICES

Key words: surveillance cameras, medical office, privacy, autonomy, medical sigil

#### **CONSULTA**

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Sr. A. L. O., formula consulta com o seguinte teor:

"Gostaria de parecer a respeito de instalação de câmera de vigilância dentro de consultório médico, em ambulatório de empresa para fins de exames médicos ocupacionais.

A empresa mandou instalar câmera de vigilância dentro de consultório médico alegando medidas de segurança, que será monitorado por pessoas da área não médica".

### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

A Medicina é uma profissão milenar baseada na ciência e na arte. O exercício da arte médica se destaca no famoso juramento de Hipócrates, quando enfatiza a importância da relação médico-paciente, valoriza o segredo profissional como expressão do respeito à privacidade, à intimidade dos pacientes, culminando com o compromisso com a vida.

A Resolução CFM N° 1246/88 aprovou o Código de ética Médica em vigência, trata-se de um código de posturas fundamentados no humanismo e na

<sup>\*</sup> Conselheiro Parecerista CRMPR.

solidariedade, é um instrumento fundamental na regulação das relações do médico com a sociedade e em particular com o paciente.

Dos 145 artigos do CEM, citamos alguns vinculados a questão apontada: Art. 1°, 2°, 11°, 12°, art 40, art 63, art 102, art 105, art 107 e art. 108.

Com estes preceitos, é de clareza inquestionável que o ambiente de um consultório médico deve oferecer privacidade na relação médico-paciente com vistas a preservar a autonomia do paciente sobre sua saúde e o respeito ao sigilo das informações no atendimento médico.

Se porventura existem problemas de segurança, devem ser desenvolvidos mecanismos de proteção prévios ao acesso dos pacientes nos consultórios.

Além destes aspectos éticos, do ponto de vista legal, a normativa governamental sobre saúde ocupacional NR7, não prevê qualquer modalidade deste tipo de vigilância.

Concluímos, que a presença deste dispositivo de registro para os atos médicos praticados em um consultório são irregulares.

É o parecer.

Curitiba, 11 de abril de 2007.

Donizetti Dimer Giamberardino Filho Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 025/2007 Parecer CRMPR N°. 1823/2007 Parecer Aprovado Sessão Plenária de 16/04/2007 - Câmara II



# RELAÇÃO DE MÉDICO, CONSULTÓRIO OU HOSPITAL COM O CREDENCIAMENTO EM OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE

Alexandre Gustavo Bley\*

**EMENTA** - Descredenciamento de médico junto a Operadora de Plano de Saúde – Resolução 1616/2001 – Corpo Clínico atender Operadoras que mantém contrato com o Hospital

**Palavras-chave**: relação médico e operadoras de saúde, operadoras de saúde, contrato com hospital, pessoa física e jurídica

# RELANTIONSHIP BETWEEN DOCTOR, CLINIC OR HOSPITAL WITH HEALTH PLAN OPERATORS FOR ACCREDITATION

**Key words**: medical doctor and health operators relationship, health operators, hospital contract, physical/ natural person and legal entity

#### **CONSULTA**

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente, Dr. R. P., encaminha consulta com o seguinte teor:

"Por alguns motivos que eu considero sem justa causa, fui descredenciado de um plano de saúde local de P. B., o P. (onde eu estava credenciado sob a pessoa jurídica de minha clínica, que em verdade não se diferencia em nada de um consultório médico), porém permaneço fazendo parte do corpo clínico de um Hospital, a P. P. B. que é sócia majoritária do P..

Segundo um parecer do <u>CREMESP – CONSULTA 271/03</u>, se um Hospital é credenciado a um plano de saúde, entende-se que os médicos do seu corpo clínico têm o direito de serem credenciados ao plano. Como estou entrando com uma ação judicial para não ser descredenciado, gostaria de saber:

1 Um médico de um corpo clínico de um Hospital que está credenciado a um plano de saúde, tem o direito de estar credenciado a este plano se for de seu interesse ?

2 O parecer CREMESP reza o seguinte: Se os médicos credenciados anteriormente pela operadora, fizerem parte do corpo clínico do Hospital, por força de contrato estabelecido entre a operadora e o Hospital, estão aptos a atender aos usuários da operadora. Isso é válido também no CRM Paraná?"

<sup>\*</sup> Conselheiro Parecerista CRMPR.

### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

O Conselho Federal de Medicina emitiu Resolução de n° 1616/2001, que dispõe sobre o desligamento de médicos junto a operadoras de planos de saúde. Esta em seu artigo 1° resolve: "É vedado o desligamento de médico vinculado por referenciamento, credenciamento ou associação à Operadora de Plano de Saúde, exceto por decisão motivada e justa, garantindo-se ao médico o direito de defesa e do contraditório no âmbito da operadora". Devemos entender que a Resolução trata da relação entre pessoa física (Médico) e pessoa jurídica (Operadora), diferentemente da relação que o consulente mantinha com a operadora em questão, pois o mesmo era vinculado através de contrato de sua pessoa jurídica (Clínica) com outra pessoa jurídica (Operadora), fugindo assim do âmbito da Resolução, não podendo haver reprimenda ética ao Diretor Técnico da operadora. Cabe ao médico discutir o seu contrato extinto na esfera Cível, no foro que está determinado no mesmo.

Quanto aos 2 questionamentos em si, temos a aduzir que os atendimentos em nível Hospitalar, são norteados pelo Regimento Interno do Hospital, bem como pelo contrato entre o Hospital e a Operadora, portanto de análise administrativa. Se no contrato temos claro que o Corpo Clínico faz parte do credenciamento, este está apto a realizar atos médicos dentro do âmbito hospitalar, pois o acordo é entre o Hospital e a Operadora, logo não necessariamente o médico está credenciado para atendimento em seu consultório. É prerrogativa da Operadora, credenciar ou não o médico, para atendimentos fora do Hospital.

É o parecer.

Curitiba, 21 de novembro de 2007.

Alexandre Gustavo Bley
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 077/2007 Parecer CRMPR N°. 1896/2007 Parecer Aprovado Sessão Plenária de 10/12/2007 - Câmara I



# CABE AO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ATO CIRÚRGICO ACORDAR OS HONORÁRIOS DA EQUIPE

Alexandre Gustavo Bley\*

**EMENTA** - Cabe ao responsável pelo ato, ou seja, o cirurgião, a responsabilidade de formar a sua equipe, bem como verificar e acordar qual a forma do pagamento dos honorários da mesma, dentro da esfera administrativa e seguindo os princípios éticos.

Palavras-chave: cirurgião, responsabilidade, equipe cirúrgica, honorários

## IT IS THE DOCTOR RESPONSIBLE FOR THE MEDICAL ACT WHO ESTABLISHES THE TEAM FEES

Key words: surgeon, responsibility, surgical team, medical fees

#### **CONSULTA**

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o C. M. I. S. Ltda, na figura do seu Diretor Financeiro Sr. M. P., solicita os seguintes esclarecimentos:

"Um médico cooperado da U. realizará uma cirurgia hipotética em um paciente, usuário do plano de saúde desta Cooperativa, e solicita a presença de outro médico não cooperado para participar dessa cirurgia, por inexistir naquele momento no Hospital credenciado outro médico na sua especialidade para ajudá-lo.

#### **Questionamentos:**

- 1) Pode o médico não cooperado da Unimed participar da cirurgia, juntamente com o médico cooperado ?
- 2) A U. deverá pagar os honorários do médico não cooperado, no caso deste não cobrar do paciente usuário da U. ?
- 3) É lícito ao médico não cooperado cobrar os seus honorários diretamente do paciente, caso a U. não pague ?
- 4) No caso da Unimed não pagar os honorários ao médico não cooperado, e este não cobrá-los do paciente, o médico cooperado terá direito ao pagamento pela U. dos seus honorários?
- 5) O Hospital credenciado na Cooperativa poderá cobrar os seus honorários da U. no referido caso hipotético?"

### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

O questionamento é dividido em duas partes, uma sobre ato médico e outra sobre remuneração.

<sup>\*</sup> Conselheiro Parecerista CRMPR.

Quanto à primeira parte, em 1998, o Conselho Federal de Medicina emitiu Resolução sob n° 1490, versando sobre as equipes cirúrgicas, norteando até hoje este assunto. Para o presente parecer três artigos são destacados:

Art. 1° - A composição da equipe cirúrgica é da responsabilidade direta do cirurgião titular e deve ser composta exclusivamente por profissionais de saúde devidamente qualificados.

Art. 2° - É imprescindível que o cirurgião titular disponha de recursos humanos e técnicos mínimos satisfatórios para a seguranca e eficácia do ato.

Art. 4° - Deve ser observada a qualificação de um auxiliar médico, pelo cirurgião titular, visando ao eventual impedimento do titular durante o ato cirúrgico.

Portanto, cabe ao cirurgião definir a sua equipe e por ela se responsabilizar. O auxiliar médico deve ter qualificação profissional para substituir o titular na eventual necessidade. Na mesma toada, se não existe outro profissional com qualificação para auxiliar este procedimento hipotético, como norma ética de zelo pela saúde dos pacientes, não vislumbro óbice quanto a um médico não cooperado auxiliar a cirurgia.

Já em relação ao outro questionamento, sobre como cobrar os honorários deste profissional não cooperado, não temos nenhum dispositivo ético que esclareça pontualmente a questão. O Código de Ética Médica (CEM) já em seus princípios fundamentais, no seu artigo art. 3° define que "A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa". Portanto, o médico praticou um ato profissional e deve ser remunerado por isto. A grande questão se resume na responsabilidade pelo pagamento. As cooperativas médicas têm estatuto e regimento interno próprios, não cabendo a este Conselho parecer de ordem administrativa. Sugiro contato com a cooperativa de origem, explicação do caso específico, e verificação se existe a possibilidade de recebimento de honorários de forma direta, via Hospital ou até por reembolso. Caso não se consiga nenhuma das possibilidades aventadas, desde que o paciente concorde, os honorários poderiam ser cobrados diretamente do mesmo, seguindo os valores praticados pela operadora. Se este for o caminho empregado, temos dois artigos no CEM que devem ser seguidos:

Ao médico é vedado:

Art. 89 - Deixar de se conduzir com moderação na fixação de seus honorários, devendo considerar as limitações econômicas do paciente, as circunstâncias do atendimento e a prática local.

Art. 90 - Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo provável dos procedimentos propostos, quando solicitado.

Diante do exposto, cabe ao responsável pelo ato, ou seja, o cirurgião, a responsabilidade de formar a sua equipe, bem como verificar qual a forma do pagamento dos honorários da mesma, dentro da esfera administrativa e seguindo os princípios éticos.

É o parecer. Curitiba, 28 de novembro de 2007. Alexandre Gustavo Bley Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 096/2007 Parecer CRMPR N°. 1897/2007 Parecer Aprovado Sessão Plenária de 10/12/2007 - Câmara I



# A SAÚDE OCUPACIONAL E A FISCALIZAÇÃO. GUARDA DO SIGILO E A EXPOSIÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE

Carlos Roberto Goytacaz Rocha\*

**EMENTA** - Informações do PCMSO ou da ASO prejudiciais ao paciente ou que exponha a sua intimidade e dignidade, se for informada a terceiros não deverá constar destes documentos e sim no prontuário médico do paciente, que deve ser guardado em local sigiloso e de responsabilidade do Médico do Trabalho Coordenador do Programa.

**Palavras-chave**: saúde ocupacional, fiscalização, atestado ocupacional, médico do trabalho, programa, perito médico

# OCUPATIONAL HEALTH AND ITS FISCALIZATION. KEEPING SECRECY AND THE CONFIDENTIALITY EXPOSITION

**Key words:** occupational health, inspeccion, occupational certificate, occupational medical doctor, program, medical expert

#### **CONSULTA**

Trata-se de consulta formulada pelo Dr. S. E., com o seguinte teor:

"Pode o médico, em especial o médico do trabalho, a luz do que diz a lei do ato médico, ser fiscalizado, auditado ou periciado na emissão de documentos que são exclusivos da profissão médica, por profissional não médico, mesmo que este esteja investido da condição de autoridade sanitária?

Os documentos, **PCMSO** (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional) e **ASO** (Atestado de Saúde Ocupacional), não podem ser emitidos por profissionais que não sejam médicos. Como podem então, ser avaliados, sob qualquer juízo, por profissional que não tem a capacitação técnica de escrevê-los?"

### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

Do questionamento em questão temos a aduzir que:

a) O artigo 5º da Constituição Federal de 1988, em seu parágrafo II determina que " ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei".

<sup>\*</sup> Conselheiro Parecerista CRMPR.

- b) A Lei N  $^\circ$  8.080 de 19/09/1990 em seu Art. 2 $^\circ$  diz: "A Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
- § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.
- § 2° O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.
- c) No art. 6° diz: " Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):
  - I A execução de ações:
  - a) de vigilância sanitária
  - b) de vigilância epidemiológica
  - c) de saúde do trabalhador e;
  - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;"

No art. 18 determina ainda que à Direção Municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

- l- ....
- II- ....
- III- Participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
  - IV- Executar serviços:
  - a) de vigilância epidemiológica;
  - b) vigilância sanitária;
  - c) .....
  - d) .....
  - e) de saúde do trabalhador;
- d) A Lei N° 9.782 de 26/01/1999 define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. Em seu Art. 1° determina que " O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária compreende o conjunto de ações definido pelo § 1° do art. 6° e pelos arts. 15 a 18 da Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990, executado por instituições da Administração Pública direta e indireta da união, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária".

Podemos, pelo exposto, concluir que a Lei Nº 9.782 que definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) determinou que todas as atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária, realizadas por outras Instituições Públicas, Federais, Estaduais e Municipais seriam, a partir da lei, executadas pela ANVISA.

Portanto a ANVISA, tem força de lei para realizar as atividades determinadas pelo Estado. No entanto, a lei em nenhum momento, interfere na determinação do art. 102 do CEM que diz ser vedado ao médico revelar fatos que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou

autorização expressa do paciente. Fica claro portanto, que se alguma informação constante do PCMSO ou da ASO puder ser prejudicial ao paciente ou puder expor a sua intimidade e dianidade se for informada a terceiros, esta não deverá constar destes documentos e sim do prontuário médico do paciente que deve ser guardado em local sigiloso e de responsabilidade do Médico do Trabalho Coordenador do programa. Vale lembrar ginda que tanto o CEM como a legislação penal exige o cumprimento da legislação sanitária vigente. O CEM no art. 44 guando diz ser vedado ao médico deixar de colaborar com autoridades sanitárias ou infrinair a leaislacão pertinente e o art. 268 do CBP que diz ser crime infringir determinação do poder público destinada a impedir introdução e propagação de doença contagiosa. Por outro lado, acredito, que desde que esteja seguindo as Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho, os dispositivos legais e os preceitos oriundos do CEM, não tem o médico o que temer da fiscalização, quer da Viailância Sanitária, quer da Delegacia Regional do Trabalho. Lembrando que qualquer agente, quer médico ou não, que manipule documentos médicos, está preso ao sigilo profissional, podendo responder criminalmente pela sua divulgação.

É o parecer.

Curitiba, 07 de fevereiro de 2007.

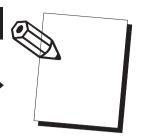
Carlos Roberto Goytacaz Rocha Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 035/2006 Parecer CRMPR N°. 1825/2007 Parecer Aprovado Sessão Plenária de 16/04/2007 - Câmara IV



### **MUDANÇA DE ENDEREÇO**





Fone 0 xx 41 - 3240-4000 Fax 0 xx 41 - 3240-4001 e-mail: crmpr@crmpr.org.br

#### Lei nº 3.268 de 1957. Decreto Federal nº 44.045 de 19.07.1958.

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

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ RUA VICTÓRIO VIEZZER, 84 - VISTA ALEGRE - CAIXA POSTAL 2.208 CEP 80810-340 - CURITIBA - PR - FONE (0xx41) 3240-4000 - FAX (0xx41) 3240-4001		
FORMULÁRIO PARA ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO		
Médico(a):	CRM/PR	
Favor assinalar o endereço onde deseja receber as correspondências:		
END. POSTAL RESIDENCIAL:		
N° : Bairro: Bairro:		
Cidade:	CEP:	
Telefone residencial: ()		
End. Eletrônico:	Fax: ()	
END. POSTAL COMERCIAL:		
 N° : Bairro:		
Cidade:	CEP:	
Telefone comercial: ()		
End. Eletrônico:	Fax: ()	
Permite a divulgação do seu endereço para terceiros?		
Não Sim: [] Residencial Observações:		
Em/	Assinatura:	
Endereço atualizado em/ Visto do Funcionário CRMPR:		

#### LAQUEADURA E VASECTOMIA PELO SUS

Alexandre Gustavo Bley\*

**EMENTA** - A inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado em que se pretende exercer a profissão é exatamente a habilitação para a prática da Medicina - Competência profissional para realização de Laqueadura Tubárea e Vasectomia - <u>Portaria SAS-048</u> de 11 de fevereiro de 1998 - Portaria SAS-743 de 20 de dezembro de 2005.

**Palavras-chave**: inscrição no CRM, laqueadura e vasectomia, especialista, ginecologista, cirurgião geral, portaria SAS 743/2005

# TUBE LIGATION AND VASECTOMY DONE BY THE PUBLIC HEALTH SYSTEM

**Key words:** inscription at the medical council, tube ligation and vasectomy, general surgeon, SAS 743/2005 judicial directive

#### **CONSULTA**

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, a Secretaria de Saúde do M. C., na figura de seu Secretário Sr. N. W., solicita parecer específico quanto:

"... a legalidade de profissional com título de Cirurgia Geral ou Ginecologia e Obstetrícia realizar vasectomia e profissional Cirurgião Geral realizar laqueaduras".

### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

Na consulta, o consulente cita a Portaria SAS-048 de 11 de fevereiro de 1998, que normatiza a realização de laqueadura e vasectomia pelo SUS. Ressalta o artigo 5° onde diz que para o Hospital realizar estas cirurgias tem que comprovar a existência de médico capacitado para realização do ato. Quanto a este assunto a Constituição Federal, em seu artigo 5°, ao tratar dos direitos e deveres individuais e coletivos, estabeleceu no inciso XIII a liberdade do exercício de qualquer profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer. Nesta toada, a Lei 3.268/1957, que dispõe sobre as atribuições dos Conselhos de Medicina e dá outras providências, não obriga a necessidade de se possuir especialidade médica como pressuposto para o exercício profissional. A inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado em que se pretende exercer a profissão é exatamente a qualificação e habilitação para a prática da Medicina. A inscrição de especialidade(s) é fator elementar para a comprovação de habilitação específica, bem como para a divulgação pública, porém esta não é obrigatória para o exercício da profissão de médico. Isto exposto,

<sup>\*</sup> Conselheiro Parecerista CRMPR.

na teoria e com amparo legal, qualquer médico pode praticar qualquer tipo de ato médico. Na prática e por uma questão de bom senso, os profissionais procuram se ater nos procedimentos que apresentam experiência e habilitação específica, tentando evitar assim possível questionamento de imperícia.

Seguindo em suas explicações, o Sr. N. W., esclarece que em C. a Secretaria de Saúde tem solicitado comprovação de médico com especialidade em Ginecologia/Obstetrícia para realizar Laqueaduras e Urologia para Vasectomia. Cita a Portaria SAS-743 de 20 de dezembro de 2005 em seu artigo 3°, que trata das categorias profissionais autorizados para emissão de laudo, em seu parágrafo 2°, que deverão solicitar laudos com procedimentos exclusivos de sua área de atuação, devidamente reconhecidos pelos respectivos Conselhos de classe. O teor mais amplo da portaria, por si só já explica a questão, como destacado em negrito abaixo. O texto fala de categoria profissional e não de especialidade médica, as áreas de atuação dizem respeito ao que cabe ao médico ( de forma genérica ), cirurgião dentista e enfermeiro. Em nenhum momento, temos no texto alusão à especialidade médica, senão vejamos os trechos pinçados:

#### PORTARIA Nº 743 DE 20 DE DEZEMBRO DE 2005

Resolve:

- Art. 2° Regulamentar novo Laudo com campos para preenchimento padronizados, que será denominado de LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ANEXO I) e LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ANEXO II) e respectiva Instrução Normativa que orienta o preenchimento dos Laudos acima no ANEXO III.
- Art. 3° Estabelecer que a emissão do laudo está restrita à responsabilidade das seguintes categorias profissionais: médico cirurgião-dentista e enfermeiro(a) obstetra.
- § 1° O laudo deverá ser preenchido de forma legível, sem abreviaturas, para evitar a dificuldade no entendimento do controle e avaliação, sob pena de rejeição do mesmo pelo autorizador.
- $\S~2^{\circ}$  Os Profissionais especificados neste artigo deverão solicitar laudos com procedimentos exclusivos de suas áreas de atuação devidamente reconhecidas pelos respectivos Conselhos de Classe.

Diante do exposto, do ponto de vista legal, não pode haver cerceamento aos profissionais citados na consulta, quanto à realização de vasectomia e laqueadura tubárea.

É o parecer. Curitiba, 25 de julho de 2007. Alexandre Gustavo Bley Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 003/2007 Parecer CRMPR N°. 1861/2007 Parecer Aprovado Sessão Plenária de 30/07/2007 - Câmara I



# A PRESCRIÇÃO DE ANTIBIÓTICOS NAS UNIDADES HOSPITALARES OBEDECERÁ AS NORMAS DE CCIH

Célia Inês Burgardt\*

**EMENTA** - Médico que atua em UTI tem autonomia para prescrever qualquer antimicrobiano padronizado no Hospital. A CCIH deve discutir as indicações de usos aparentemente inadequadas para eventuais correções. Protocolos clínicos devem ser realizados em conjunto e as rotinas da CCIH devem sempre ter como objetivo a segurança do paciente e da equipe profissional.

**Palavras-chave**: prescrição de antimicrobiano, UTI, autonomia do médico, protocolos clínicos, CCIH

# ANTIBIOTIC PRESCRIPTION WILL FOLLOW THE RULES OF CCIH AT HOSPITAL UNITIES

Key words: antibiotics prescription, ICU, doctor's autonomy, clinical protocols, CCIH

#### **CONSULTA**

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente, Dr. J. H. S. W., CRM XXXXX encaminha consulta com o seguinte teor: "Ao Dep. Jurídico do C.R.M. PR

Sou rotinista da UTI do Hospital E. G. e cabe a mim a tarefa de coleta de culturas de rotina para os pacientes internados e pesquisa do foco infeccioso em pacientes graves (sépticos). Tenho um bom relacionamento com o setor de microbiologia do hospital que me fornece resultados destas culturas por telefone quando existe a presença de bactérias possivelmente perigosas.

Tenho tido problemas com a CCIH do hospital que constantemente veta a utilização de alguns antibióticos de amplo espectro via telefone ( a funcionária da farmácia liga e diz que o médico da CCIH não libera o ATB), o que me causa atraso no tratamento do paciente e os coloca em risco de vida.

Partindo-se do preceito de descalonamento do ATB na UTI (inicia-se com ATB de amplo espectro reduzindo-se o mesmo após antibiograma), não seria negligencia aguardar até o resultado do antibiograma que por vezes leva até 48 horas?

A CCIH tem poder de veto de um ATB prescrito por um médico da instituição sendo que este acompanha diariamente o paciente? Grato no momento."

<sup>\*</sup> Conselheira Parecerista CRMPR.

### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

As atividades de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) são norteadas pela <u>Portaria 2616 de 12/05/1998</u>, dispositivo legal do Ministério da Saúde.

Sobre a questão levantada pelo Dr. J. H., destacamos deste documento:

- "3. A CCIH do hospital deverá:
- 3.1. elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:
- 3.1.4. uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médicohospitalares;
- 3.7. definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;"

Da mesma forma, na Resolução nº48 (02/06/200) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que descreve a Inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar, é necessário que a CCIH realize o controle sistemático da prescrição de antimicrobianos, e a existência de formulário para a prescrição de antimicrobianos. (item 10 e 10.1). A mesma resolução recomenda que exista orientação médica ou consulta aos infectologistas da CCIH na prescrição de antimicrobianos e o estabelecimento de medidas de educação continuada da equipe médica em relação à prescrição de antimicrobianos. (item 26 e 27).

Pela importância do assunto na prática médica, o próprio Conselho Federal de Medicina em 1999 publicou a <u>RESOLUÇÃO CFM n°. 1.552/99</u>, que transcrevemos:

"CONSIDERANDO a regulamentação baixada pela Portaria 2.616/GM/MS, de 12.05.98 (D.O.U. – 13.05.98), a qual expede diretrizes e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares em todo o território nacional para pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado;

CONSIDERANDO que consta aposto à Portaria 2.616/GM/MS atribuição de competência às CCIH a implantação de Sistema de Vigilância Epidemiológica, além de adequação, implementação e supervisão de normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e controle das infecções hospitalares;

CONSIDERANDO o disposto no Artigo 81 do Código de Ética Médica que ressalta na autonomia médica, as situações de indiscutível importância para o paciente;

CONSIDERANDO o <u>Parecer nº 32/99</u>, aprovado em 23.07.99, pelo CFM, cuja ementa traduz que não configura ilícito ético a exigência de preenchimento de ficha para liberação de antibióticos pela CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), cuja operacionalização de liberação deverá ser adequada e quaisquer desvios comunicados ao Diretor Clínico do hospital;

CONSIDERANDO o aprovado em Sessão Plenária de 20 de agosto de 1999.

#### **RESOLVE**

- Art. 1° A prescrição de antibióticos nas unidades hospitalares obedecerá às normas emanadas da CCIH.
- Art. 2° As rotinas técnico-operacionais constantes nas normas estabelecidas pela CCIH para a liberação e utilização dos antibióticos devem ser ágeis e baseadas em protocolos científicos.

Parágrafo 1° - Os protocolos científicos não se subordinam a fatores de ordem econômica.

Parágrafo 2° - É ético o critério que condiciona a liberação de antibióticos pela CCIH à solicitação justificada e firmada por escrito.

Art. 3° - Os Diretores Clínico e Técnico da instituição no âmbito de suas competências são os responsáveis pela viabilização e otimização das rotinas técnico-operacionais para liberação dos antibióticos."

#### **CONCLUSÃO**

Pelos dispositivos legais vigentes, fica demonstrada a importância do uso criterioso de antimicrobianos nos Serviços de Saúde e a necessidade de se estabelecer sistemas para seu controle sem que haja prejuízos ao paciente.

Deve ocorrer uma forte integração entre as equipes assistenciais, que na presente consulta estão representadas pelos médicos da Unidade de Terapia Intensiva e os componentes da Comissão ou Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Protocolos clínicos para tratamento das infecções devem ser elaborados em conjunto e disponibilizados para as equipes médicas.

Até que isto ocorra, os casos clínicos, especialmente relacionados aos pacientes mais graves, devem ser analisados entre o médico plantonista da UTI e o médico infectologista do controle de infecção hospitalar, para que se possa encontrar a conduta terapêutica mais adequada.

A disposição do Laboratório de Microbiologia em informar o médico plantonista da UTI sobre resultados de culturas é digna de elogio, pois em muito colabora para o inicio do antibiótico mais indicado contra o agente etiológico encontrado, melhorando as possibilidades de cura da infecção e conseqüente sobrevida do paciente.

Entendemos que o médico plantonista da UTI possui a autonomia necessária para a prescrição de qualquer dos medicamentos antimicrobianos padronizados no hospital, pois acreditamos que o fará com adequação científica pertinente a cada caso.

O médico da CCIH pode e deve questionar as justificativas de usos, que possam a princípio parecer inadequadas. Se necessário, uma intervenção deve ocorrer por meio do diálogo pessoal entre os médicos, devendo ser exceção à mediação por parte de funcionários da farmácia hospitalar. As eventuais correções deverão ser realizadas, tanto para acréscimo de drogas quanto para a supressão.

Salientamos que toda rotina elaborada por uma Comissão ou Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, deve sempre ter como objetivo a segurança do paciente e da equipe profissional.

É o parecer.

Curitiba, 27 de julho de 2007.

Célia Inês Burgardt Cons<sup>a</sup>. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 065/2007 Parecer CRMPR N°. 1860/2007 Parecer Aprovado Sessão Plenária de 30/07/2007 - Câmara II

### NIGÉRIA ACUSA PFIZER POR TESTES ILEGAIS

#### **FARMACÊUTICAS**

O governo da Nigéria apresentou ontem ação pedindo indenização de US\$ 6,45 bilhões da Pfizer, que teria testado em crianças um antibiótico sem a concordância de pais e autoridades. A farmacêutica teria aproveitado uma epidemia de meningite meningocócica e rubéola, que matou milhares de pessoas, para testar o trovafloxacina, em 96. De 200 crianças que tomaram a droga, 11 morreram. Outras ficaram paralisadas, surdas ou cegas.

Transcrito do Estado de São Paulo, 19/07/2007.



# CIRURGIAS EM PACIENTES TRANSEXUAIS: NÃO ACEITAÇÃO DE LAUDOS PSICOLÓGICOS DE ACOMPANHAMENTO POR DOIS ANOS, VINDOS DO EXTERIOR

Gerson Zafalon Martins\*

**EMENTA** - As cirurgias para adequação do corpo de uma pessoa à sua identidade psicossexual de gênero só podem ser indicadas por uma equipe multiprofissional que observe, em conjunto, o candidato, regularmente, por dois anos seguidos.

Palavras-chave: cirurgias em transexuais, laudo psicológico, equipe multiprofissional

### SURGERIES IN TRANSEXUAL PATIENTS: OVERSEAS TWO-YEARS FOLLOW-UP REPORTS WILL NOT BE ACCEPTED

**Key words:** surgeries in transexuals, psychological expert report, multiprofessional team

#### **RELATÓRIO**

O chefe do Serviço de Mudança de Sexo da Famerp/Funfarme encaminha questionamento sobre a posição oficial deste Conselho Federal de Medicina sobre a aceitação de laudos psicológicos de acompanhamento por dois anos, vindos do exterior e reavaliados pela própria instituição nos casos de cirurgias de pacientes transexuais.

#### **PARECER**

A resposta à consulta formulada é não.

A negativa decorre em função do próprio texto normativo, a Resolução CFM n° 1.652/02, que em seus artigos 4° e seguintes exige que o acompanhamento deverá ser feito em conjunto, por equipe multiprofissional, por no mínimo dois anos.

A hipótese em tela traz a possibilidade de um laudo psicológico isolado a ser revalidado. Tal situação não tem suporte na norma regulatória; portanto, não pode ser autorizado.

Este é o parecer.

Brasília-DF, 12 de janeiro de 2007

Gerson Zafalon Martins

Luiz Salvador de Miranda Sá Jr

Cons. Pleno Parecerista

Cons. de Vista Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 065/2007 Parecer CRMPR N°. 1860/2007 Parecer Aprovado Sessão Plenária de 30/07/2007 - Câmara II

<sup>\*</sup> Conselheiro Pleno Parecerista CFM \*\* Conselheiro de Vista Parecerista CFM.

### CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS ANOREXÍGENAS. NOVAS NORMAS DA ANVISA

RESOLUÇÃO - RDC Nº 58, DE 5 DE SETEMBRO DE 2007

Dispõe sobre o aperfeiçoamento do controle e fiscalização de substâncias psico-trópicas anorexígenas e dá outras providências.

Palavras-chave: Anvisa, substâncias psicotrópicas, anorexígenos, nova fiscalização, normas

### CONTROL AND INSPECTION OF ANORECTIC PSYCHOTROPIC DRUGS: ANVISA NEW RULES

Key words: ANVISA, psychotropic substances, anorectics, new inspection, rules

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11 do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicado no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 4 de setembro de 2007, e

Considerado que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, nos termos do art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988;

Considerando as disposições contidas na Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, e no Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974, acerca do controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos;

Considerando as disposições contidas na Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, e no Decreto nº 79.094, de 5 de janeiro de 1977, acerca do sistema de vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas os insumos farmacêuticos, correlatos e outros produtos;

Considerando a finalidade institucional da Anvisa de promover a proteção da saúde da população, bem como suas atribuições legais, conforme estabelecido no art. 6° e nos incisos I, III, XVIII e XX do art. 7°, da Lei nº 9.782, de 1999;

Considerando as disposições contidas na lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, e no Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, acerca das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; das medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; das normas para repressão à produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas;

Considerando as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades estabelecidas na Política Nacional de Medicamentos, instituída pela Portaria nº 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998, que busca garantir condições para segurança e qualidade dos medicamentos consumidos no país, promover o uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais;

Considerando a Resolução MERCOSUL/GM/RES nº 39/99, que dispõe sobre as associações de drogas em medicamentos e preparações magistrais que contem anorexígenos;

Considerando a Resolução nº 273, de 30 de agosto de 1995, do Conselho Federal de Farmácia, que veda ao farmacêutico por tempo indeterminado a formulação de produto magistral contendo associações medicamentosas, que tenham em sua formulação as substâncias: dietilpropiona ou anfepramona, d-fenfluramina, l-fenfluramina, fenproporex, manzidol, quando associadas entre si e/ou a outras substâncias de ação no sistema nervoso central (inclusive as benzodiazepinas) e/ou substâncias de ação no sistema endócrino;

Considerando a Resolução nº1477, de 11 de julho de 1997, do Conselho Federal de Medicina, que veda aos médicos a prescrição simultânea de drogas tipo anfetaminas, com um ou mais dos seguintes fármacos: benzodiazepínicos, diuréticos, hormônios ou extratos hormonais e laxantes, com finalidade de tratamento da obesidade ou emagrecimento;

Considerando o Consenso Latino-Americano de Obesidade, cuja finalidade é direcionar as recomendações sobre prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade na América Latina;

Considerando o elevado risco sanitário relacionado ao consumo indiscriminado de substâncias psicotrópicas anorexígenas e a necessidade de efetivação de medidas regulatórias que possibilitem o uso seguro de tais substâncias. e

Considerando a necessidade de aprimorar o regime de controle e fiscalização das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, constantes das listas do Regulamento Técnico aprovado pela Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, e suas posteriores atualizações, bem como pela Portaria SVS/MS nº 6, de 29 de janeiro de 1999; resolve:

Adota a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

- Art. 1º A prescrição, o aviamento ou a dispensação de medicamentos ou fórmulas medicamentosas que contenham substâncias psicotrópicas anorexígenas ficam sujeitas à Notificação de Receita "B2", conforme modelo de talonário instituído nos termos do Anexo I desta Resolução.
- §1º São consideradas substâncias psicotrópicas anorexígenas todas aquelas constantes da lista "B2" e seu adendo, assim elencadas na Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, e suas atualizações.
- §2º A Notificação de Receita "B2", de cor azul, impressa às expensas do profissional ou instituição, terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da sua emissão e somente dentro da Unidade Federativa que concedeu a numeração.
- §3º Além do estabelecido nesta Resolução, aplicam-se em relação à Notificação de Receita "B2" todas as disposições vigentes relativas ao preenchimento da Notificação de Receita "B", assim como a respectiva concessão e entrega e demais competências da autoridade sanitária.
- §4º As substâncias psicotrópicas anorexígenas também ficam sujeitas a todas às exigências estabelecidas na legislação em vigor, relativas a escrituração e Balanços Anuais e Trimestrais, assim como no que se refere à Relação Mensal de Notificações de Receita "B2" RMNRB2, conforme modelo instituído no Anexo II desta Resolução.
- Art. 2º Cada Notificação de Receita "B2" deve ser utilizada para tratamento igual ou inferior a trinta dias.

Parágrafo único. Fica vedada a prescrição, a dispensação e o aviamento de medicamentos ou fórmulas medicamentosas que contenham substâncias psicotrópicas anorexígenas com finalidade exclusiva de tratamento da obesidade acima das Doses Diárias Recomendadas (DDR), conforme a seguir especificado:

I - Fenproporex: 50,0 mg/dia;

II - Fentemina: 60,0 mg/dia;

III - Anfepramona: 120,0 mg/dia,

IV - Mazindol: 3,00 mg/dia.

- Art. 3º Fica vedada a prescrição, a dispensação e o aviamento de fórmulas de dois ou mais medicamentos, seja em preparação separada ou em uma mesma preparação, com finalidade exclusiva de tratamento da obesidade, que contenham substâncias psicotrópicas anorexígenas associadas entre si ou com as seguintes substâncias;
  - I ansiolíticas, antidepressivas, diuréticas, hormônios ou extratos hormonais e laxantes;
  - II simpatolíticas ou parassimpatolíticas.

IOTIFICAÇÃO DE RECEITA	IDENTIFICAÇÃO DO EMTENTE	MEDICAMENTO CU SUBSTÂNCIA
UF NÚMERO B2		
		QUANTIDADE E FORMA FARIMACÊUTICA
F	exierter	
de de	inderego:	DOSEPORUNIDADEPOSOLÓGICA
_		POSOLOGIA
Assinatura do Entitente:		
IDENTIFICAÇÃO DO COM-		CARIMBO DO FORNECEDOR
None		
Endereça:		
Telefone:		
Identidadent: Órgā	DEspeciator: Nome do	Vendedor: Data
Dados da Gráfica: Norre—Endereço Completo—C	NPJ Numeração dest	a impressão: dea

Art. 4° - Configurada infração por inobservância de preceitos ético-profisisonais, o órgão fiscalizador comunicará o fato ao Conselho Regional de jurisdição competente, sem prejuízo das demais cominações penais e administrativas.

Art. 5° - O descumprimento das disposições contidas nesta Resolução constitui infração sanitária, nos termos da Lei n° 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art. 6° - Esta Resolução entra em vigor 120 dias após a data de sua publicação.

Dirceu Raposo de Mello

### O QUE FAZER COM OS PRONTUÁRIOS QUANDO UM HOSPITAL É FECHADO?

Palavras-chave: prontuário, fechamento do hospital, médico falecido

### O WHAT SHOULD BE DONE WITH RECORDS WHEN A HOSPITAL IS CLOSED DOWN?

Key words: records, hospital closing down, deceased doctor

#### PARECER

Analisando os precedentes consultivos deste Conselho, constatamos que não há, ainda, entendimento consolidado neste sentido.

Segundo o parecer Cremesp nº 45.708/2001, os prontuários médicos, após o falecimento do médico, poderão ser incinerados como uma última solução viável, não havendo herdeiros do consultório e restarem infrutíferas as tentativas de entrega destes documentos aos respectivos pacientes.

Todavia, quando tratarmos de encerramento de atividades de entidade hospitalar, a solução, ao entender da Assessoria Jurídica do Cremesp, não pode enveredar para o caminho apontado, uma vez que outras soluções podem ser aplicadas.

Senão, vejamos:

A importância dos prontuários médicos

Apenas a título elucidativo, nos valemos dos inúmeros precedentes consultivos existentes neste Conselho para conceituar e definir a importância dos prontuários médicos dos pacientes e a responsabilidade daqueles que, efetivamente, possuem a sua guarda. A Resolução CFM nº 1638/2002, em sua exposição de motivos, demonstra de maneira muito clara esta importância:

"Considerando que o prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal;

Considerando que compete à instituição de saúde e/ou ao médico o dever de guarda do prontuário, e que o mesmo deve estar disponível nos ambulatórios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional;

Considerando que as instituições de saúde devem garantir supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas;"

Podemos concluir, portanto, que o prontuário médico é documento essencial para o paciente e, também, para o médico que pode acompanhar de maneira mais próxima e correta a evolução de seu assistido, devendo ser mantido sob os cuidados das instituições de saúde, que devem zelar pela qualidade e preservação das informações nele contidas.

Estes são os princípios básicos relativos ao manuseio do prontuário médico, que nortearão o presente parecer.

<sup>\*</sup> Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Desta feita, assim nos manifestamos:

#### 1. encaminhamento à entidade mantenedora

Em muitos casos, os hospitais privados com finalidade pública (Santas Casas de Misericórdia) possuem uma entidade mantenedora que, juridicamente, é a empresa ou organização que mantém financeiramente e fornece a estrutura administrativa para o funcionamento do hospital.

Uma solução viável, nos casos de encerramento das atividades de entidade hospitalar nos moldes de uma Santa Casa de Misericórdia, seria manter os prontuários médicos sob a guarda da sua entidade mantenedora.

A entidade mantenedora, para que não tenha a incumbência de manter por muitos anos tais documentos, poderia encaminhar comunicação aos pacientes, por intermédio dos endereços constantes nas suas fichas cadastrais, informando local e forma pré-estabelecida para a retirada dos prontuários médicos e eventuais exames complementares, firmando o respectivo termo com os pacientes e possibilitando, assim, a continuidade de eventual serviço médico necessário.

Neste caso, a entidade mantenedora deve possuir um médico responsável pela guarda destes documentos, em virtude do sigilo médico que envolve a questão. Os últimos Diretores Técnico e Clínico da instituição encerrada deverão acompanhar os trabalhos em virtude de suas responsabilidades sobre tais documentos; ressalte-se que a Comissão de Revisão de Prontuários Médicos da instituição encerrada tem o dever de também acompanhar estes trabalhos.

#### 2. encaminhamento a outra entidade hospitalar

Em se tratando de hospital público (municipal) ou Santa Casa, também há a possibilidade de remessa dos documentos a outra entidade hospitalar da região, para que efetue a guarda dos documentos.

Há, porém, que se ressaltar a necessidade de comunicação aos pacientes, na forma estabelecida no item anterior, informando-os que os documentos relativos ao seu atendimento médico ocorrido na instituição hospitalar, ora encerrada, estão sendo remetidas a outra entidade, sempre com muita atenção e zelo quanto ao sigilo médico; também nestes casos deve haver acompanhamento dos diretores clínico e técnico e das comissões de revisão de prontuários das instituições envolvidas.

#### 3. incineração dos documentos, microfilmagem

Documentos médicos (a exemplo de prontuário ou exames complementares) produzidos há mais de 20 anos não precisam mais ser mantidos em arquivo, não havendo dúvida neste sentido conforme o texto da Resolução CFM nº 1639/2002.

Entretanto, tais documentos, decorrido o prazo de 20 (vinte) anos, somente podem ser incinerados se houver a respectiva microfilmagem ou digitalização, nos termos estabelecidos na própria Resolução acima mencionada.

#### **CONCLUSÃO**

Diante de todo o exposto, podemos concluir pelo fato de que a questão, ainda pendente de regulamentação por parte do Conselho Federal de Medicina, pode ser solucionada, no caso concreto ora analisado, nos moldes acima destacados, resguardando os direitos dos pacientes e também dos profissionais médicos que efetuaram os atendimentos.

Há que se considerar, ainda, de suma importância a atuação dos últimos Diretores Clínico e Técnico da instituição no processo de guarda destes documentos, além da Comissão de Revisão dos Prontuários Médicos, sejam eles encaminhados a outra instituição, sejam eles mantidos com a entidade mantenedora.

Processo-Consulta CEMESP N°. 25478/2004 Parecer Aprovado Sessão Plenária de 07/05/2004 Jornal do Cremesp 208/2004

#### MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

#### **Ehrenfried Othmar Wittig\***



#### INSTITUTO MÉDICO LEGAL

A bela e antiaa mansão chamada de Palacete Loureiro, construída na esauina da Av. Sete de Setembro com a Av. Marechal Floriano Peixoto, foi a primeira sede do Ginásio Paranaense Internato de 1918 a 1925 onde já funcionava um escritório da Estrada de Ferro, e posteriormente da delegacia de Investigações e Capturas, Secção de Identificação e por último do Instituto Médico Legal de Curitiba até 1975.

A casa na fotografia ao lado do palacete foi construída na parte posterior, com entrada para a Av. Marechal, recebia os cadáveres onde se realizavam as necrópsias do IML e Servico de Verificação de Óbitos.

Hoje, no local, ambas as construções foram substituídas por edificações do Complexo da Universidade Tecnológica Federal do Paraná.

Palavras-chave - Instituto Médico Legal, história da medicina, Museu de Medicina Key-words - Forensic Medicine Institute, medicine history, Medicine Museum

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

**Para doações**: Telefone 0xx41. 3024-1415 - Fax 0xx41 3242-4593 (secretaria) E-mail: amp@amp.org.br Rua Cândido Xavier nº 575 - 80240-280 - Curitiba-PR

Visite o Museu em nosso site www.amp.org.br