

ISSN 0104 - 7620

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

| | | | | | | |
|---------------------------|----------|-------|-------|------------|-----------|------|
| Arq Cons Region Med do PR | Curitiba | v. 25 | n. 99 | p. 121-180 | Jul.-Set. | 2008 |
|---------------------------|----------|-------|-------|------------|-----------|------|

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

ENDEREÇOS

CRM

Secretaria Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre
80810-340 Curitiba - Paraná - Brasil
e-mail Protocolo/Geral : protocolo@crmpr.org.br
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: correo@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

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

TIRAGEM

20.000 exemplares

CAPA

Criação: José Oliva, Eduardo Martins e Cesar Marchesini

Fotografia: Bia

DIGITAÇÃO

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

CTP E IMPRESSÃO

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

EDIÇÃO

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

REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

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

RESPONSABILIDADE

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

NORMAS PARA OS AUTORES

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

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

Título - sintético e preciso, em português.

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

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

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

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

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

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

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

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

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

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

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

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

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

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

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

ÍNDICE REMISSIVO

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos dos primeiros 50 números, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após, no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page www.crmpr.org.br Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em biblioteca@crmpr.org.br ou por telefone 0xx41 240-4000.

ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

FICHA CATALOGRÁFICA

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, v. 25, n.99, 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

RESOLUÇÕES

| | |
|---|-----|
| Fundamentos e Legalidade da Suspensão de Suportes Terapêuticos na Morte Encefálica de Não-Doador | |
| CFM | 121 |
| Representação Regional Metropolitana de Telêmaco Borba | |
| CRM/PR | 124 |
| Comissão de Ética Médica: Organização, Funcionamento, Eleição, Competências | |
| CFM | 127 |
| Atestados Médicos - Normas Para Emissão | |
| CFM | 134 |

PARECERES

| | |
|--|-----|
| Descredenciado Pelo Plano de Saúde | |
| Alexandre Gustavo Bley | 137 |
| Estética em Medicina - Descrição de Procedimentos | |
| Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke | 139 |
| Quebra de Sigilo Médico e o Prontuário Médico | |
| Hélcio Bertolozzi Soares | 143 |
| Plantão Médico de 24 Horas em Hospital | |
| Luiz Ernesto Pujol | 152 |
| Preenchimento de AIH Por Diretor Clínico | |
| Luiz Ernesto Pujol | 157 |
| Homenagens: "O Médico do Ano", Eticidade | |
| Ricardo José Baptista | 159 |
| Presença do Acompanhante Durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós-Parto | |
| José Hiran da Silva Gallo e Pedro Pablo Magalhães Chacel | 162 |
| Curso de Suporte Básico de Vida na Capacitação de Leigos Para o Uso de Desfibriladores Automáticos Externos | |
| Roberto Luiz d'Ávila | 165 |
| A CBHPM Como Balisa de Remuneração Justa e Ética | |
| Hélcio Bertolozzi Soares | 168 |
| Relação Médico-Convênio e Limite de Autonomia de Especialista Nos Procedimentos | |
| Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke | 173 |
| Relação Entre Médicos | |
| Joachim Graf | 177 |

NOTAS DA IMPRENSA

| | |
|---|-----|
| Comunicado ANVISA à Todos os Médicos | |
| Folha de São Paulo | 123 |
| Especialidades Médicas | |
| Resolução CFM nº 1634/2002 | 133 |
| Bibliotecas Vão Barrar Fedidos | |
| Gazeta do Povo | 136 |
| A Persistirem os Sintomas ou ao Persistirem... | |
| Sessão: "Outras Palavras" | 161 |
| Homem é Absolvido Depois de Matar Filho Com Doença Crônica | |
| Gazeta do Povo | 178 |
| Pode Ser o E-mail um Documento? | |
| Alexandra Monteiro | 179 |

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

| | |
|--------------------------------|-----|
| Armários Inauguração | |
| Ehrenfried Othmar Wittig | 180 |

FUNDAMENTOS E LEGALIDADE DA SUSPENSÃO DE SUPORTES TERAPÊUTICOS NA MORTE ENCEFÁLICA DE NÃO-DOADOR

CFM*

EMENTA - Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não-doador.

Palavras-chave: paciente não-doador, morte encefálica, suspensão de procedimento, suporte terapêutico, caráter ético, fundamentação, Resolução CFM nº 1826/2007

FUNDAMENTAL BASIS AND LEGAL SUPPORT TO SUPPORTIVE THERAPY WITHDRAWAL IN NON-DONATOR BRAIN DEATH PATIENTS

Key words: non-donor patient, brain death, procedure withdrawal, therapeutic support, ethical character, CFM nº 1826/2007 Resolution

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente;

CONSIDERANDO o art. 1º, inciso III, da Constituição Federal, que elegeu o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil;

CONSIDERANDO a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante de órgãos e determina, em seu artigo 3º, que compete ao CFM definir os critérios para a determinação de morte encefálica;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.480, de 21 de agosto de 1997, que normatiza a determinação de morte encefálica;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 24 de outubro de 2007,

* Conselho Federal de Medicina.

RESOLVE:

Art. 1º É legal e ética a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando determinada a morte encefálica em não-doador de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, nos termos do disposto na Resolução CFM nº 1.480, de 21 de agosto de 1997, na forma da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.

§ 1º O cumprimento da decisão mencionada no *caput* deve ser precedida de comunicação e esclarecimento sobre a morte encefálica aos familiares do paciente ou seu representante legal, fundamentada e registrada no prontuário.

§ 2º Cabe ao médico assistente ou seu substituto o cumprimento do *caput* deste artigo e seu parágrafo 1º.

Art. 2º A data e hora registradas na Declaração de Óbito serão as mesmas da determinação de morte encefálica.

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

Brasília-DF, 24 de outubro de 2007

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Livia Barros Garçon
Secretária-Geral

Resolução CFM Nº. 1826/2007
Resolução Aprovada
Sessão Plenária de 24/10/2007
Publicada em D.O.U. de 06/12/2007

FUNDAMENTAÇÃO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.826/07

“Houve um tempo em que nosso poder perante a Morte era muito pequeno. E, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir a sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a Morte foi definida como inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. Com isso, nós nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar. E nos encontramos diante do perigo de que, quanto mais poderosos formos perante ela (inutilmente, porque só podemos adiar...), mais tolos nos tornaremos na arte de viver”.
(Rubem Alves, O Médico)

A morte encefálica equivale à morte clínica. Portanto, do ponto de vista ético e legal, após seu diagnóstico é dever do médico retirar os procedimentos de suporte que mantinham artificialmente o funcionamento dos órgãos vitais utilizados até o momento de sua determinação. A suspensão desses recursos não é eutanásia

nem qualquer espécie de delito contra a vida, haja vista tratar-se de paciente morto e não terminal. O médico deverá, também, informar, de modo claro e detalhado, aos familiares ou representante legal, o falecimento do paciente, bem como preencher a Declaração de Óbito - caso esse não tenha sido ocasionado por meio violento - para as devidas providências pertinentes ao sepultamento.

Às vezes, causa perplexidade aos familiares do morto o fato de o corpo ainda estar quente e apresentar batimentos cardíacos, o que contrasta com a algidez (frialdade) e ausência de batimentos cardíacos, sinais clássicos da morte, mas que é explicado pela manutenção de suporte ventilatório e medicamentos inotrópicos.

Contudo, a irreversibilidade da morte encefálica autoriza, legal e eticamente, o médico a retirar o suporte terapêutico utilizado até o momento de sua determinação.

O CFM reconhece que a sociedade não está devidamente familiarizada com este tema, o que gera ansiedade, dúvidas e receios, mas que o mesmo deve ser enfrentado de modo compreensivo, humano e solidário.

Por essas razões, justifica-se a edição desta resolução, que permitirá a discussão ética, moral e legal da suspensão de tratamento desnecessário e oneroso, encarando a morte como complemento da vida e não inimiga a ser derrotada a qualquer custo.

Conselheiro Gerson Zafalon Martins

Coordenador da Câmara Técnica de Morte Encefálica

COMUNICADO ANVISA PARA TODOS OS MÉDICOS

Com entrada em vigor, a partir de 4 de janeiro de 2008, da Resolução RDC nº 58/07, da ANVISA, fica estabelecido que:

Para a prescrição de anorexígenos há necessidade de Notificação de Receita "B2", específica para esta classe terapêutica, tanto para medicamentos manipulados quanto para industrializados. A numeração destas notificações de receitas para impressão deverá ser solicitada na Vigilância Sanitária local;

Cada Notificação de Receita "B2" deve ser utilizada para tratamento igual ou inferior a trinta dias;

Fica vedada a prescrição de anorexígenos com finalidade exclusiva de tratamento da obesidade acima das Doses Diárias Recomendadas (DDR);

Femproporex: 50,0 mg/dia; Anfepramona: 120,0 mg/dia; Mazindol: 3,00 mg/dia.

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.

MAR-ABR - 08 - DIABETES Clínica - Arquivos - pg. 65

REPRESENTAÇÃO REGIONAL METROPOLITANA DE TELÊMACO BORBA

CRM-PR*

EMENTA - Dispõe sobre a criação, competência e regulamentação da Representação Regional de Telêmaco Borba.

Palavras-chave: Representação de Telêmaco Borba, sede administrativa, abrangência, atribuições

TELÊMACO BORBA REPRESENTATIVE OFFICE

Key words: Telêmaco Borba Representative Office, administrative office, 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, modificada pela Lei 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, 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 realizada em 7 de janeiro de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º Criar a Representação Regional Metropolitana de Telêmaco Borba, com sede administrativa neste Conselho Regional de Medicina sob a jurisdição da Delegacia Regional de Ponta Grossa.

* Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Art. 2º Esta Representação Regional abrange os municípios de Imbaú, Ortigueira, Reserva, Telêmaco Borba, Tibagi e Ventania.

Art. 3º A Representação Regional será formada por três membros, escolhidos pela Diretoria do CRM-PR, referendados em Plenária, entre os médicos residentes nos municípios da jurisdição, sendo um Representante Coordenador, um Representante secretário e um Representante colaborador.

Art. 4º Constituem competência e atribuições das Representações Regionais sob sua jurisdição:

- 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 pública 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;
- h) Assegurar aos médicos e à comunidade o pleno cumprimento das normas éticas;
- i) Estimular e fiscalizar as atividades das Comissões de Ética e promover cursos e palestras de conteúdo ético;
- j) Apresentar a diretoria do CRM-PR relatório mensal das atividades, com a prestação de contas das receitas e despesas havidas no período;
- l) Remeter a Assessoria de Comunicação do CRM-PR os assuntos de interesse médico da regional para eventual publicação nos veículos de comunicação do CRM-PR.

Art. 5º A duração do mandato dos representantes coincidirá com a dos conselheiros eleitos.

Art. 6º 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 o Conselho Regional, quando designado pela diretoria do CRM-PR, nos eventos regionais;
- d) Agir em colaboração com as demais entidades de classe em defesa dos princípios éticos, do direito dos cidadãos e de assuntos para melhor condições de trabalho e melhor assistência a saúde da sociedade;
- e) Solicitar a diretoria do CRM-PR autorização previa 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) Resguardar o sigilo das denúncias bem como as partes envolvidas durante toda a sua tramitação;

g) O Representante coordenador prestará contas do suprimento de fundos das Representações Regionais;

h) O Representante coordenador 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, 7 de janeiro de 2008.

Gerson Zafalon Martins Helcio Bertolozzi Soares

Presidente Secretário-geral

Aprovada em Reunião Plenária n.º 1986, de 7 de janeiro de 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 metropolitana de Curitiba engloba 26 municípios, com uma população de 3.595.662 habitantes, conforme Censo de 2006.

A microrregião de Telêmaco Borba é uma das microrregiões do estado brasileiro do Paraná pertencente à mesorregião Centro Oriental Paranaense. Sua população foi estimada em 2006 pelo IBGE em 150.837 habitantes e possui uma área total de 9.489,572 km².

Está dividida em seis municípios: Imbaú, Ortigueira, Reserva, Telêmaco Borba, Tibagi e Ventania.

O Conselho Regional de Medicina do Estado conta com 16.398 médicos ativos, dos quais oitenta e dois na jurisdição de Telêmaco Borba.

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 Representação Regional de Telêmaco Borba, tornar sua estrutura mais abrangente, nomeando em alguns municípios desta região, um representante, ao qual se deve reportar, inicialmente se lhes aprover, 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.

Resolução CRMPR N.º. 158/2008
Resolução Aprovada
Sessão Plenária n.º 1986, de 07/01/2008
D.O.U. Seção 1, de 25/01/2008 pág. 106

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA: ORGANIZAÇÃO, FUNCIONAMENTO, ELEIÇÃO, COMPETÊNCIAS

CFM*

EMENTA - Estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências.

Palavras-chave: comissão de ética, estabelecimento de medicina, regimento interno, eleição, normas

MEDICAL ETHICS COMMITTEE: ORGANIZATION, OPERATION, ELECTION AND COMPETENCE

Key words: ethics committee, internal regiment, medical enterprise, election, competence

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

CONSIDERANDO a Lei n.º 3.268/57, referente à competência dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina de zelar e trabalhar por todos os meios aos seus alcances pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente;

CONSIDERANDO a necessidade de, entre outras finalidades, descentralizar os procedimentos relativos à apuração de possíveis infrações éticas;

CONSIDERANDO que os integrantes das Comissões de Ética Médica eleitos na forma estabelecida nesta resolução devem desempenhar suas funções em caráter honorífico e prestar serviços de relevância aos Conselhos Regionais de sua jurisdição;

CONSIDERANDO a necessidade de padronizar os critérios de criação, eleição, competência, funcionamento e organização das Comissões de Ética Médica em todo o território nacional;

CONSIDERANDO a Resolução CFM n.º 1.481/97, que estabelece diretrizes para os Regimentos Internos dos Corpos Clínicos;

CONSIDERANDO que os princípios aplicados aos médicos são também aplicáveis às organizações de assistência médica;

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

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 11 de dezembro de 2002,

* Conselho Federal de Medicina.

RESOLVE:

Art. 1º Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas que se exerçam a Medicina, ou sob cuja égide se exerça a Medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu Corpo Clínico, conforme previsto nos seus Regimentos Internos, Comissões de Ética Médica nos termos desta resolução.

Parágrafo único Compete ao diretor clínico encaminhar ao Conselho Regional de sua jurisdição a ata da eleição da Comissão de Ética Médica.

Art. 2º Adotar o Regulamento das Comissões de Ética anexo, parte integrante da presente resolução.

Art. 3º Revoga-se a Resolução CFM nº 1.215/85 e demais disposições em contrário.

Art. 4º a presente resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 11 de dezembro de 2002.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário Geral

Resolução CFM Nº. 1657/2002
Resolução Aprovada
Sessão Plenária de 11/12/2002
Publicada em D.O.U. de xx/xx/200x

ANEXO DA
Resolução CFM nº 1.657/2002, de 11 de dezembro de 2002
REGULAMENTO DAS COMISSÕES DE ÉTICA

Capítulo I – Das definições

Art. 1º - As Comissões de Ética Médica (CEM) constituem, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade das instituições médicas, estando a ele vinculadas. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

Art. 2º - As Comissões de Ética são vinculadas ao Conselho Regional de Medicina e devem manter a sua autonomia em relação às instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento.

Parágrafo único - Cabe ao diretor técnico prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética.

Capítulo II – Da composição, organização e estrutura

Art. 3º - As Comissões de Ética serão compostas por 1 (um) presidente, 1 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Art. 4º - As Comissões de Ética Médica serão instaladas nos termos do artigo 1º deste

Regulamento, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

- a) - Nas instituições com até 15 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética;
- b) - Na instituição que possuir de 16 (dezesesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;
- c) - Na instituição que possuir de 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 4 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes;
- d) - Na instituição que possuir de 300 (trezentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão deverá ser composta por 6 (seis) membros efetivos e igual número de suplentes;
- e) - Na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por 8 (oito) membros efetivos e 8 (oito) suplentes;
- f) - Nas diversas unidades médicas da mesma entidade mantenedora localizadas no mesmo município onde atuam, onde cada uma possua menos de 10 (dez) médicos, é permitida a constituição de Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se as disposições acima quanto à proporcionalidade.

Art. 5º - Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina. Parágrafo único – Quando investidos nas funções acima após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

Art. 6º - O mandato das Comissões de Ética será de até 30 (trinta) meses. (modificado pela Resolução CFM n. 1.812/07)

Art. 7º - Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá a convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficiar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

Parágrafo único Se o membro da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente.

Art. 8º - Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 9º - Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

Capítulo III – Da competência

Art. 10 - Compete às Comissões de Ética:

- a) - Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitem os preceitos éticos e legais;

- b) - Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
- c) - Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;
- d) - Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
- e) - Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
- f) - Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;
- g) - Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;
- h) - Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
- i) - Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;
- j) - Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;
- k) - Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;
- l) - Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- m) - Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- n) - Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;
- o) - Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;
- p) - Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
- q) - Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Art. 11 - Compete aos membros da Comissão de Ética:

- a) - Eleger o presidente e secretário;
- b) - Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;
- c) - Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica previstas nesta resolução;
- d) - Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder sindicâncias.

Art. 12 - Compete ao presidente da Comissão de Ética:

- a) - Representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina;
- b) - Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- c) - Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- d) - Solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;

- e) - Encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;
- f) - Nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

Art. 13 - Compete ao secretário da Comissão de Ética Médica:

- a) - Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;
- b) - Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;
- c) - Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- d) - Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica;
- e) - Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

Capítulo IV – Das eleições

Art. 14 - A escolha dos membros das CEMs será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do estabelecimento, conforme previsto no Regimento Interno do Corpo Clínico, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina, ressalvado o determinado no artigo 9º do presente Regulamento.

Art. 15 - A convocação da eleição será feita pelo diretor clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 16 - Os candidatos à CEM deverão se inscrever individualmente, junto ao diretor clínico do estabelecimento, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 17 - Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados no estabelecimento em que ocorrerá a eleição, pelo diretor clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 18 - O diretor clínico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único: Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos à Comissão de Ética.

Art. 19 - A Comissão de Ética Médica será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

Parágrafo único – Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, influenciando na escolha dos membros efetivos ou suplentes, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no Conselho Regional de Medicina daquela jurisdição.

Art. 20 - A apuração será realizada imediatamente após o encerramento da votação, pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Art. 21 - O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação, e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Art. 22 - Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 (quarenta e oito)

horas após as eleições, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 23 - Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

Capítulo V – Do funcionamento

Art. 24 - As Comissões de Ética deverão estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias, e reunir-se de forma extraordinária quando solicitadas.

Art. 25 - Os atos da CEM relacionados com a fiscalização ou sindicâncias terão caráter sigiloso.

Art. 26 - Todas as deliberações da Comissão de Ética dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o “voto de Minerva” em caso de empate.

Art. 27 - As sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética obedecerão aos preceitos contidos nesta resolução.

Art. 28 - A sindicância será instaurada mediante:

- a) - Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- b) - Denúncia, por escrito, do diretor clínico ou diretor técnico;
- c) - Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
- d) - Solicitação da Delegacia Regional, Seccional ou Representação;
- e) - Determinação do Conselho Regional de Medicina.

Art. 29 - Aberta a sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos, convocando-os, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes, no prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Art. 30 - Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser apensados à sindicância quando for decidido enviá-la ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único - O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética Médica.

Art. 31 - O presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 32 - Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo único - Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Art. 33 - Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina, para a competente tramitação.

Art. 34 - Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas “ad referendum” do Plenário do Conselho Regional de Medicina.

§ 1º - Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

§ 2º - Não havendo a conciliação de que trata o caput do artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 35 - Se houver alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá afastar-se da Comissão e enquanto durar a sindicância em questão.

Capítulo VI – Das disposições finais

Art. 36 - As determinações deste Regulamento terão efeito a partir da publicação da presente resolução.

Parágrafo 1º - As normas do presente Regulamento referentes às eleições das Comissões de Ética Médica somente produzirão seus efeitos a partir das eleições, para os Conselhos Regionais de Medicina previstas para agosto de 2003.

Parágrafo 2º - As Comissões de Ética Médica já instaladas terão o prazo de 6 (seis) meses para se adequarem à presente regulamentação.

Art. 37 - Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

Art. 38 - Caberá ao Conselho Regional de Medicina divulgar a existência de Comissão de Ética dentro da instituição.

Especialidades Médicas

Resolução CFM N° 1634/2002

Alguns questionamentos têm sido encaminhados ao Conselho Federal de Medicina em relação à Resolução CFM 1634/02, especialmente no que diz respeito à interpretação do artigo 6º (reconhecimento de especialidades médicas), pontualmente na parte “respeitados os direitos individuais adquiridos”. Tendo em vista tais questionamentos, a Entidade esclarece o seguinte:

1 - Após a publicação da Resolução n° 1634/2002, só poderão ser registrados nos Conselhos Regionais de Medicina os documentos comprobatórios emitidos pela Associação Médica Brasileira (especialidades) ou da Comissão Nacional de Residência Médica (convênio AMB/CFM/CNRM).

2 - Estão suspensas as avaliações antigamente denominadas de comprovação de exercício de especialidade ou outros documentos que os não citados acima.

3 - A citação feita no artigo 6º da Resolução 1634/02, sobre direitos individuais adquiridos, refere-se às solicitações de análise para registro de especialidades protocolizadas antes da data da publicação no Diário Oficial da União da referida Resolução, devendo esta análise ser feita dentro dos critérios até então vigentes.

ATESTADOS MÉDICOS - NORMAS PARA EMISSÃO

CFM*

EMENTA - Normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências.

Palavras-chave: atestado médico, direito do paciente, registro em prontuário, conteúdo, normas, colocação de diagnóstico, CID, consentimento do paciente

MEDICAL REPORTS - RULES FOR EMISSION

Key words: medical report, patient's rights, medical chart entry, rules, diagnosis, international code of diseases, patient's consent

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

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentação de aspectos relacionados ao atestado médico;

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

CONSIDERANDO o que preceitua a Lei nº 605, de 5 de janeiro de 1949, no parágrafo 2º de seu artigo 6º, referindo-se à comprovação de doença;

CONSIDERANDO o que determina a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, acerca de licença - para tratamento de saúde, licença à gestante, licença-paternidade, licença por acidente em serviço e licença por motivo de doença em pessoa da família;

CONSIDERANDO o definido no Decreto nº 3.048/99, alterado pelos Decretos nºs 3.112/99 e 3.265/99, que aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências;

CONSIDERANDO os artigos 38, 44, 45 e 142 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o artigo 8º do Código de Ética Médica determina que o médico não pode submeter-se a restrições ou imposições que possam prejudicar a eficácia e a correção de seu trabalho;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico atestar falsamente sanidade ou atestar sem o exame direto do paciente;

CONSIDERANDO que o profissional que faltar com a verdade nos atos médicos atestados, causando prejuízos às empresas, ao governo ou a terceiros, está sujeito às penas da lei;

* Conselho Federal de Medicina.

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 que somente os médicos e odontólogos têm a prerrogativa de diagnosticar enfermidades e emitir os correspondentes atestados;

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

CONSIDERANDO as Resoluções CFM nºs 982/79, 1.484/97 e 1.548/99 e resoluções dos Conselhos Regionais de Medicina dos estados de Goiás, Amazonas, Alagoas, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Bahia e Distrito Federal;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 13.12.2002,

RESOLVE:

Art. 1º - O atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, não podendo importar em qualquer majoração de honorários.

Art. 2º - Ao fornecer o atestado, deverá o médico registrar em ficha própria e/ou prontuário médico os dados dos exames e tratamentos realizados, de maneira que possa atender às pesquisas de informações dos médicos peritos das empresas ou dos órgãos públicos da Previdência Social e da Justiça.

Art. 3º - Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos: especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a completa recuperação do paciente; estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente; registrar os dados de maneira legível; identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Art. 4º - É obrigatória, aos médicos, a exigência de prova de identidade aos interessados na obtenção de atestados de qualquer natureza envolvendo assuntos de saúde ou doença.

§ 1º - Em caso de menor ou interdito, a prova de identidade deverá ser exigida de seu responsável legal.

§ 2º - Os principais dados da prova de identidade deverão obrigatoriamente constar dos referidos atestados.

Art. 5º - Os médicos somente podem fornecer atestados com o diagnóstico codificado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único - No caso da solicitação de colocação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado.

Art. 6º - Somente aos médicos e aos odontólogos, estes no estrito âmbito de sua profissão, é facultada a prerrogativa do fornecimento de atestado de afastamento do trabalho.

§ 1º - Os médicos somente devem aceitar atestados para avaliação de afastamento de atividades quando emitidos por médicos habilitados e inscritos no Conselho Regional de Medicina, ou de odontólogos, nos termos do caput do artigo.

§ 2º - O médico poderá valer-se, se julgar necessário, de opiniões de outros profissionais afetos à questão para exarar o seu atestado.

§ 3º - O atestado médico goza da presunção de veracidade, devendo ser acatado por quem de direito, salvo se houver divergência de entendimento por médico da instituição ou perito.

§ 4º - Em caso de indício de falsidade no atestado, detectado por médico em função pericial, este se obriga a representar ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

Art. 7º - O determinado por esta resolução vale, no que couber, para o fornecimento de atestados de sanidade em suas diversas finalidades.

Art. 8º - Revogam-se as Resoluções CFM nºs. 982/79, 1.484/97 e 1.548/99, e as demais disposições em contrário.

Art. 9º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação

Brasília, 13 de dezembro de 2002

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário Geral

Resolução CFM Nº. 1658/2002
Resolução Aprovada
Sessão Plenária de xx/xx/2002
Publicada em D.O.U. de xx/xx/200x

BIBLIOTECAS VÃO BARRAR FEDIDOS

Estados Unidos

Antes de entrar em uma biblioteca, quem cheira mal terá que tomar um banho e, se necessário, usar perfume. A regra deve ser implantada em Dallas, Estados Unidos, a partir de fevereiro. A determinação é para que os funcionários barrem os fedidos. As instituições de caridade, no entanto, reclamam. É que a lei proíbe também a entrada de pessoas que durmam, comam, falem alto, briguem, fiquem descalças, façam sexo e se lavem nos recintos.

Transcrito da Gazeta do Povo, 01/01/2006.

DESCRENCIADO PELO PLANO DE SAÚDE

Alexandre Gustavo Bley*

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

Palavras-chave: plano de saúde, descrédenciamento médico, contrato hospitalar, credenciamento de operadora, corpo clínico

UNACCREDITED BY HEALTH PLAN ORGANIZATIONS

Key words: health medical organization, hospital contract, hmo accredit, medical board

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 descrédenciado 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 CREMESP – CONSULTA 271/03, 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 descrédenciado, 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 ? ”

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O Conselho Federal de Medicina emitiu Resolução de nº 1616/2001, que dispõe sobre o desligamento de médicos junto a operadoras de planos de saúde. Esta em seu artigo 1º 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 Nº. 077/2007
Parecer CRMPR Nº. 1896/2007
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 21/11/2007 - Câmara I

ESTÉTICA EM MEDICINA - DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke*

Palavras-chave: estética, medicina, procedimentos, hidrolipoclasia, iontoforese, termoslim, endermoterapia, sculptra, implantes faciais, amelan, accent, carboxiterapia, manthus, subincisão

AESTHETICS IN MEDICINE - PROCEDURE DESCRIPTIONS

Key words: aesthetic, medicine, procedure, hidrolipoclasia, iontoforesis, termoslim, endermotherapy, sculptra, facial implant, amelan, accent, carboxitherapy, manthus, sub incision

CONSULTA

Em resposta à solicitação da CI – CODAME sobre os termos utilizados no site e no folder da N. E. M., esclarecemos o que se segue:

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

1. HIDROLIPOCLASIA

A hidrolipoclasia é descrita como uma técnica em que se aplicam grandes volumes de uma substância isotônica (soro fisiológico) nas zonas de gordura localizada, em que as células adiposas absorveriam o soro fisiológico, e quando aplicado o ultrassom, pelo aumento do calor as células estourariam, sendo eliminadas pela via linfática e urinária.

Esta descrição é encontrada em matérias leigas ou em sites de clínicas que oferecem este procedimento.

No entanto, no levantamento realizado sobre publicações científicas não foram encontrados trabalhos que forneçam subsídios para tal prática.

2. IONTOFORESE

A iontoforese é descrito como uma técnica não invasiva que é explicada como a “introdução de radicais químicos nos tecidos, através de um campo elétrico, produzido por uma corrente unidirecional, durante essa introdução ocorrerá repulsão e atração iônica de acordo com a polaridade de cada eletrodo e assim sua interação com a membrana biológica”, usa potencial inferior a 5V ou corrente elétrica de 0,1

* Conselheira Parecerista CRMPR.

a 1 mA/cm², pretende de maneira controlada aumentar a transferência transdermal de uma variedade de drogas, o pioneiro na descrição do método foi Pivati, em 1747, no início do século XX Le Duc introduziu o termo iontoterapia e formulou hipóteses sobre esse processo e teria demonstrado que íons seriam transferidos para a pele pela ação de corrente elétrica contínua e comprovou que essa transferência era pólo orientada, ou seja, dependia da polaridade do íon e do eletrodo sob o qual era colocado. Envolve três partes principais: o sistema que fornece a fonte elétrica, a solução doadora do íon e a região alvo do tratamento no paciente.

Os resultados dos trabalhos são conflitantes e não seguem a recomendação de ciência baseada em evidência.

Fundamentação teórica para iontoforese; Oliveira, A S, Guaratini, M I; Castro, C E S; www.cochrane.bireme.br

3. ENDERMOTERAPIA (ENDHERMAX)

A endermoterapia é descrito como uma técnica que se baseia na pressão negativa, entre 100 a 150 mmHg (negativos), com a finalidade de incrementar a circulação venosa e linfática associada a “massoterapia por rolagem e palpação”.

É executada por um aparelho que, com movimentos de aspiração e rolamento ou deslizamento, compressão, amassamento e pinçamento, associado a exercício isométrico que será efetuado pela paciente durante a sessão, pretende melhorar a circulação, a oxigenação e o tônus da pele, reduzindo os “nódulos celulíticos”, assim como redistribuiria a gordura, evitando seu acúmulo em determinadas áreas e, ainda, pretende promover a recuperação de escaras, de queimados e de cicatrizes hipo e hipertróficas entre outros procedimentos. (www.google.com)

Não foram encontrados trabalhos de acordo com a recomendação de ciência baseada em evidência.

4. TERMOSLIM

É descrito como um equipamento de termoterapia profunda baseado na emissão de radiações infravermelhas de onda curta.

Pretende remodelar o corpo, baseado na explicação de que teria ação na obesidade, por seu efeito termolipolítico e na gordura localizada e na celulite por estimular a circulação, que ao estimular a sudorese, potencializaria os tratamentos de desintoxicação geral, e agiria nas contraturas e dores musculares, por sua capacidade de relaxamento muscular, e nos processos dolorosos crônicos osteoarticulares, neuralgias, ciáticas, etc, devido ao seu poder anti-inflamatório e analgésico. (www.google.com)

Os resultados dos poucos trabalhos não seguem a recomendação da ciência baseada em evidência. (www.google.com)

5. SCULPTRA

Sculptra® é preencher base de ácido poli-L- láctico, em forma de pó, que diluído em 3 a 5ml de água destilada é aplicado em subcutâneo ou intradérmico profundo. Registrado na ANVISA para esta finalidade. (www.google.com)

6. IMPLANTES FACIAIS

Leia-se preenchedores.

7. AMELAN:

O Amelan® é descrito como um produto para peeling superficial usado para tratamento de manchas de acne e como clareador de olheiras e de lesões hipercrômicas de pele, composto por baixas concentrações de ácido kójico, hidroquinona e ácido azelaico associado à alfaquimiotripsina, enzima que potencializaria a ação de outros despigmentantes. Existem dois tipos de Amelan, o R, que exige supervisão médica, e o M, que pode ser usado até durante o dia.

Em matérias leigas consta que cada peeling de Amelan R custa entre R\$ 450 e R\$ 600 (o preço é fixado em dólar). O pote do do Amelan M sai, em média, por R\$ 475, o paciente usaria de três a quatro potes por ano em casa, por no mínimo um ano, com aplicação uma vez por dia ou em dias alternados. O produto é vendido sob prescrição médica, aparentemente por empresas importadoras.

Não foram encontrados trabalhos baseados em evidência conforme orienta a comunidade científica. (www.google.com)

8. ACCENT

É descrito como um aparelho de radiofrequência que atuaria sobre a flacidez, produzindo grande aquecimento na área tratada, o calor intenso teria ação estimulante, favorecendo a formação de um novo colágeno e, conseqüentemente, o enrijecimento.

Este tratamento é habitualmente feito em várias sessões, promove sensação de queimação da pele, mas não ultrapassa os 40°C, para evitar possíveis queimaduras. Ainda não há trabalhos publicados baseados em evidência, para uma avaliação mais precisa. (www.google.com)

9. CARBOXITERAPIA

Consiste na administração subcutânea, através de injeção hipodérmica, do CO2 diretamente nas áreas afetadas.

É divulgado como sendo efetivo em tratamentos para celulite, flacidez cutânea, estrias e como coadjuvante na gordura localizada. Também seria utilizado na terapêutica de arteriopatias, flebotatias, úlceras vasculares e psoríase, entre outras.

Possíveis efeitos colaterais limitar-se-iam a dor durante o tratamento, pequenos hematomas decorrentes da punção, e sensação de crepitação no local, resultante do pequeno enfisema que desapareceria em média em até 30 minutos.

Os infusores de CO2 são registrados na ANVISA, constando no manual de alguns deles a indicação percutânea.

É divulgado nos meios eletrônicos (google e sites), que o próprio fabricante de determinado equipamento refere que dados histopatológicos obtidos por biópsia em pacientes tratados na Itália e por seu representante nos Estados Unidos teriam informado que o método é inócua ao tecido conectivo, incluindo-se estruturas vasculares e nervosas, já tendo sido realizados 20 000 (vinte mil) tratamentos de carboxiterapia no mundo com índice de complicações, reações adversas e mortalidade de zero.

No entanto, existem poucos trabalhos científicos e controlados que mostram resultados em relação a este tratamento específico. Há na literatura vários estudos utilizando esta técnica para outros tipos de alterações. Há carência de literatura embasada de forma científica que corroborem os resultados. (www.google.com)

10. MANTHUS

É descrito como um aparelho que pretende combater a celulite e a gordura, reabsorver hematomas pós-cirúrgicos, formar colágeno evitando a formação de aderências no pós-cirúrgico e pós-lipoaspiração, podendo ser aplicado no abdômen, culotes, pernas, glúteos, braços e dorso. Há referência de não haver dor durante a aplicação, apenas um leve formigamento e aquecimento. Não existem trabalhos baseados em evidências como recomenda a comunidade científica.

11. SUBINSCISÃO (Subcision)

Técnica que através do uso de agulha para injeção promove a secção dos septos conjuntivos dérmicos e do SMAS, promovendo preenchimento autólogo por formação de colágeno cicatricial e redistribuição de gordura devido à formação de hematoma. Indicado para rugas profundas na face, cicatrizes retráteis deprimidas, estrias atróficas e outras retrações. (www.google.com)

É o parecer.

Curitiba, 28 de novembro de 2007.

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke
Cons^a. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 097/2007
Parecer CRMPR N°. 1899/2007
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 10/12/2007 - Câmara I

QUEBRA DE SIGILO MÉDICO E O PRONTUÁRIO MÉDICO

Hélcio Bertolozzi Soares*

EMENTA - O Sigilo Profissional é um direito do paciente e uma conquista da sociedade, sua quebra só é admitida por autorização do paciente ou de seus responsáveis legais, por justa causa ou dever legal.

Palavras-chave: quebra de sigilo médico, prontuário médico, justa causa, dever legal, autorização do paciente, responsável legal

BREAKING OF MEDICAL SECRECY AND MEDICAL CHARTS

Key words: medical secrecy, medical chart, legal duty, patient authorization, legal responsibility

CONSULTA

Trata a presente de consulta realizada pelo Dr. M. H., CRM XXXX no seguinte teor:

“Venho por meio deste solicitar apreciação por este órgão de classe, de documento por mim recebido e oriundo da Secretaria de Saúde de P., município em que sou Diretor Clínico do Hospital local que é privado, casa hospitalar esta credenciada junto ao SUS para realizar internações.

Minha dúvida é sobre possível quebra de sigilo médico se eu responder o ofício no. 408/07 de 10 de dezembro de 2.007 da referida Secretaria, pois a solicitação trata de documentos que contem diagnósticos, resultados de exames laboratoriais e radiológicos além de outros dados pessoais de pacientes internados.

Esclareço ainda que todos os internamentos realizados pelo Hospital e que são cobrados através do convênio com o SUS, foram observados e aprovados pelo Médico Auditor Municipal, que é funcionário da Prefeitura Municipal de Palmital.

O ofício, que encaminho na forma original em anexo, está assinado pelo Prefeito Municipal e por outra pessoa que não é a Secretaria Municipal de Saúde e não foi juntada procuração desta última no envio do referido ofício.

Certo de sua análise e encaminhamento de orientação para que eu possa dar seguimento em resposta ao ofício em questão, subscrevo-me

Atenciosamente”

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O médico deve entender que a obrigação do sigilo profissional é um direito do paciente e uma conquista da sociedade organizada, que tem suficientes razões para que sejam mantidos em segredo fatos revelados numa situação profissional. Só se admite a sua quebra por autorização expressa do paciente ou de seus responsáveis legais, por justa causa e por dever legal.

Sua obrigação é também de ordem jurídica. O Código Penal (Art. 157), considera crime a quebra do segredo: "revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tenha ciência em razão da função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem".

Por justa causa admite-se um interesse de ordem moral ou social que justifique o não cumprimento de normas, contrato que os motivos ocorrentes sejam de fato, capazes de justificar tal violação. A justa causa confunde-se com a noção do bem e do útil social. Não há previsibilidade na lei, mas justificada na legitimidade do atendimento das necessidades imprescindíveis. O que consta em lei deve ser interpretada como dever legal.

Na solicitação da Prefeitura do Município de Palmital não se estabelece a necessidade da cessão dos prontuários médicos. Se for para auditoria médica, o SUS tem seus auditores devidamente credenciados que tem para si esta atividade.

Assim sendo, não vejo justificativas para acatar a solicitação.

É o parecer.

Hélcio Bertolozzi Soares
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRM/PR N.º 002/2008
Parecer CRM/PR N.º 1904/2008
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 21/01/2008 - Câmara I

ANEXO **PARECER N.º 046/86 – CRM/PR**

ASSUNTO: SIGILO MÉDICO - INFORMAÇÕES AO INPS – AUXÍLIO DOENÇA DE PREVIDENCIÁRIO.

O Dr. C. M. N., formula a este Conselho, indagação quanto a possibilidade do INPS, solicitar de profissional médico, informações quanto ao diagnóstico e tratamento de paciente Previdenciário, com a finalidade de instruir processo Auxílio-Doença.

Na verdade, o sigilo médico é assunto que há muito vem sendo objetivo de reiteradas consultas a esta Assessoria. Embora esta questão já tenha sido examinada

em diversos aspectos, alguns ainda trazem contínuas dúvidas, como o caso em questão, que diz respeito ao fornecimento de informações sigilosas ao INPS.

Como é sabido, a lei protege o segredo profissional quintuplicamente, senão vejamos:

CÓDIGO PENAL, ARTIGO 154:

Revelar a alguém, sem justa causa, segredo, de quem tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem.

CÓDIGO DE PROCESSO PENAL, ARTIGO 207:

São proibidas de depor as pessoas que, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, devam guardar segredo, salvo se, desobrigadas pela parte interessada, quiserem dar seu testemunho.

CÓDIGO CIVIL, ARTIGO 144:

Ninguém pode ser obrigado a depor de fatos, a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar segredo.

CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL, ARTIGO 406, INCISO II:

A testemunha não é obrigada a depor de fatos:

II) - A cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar sigilo.

CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA, ARTIGO 44:

ARTIGO 44:

Revelar fatos que tenha conhecimento por tê-los presenciados ou deduzido no exercício de sua atividade profissional, permanecendo esta proibição mesmo que o paciente já tenha falecido, salvo em justa causa ou para obedecer dever legal.

Assim sendo, verifica-se que a legislação brasileira, em seus diversos estatutos, bem como o próprio Código Brasileiro de Deontologia Médica, resguarda o profissional da quebra do sigilo, sujeitando-o inclusive às punições estabelecidas. Todavia, as regras dispostas prevêem algumas exceções, quando então a violação do segredo, ou não se constitui infração (justa causa), ou é até mesmo obrigatória, (dever legal). E o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, tomando por base outros diplomas legais, a doutrina e a jurisprudência, no que concerne ao sigilo médico, entendeu por disciplinar os casos mais comuns, e o fez através da Resolução 005/84, assim então dispondo:

1) - QUE SÃO CASOS CONSTITUTIVOS DO DEVER LEGAL:

a) - OS CASOS DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA OU DE OUTRAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA (DOENÇAS PROFISSIONAIS, TOXICOMANIA, ETC).

b) - AS PERÍCIAS JUDICIAIS.

c) - QUANDO O MÉDICO ESTÁ REVESTIDO DE FUNÇÃO EM QUE TENHA DE SE PRONUNCIAR SOBRE O ESTADO DO EXAMINADO (SERVIÇOS BIOMÉTRICOS, JUNTA DE SAÚDE, SERVIÇOS DE COMPANHIA DE SEGUROS, ETC), DEVENDO OS LAUDOS E PARECERES SEREM NESES CASOS LIMITADOS AO MÍNIMO INDISPENSÁVEL, SEM DESVENDAR, SE POSSÍVEL O DIAGNÓSTICO.

d) - OS ATESTADOS DE ÓBITOS.

e) - QUANDO SE TRATANDO DE MENORES, NOS CASOS DE SEVÍCIAS, CASTIGOS CORPORAIS, ATENTADOS AO PUDOR, SUPRESSÃO INTENCIONAL DE ALIMENTOS.

f) - OS CASOS DE CRIME, QUANDO HOUVER INOCENTE CONDENADO E O CLIENTE, CULPADO, NÃO SE APRESENTAR A JUSTIÇA, APESAR DOS CONSELHOS E SOLICITAÇÕES DO MÉDICO.

g) - OS CASOS DE ABORTAMENTO CRIMINOSO, DESDE QUE RESSALVADOS OS INTERESSES DO CLIENTE.

II) SÃO CASOS CONSTITUTIVOS DE "JUSTA CAUSA":

a) - QUANDO O PACIENTE FOR MENOR E SE TRATAR DE LESÃO OU ENFERMIDADE QUE EXIJA ASSISTÊNCIA MÉDICA OU PROFILÁTICA POR PARTE DA FAMÍLIA OU ENVOLVA RESPONSABILIDADE DE TERCEIROS, CABENDO AO MÉDICO REVELAR O FATO AOS PAIS, TUTORES OU OUTRAS PESSOAS SOB CUJA GUARDA OU DEPENDÊNCIA ESTIVER O PACIENTE.

b) - PARA EVITAR O CASAMENTO DE PORTADOR DE DEFEITO FÍSICO IRREMEDIÁVEL OU MOLÉSTIA GRAVE TRANSMISSÍVEL POR CONTÁGIO OU HERANÇA, CAPAZ DE POR EM RISCO A SAÚDE DO FUTURO CÔNJUGE OU DE SUA DESCENDÊNCIA, CASOS SUSCETÍVEIS DE MOTIVOS A ANULAÇÃO DE CASAMENTO, EM QUE O MÉDICO ESGOTARÁ PRIMEIRO, TODOS OS MEIOS IDÔNEOS PARA EVITAR A QUEBRA DO SIGILO.

c) - QUANDO SE TRATAR DE FATO DELITOSO PREVISTO EM LEI E A GRAVIDADE DE SUAS CONSEQUÊNCIAS SOBRE TERCEIROS, CRIE PARA O MÉDICO O IMPERATIVO DE CONSCIÊNCIA PARA REVELÁ-LO A AUTORIDADE COMPETENTE.

Ci - Cumpre anotar ainda, que a Resolução n.º 005/84, não pretendeu esgotar a matéria, desde que, outras hipóteses caracterizadoras da justa causa e do dever legal podem ser eventuais, quando então a quebra do sigilo não implicaria em infração, quer à legislação comum, quer ao Código de Ética. Como já foi aludido, a Resolução tão somente declinou os casos mais corriqueiros, visando proporcionar uma melhor orientação no que concerne ao assunto. Também o Conselho Federal de Medicina, através da Resolução n.º 999/80, dispôs sobre a matéria, tendo tomado no entanto como base o revogado Código de Ética, o qual serviu também como ponto de partida para a Resolução 005/84, do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná.

Feitas estas considerações iniciais, cumpre examinar especialmente o teor da consulta em questão, que diz respeito a informações quanto ao diagnóstico e tratamento de paciente Previdenciário, com a finalidade de instruir processo de Auxílio-Doença.

Ora, a Resolução 1076/81, do Conselho Federal de Medicina, decidiu que o médico, quando solicitado pelo seu paciente ou seus responsáveis, no caso de falecimento do primeiro, pode preencher o formulário para a concessão dos benefícios do seguro, sem que tal procedimento se constitua em quebra de sigilo. Na hipótese, ao que me parece, se caracterizaria justa causa, excludente portanto de infração. Assim sendo, há que se entender também, que as informações à Previdência, de diagnóstico e tratamento de paciente beneficiário, podem ser fornecidas a médico e, na hipótese, independente da autorização do mesmo. E isto porque, em sendo o INPS, bem como qualquer outro órgão Previdenciário, o repassador dos serviços, ou melhor dizendo, o intermediário necessário na relação médico-paciente, tem o direito de perquirir a respeito do diagnóstico e tratamento, ainda porque as informações lhe

prestadas, poderão servir de respaldo aos diversos benefícios a que eventualmente possa fazer jus o segurado. Em sendo assim, o médico que forneça os esclarecimentos solicitados, não estará violando o sigilo, desde que é claro, esteja exercendo a medicina na qualidade de credenciado pelo Instituto. No caso, se consubstanciaria o “dever legal”, equiparando-se então a hipótese àquelas previstas na letra “c” do artigo 1º da Resolução 005/84.

Cumpra esclarecer todavia, que tais informações devem ser fornecidas a médicos, em caráter confidencial, evitando-se assim que os mesmos cheguem a conhecimento de terceiros.

É o meu parecer.

Curitiba, 06 de agosto de 1.986.

ADV. ANTONIO CELSO C. ALBUQUERQUE

Assessor Jurídico

PARECER N.º 1105/98-CRM/PR

PROTOCOLO N.º 4127/98

INTERESSADO: D. S. M. H. C.

ASSUNTO: PRONTUÁRIO MÉDICO – CÓPIA À AUTORIDADE POLICIAL

A Diretoria da D. S. M. H. C., através do ofício 183-DC, solicita parecer sobre a disponibilidade de prontuários médicos a autoridades constituídas, por solicitação destas, para instrução de procedimentos instaurados.

A motivação de parecer, neste caso, decorre de um mandado de intimação dirigido ao Diretor Clínico/Administrativo da entidade pelo Delegado de Polícia da Divisão de Investigações Criminais da Delegacia de Homicídios da Capital, outorgando um prazo de cinco dias para a apresentação de cópia da ficha clínica/boletim de atendimento de paciente que fora vítima de lesões corporais no dia 30/6/97 e que ficou em tratamento até o dia 08/7/97 quando entrou em óbito.

Adentrando-se à questão, é de se ver inicialmente que este CRM tem reiteradamente se manifestado contrário a apresentação de documentação médica à pessoas não legitimadas ou obrigadas ao compromisso.

O Parecer CRM/PR 47/86, entre outros, de lavra do Consultor Jurídico Antônio Celso Cavalcanti de Albuquerque, se vale de disposição expressa do artigo 144 do Código Civil para assentar o entendimento de inviolabilidade do segredo médico.

Prescreve referido artigo que:

Artigo 144:

“Ninguém pode ser obrigado a depor de fatos, a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar segredo”.

Da mesma forma, sob o matiz de violação do segredo profissional, o Código Penal, considera crime revelar alguém, sem justa causa, segredo de que se tenha ciência em razão de função ou profissão e cuja revelação possa causar dano a outrem.

Resta assim, verificar a questão da justa causa autorizadora da quebra do sigilo. A matéria neste ponto, está perfeitamente delineada nos arestos abaixo indicados,

não se enquadrando na exceção ou permissibilidade, s.m.j., o pedido efetuado pela autoridade policial, senão vejamos:

“CONSTRANGIMENTO ILEGAL. Médico e hospital intimados a apresentar fichas clínicas e prontuários de vítima de suicídio, sob pena de responsabilidade e desobediência - Inadmissibilidade - Ofensa ao sigilo profissional - Ausência, ademais, de justa causa para tal exigência - Mandado de Segurança concedido - Inteligência dos artigos 37 e 38 do Código de Ética Médica.

Embora a obrigatoriedade do sigilo profissional não se presente em caráter absoluto, admitindo exceções, também esbarra em restrições o poder ou faculdade da autoridade de requisitar informes ou elementos para instruir processos criminais. Assim não se cuidando de crimes relacionados com a prestação de socorro médico ou de moléstia de comunicação compulsória, em que fica o profissional desonerado do aludido sigilo, é de se ter por subsistente cuidando-se de tratamentos particulares, seja no tocante à espécie de enfermidade, seja quanto ao diagnóstico ou à terapia aplicada. (RT 567/305);

SEGredo PROFISSIONAL - Sigilo médico - Esta-belecimento hospitalar intimado, com seus médicos e advogados, a apresentar em juízo ficha clínica de vítima de aborto consentido lá internada - Ilegalidade da determinação judicial - Recusa legítima - Concessão de mandado de segurança - Recurso extraordinário provido - Declarações de votos vencedores e vencidos - Inteligência dos arts. 153, 154 e 325 do CP, 234, do CPP, 66 da Lei das Contravenções Penais, 30 da Lei 3.268/57 e 34 a 29 do Código de Ética Médica.

A pública potestade só forçará o desvendar de fato sigiloso se tanto autorizada por específica norma de lei formal. Trata-se de atividade totalmente regrada, prefixados os motivos pelo legislador, a não comportar a avaliação discricionária da autoridade administrativa ou judiciária do que possa constituir justa causa para excepcionar o instituto jurídico da guarda do segredo profissional. Esta tutela a liberdade individual e a relação de confiança que deve existir entre profissional e cliente, para a proteção de um bem jurídico respeitável, como o é o direito à salvação adequada da vida ou da saúde. No embate com o direito de punir, o Estado prefere aqueles outros valores (Red.).

Ementa oficial: Segredo profissional. A obrigatoriedade do sigilo profissional do médico não tem caráter absoluto. A matéria, pela sua delicadeza, reclama diversidade de tratamento diante das particularidades de cada caso.

A revelação do segredo médico em caso de investigação de possível abortamento criminoso faz-se necessária em termos, com ressalvas de interesse do cliente. Na espécie, o Hospital pôs a ficha clínica à disposição de perito médico, que ‘não estará preso ao segredo profissional, devendo, entretanto, guardar sigilo pericial’ (art. 87 do Código de Ética Médica). Por que se exigir a requisição da ficha médica? Nas circunstâncias do caso, o nosocômio, de modo cauteloso, procurou resguardar o segredo profissional. Outrossim, a concessão do “writ”, anulando o ato da autoridade coatora, não impede o prosseguimento regular da apuração da responsabilidade criminal de quem se achar em culpa.

Recurso extraordinário conhecido, em face da divergência jurisprudencial, e provido. Decisão tomada por maioria de votos. (RT 562/407).

Deste aresto, paradigma para discussão acerca do sigilo médico, destaca-se ainda, parte do voto do Ministro Firmino Paz, o qual nos itens 11 e 12 de seu arrazoado, aponta:

“11. No plano jurisprudencial, faço referência a memorável acórdão deste STF de que fora relator o eminente Min. Ary Franco e cuja ementa é a seguinte: “Segredo profissional. Constitui constrangimento ilegal a exigência de revelação do sigilo e participação de anotações constantes das clínicas e hospitais” (HC 39.308, Pleno, ac. de 19.9.62, RTJ 24/466) ...

12. Nesse mesmo julgamento proferiu longo e erudito voto o eminente Min. Cândido Motta Filho, sobre o problema de guarda do segredo médico, voto de que destaco essa passagem, verbis:

Não é de hoje que o tema provoca discussões. Não é de hoje que se fala em doutrina do interesse ou da vontade. Por muito tempo, ele foi colocado entre o individualismo de cada caso de consciência e o anti-individualismo do interesse comum. Só a experiência dos tempos é que pode encaminhá-lo para uma solução jurídica, após a apreciação de casos que provocaram verdadeiros escândalos.

A solução partiu do princípio de que o segredo profissional, notadamente o segredo médico, é a regra. E é uma regra de tais conseqüências que sua violação constitui crime. A lei protege o segredo, em nome de direitos patrimoniais e em nome de direitos pessoais” (RTJ 24/473 e 474).

Relevante declinar, nesta mesma ordem de raciocínio outro julgado que, guardando as proporções, se enquadra no teor da consulta efetuada, senão vejamos:

CRIME CONTRA A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. Desobediência - Descaracterização - Médico que deixa de atender a requisição judicial de informações sobre o estado de saúde de réu em processo crime sob invocação de sigilo profissional - Admissibilidade - requisição que, no referente a tratamento médico a que está ou foi submetida determinada pessoa, somente é permitida à autoridade judiciária cuidando-se de crimes relacionados com a prestação de socorro médico ou de moléstia de comunicação compulsória, quando dispensado o sigilo - Circunstâncias não verificadas na espécie - Irrelevância de ter o interessado anuído ao fornecimento se tal anuência não constava do ofício respectivo, lícito, portanto, ao facultativo supô-la inexistente - Informes que, ademais, poderiam ser obtidos através de inspeção médica na própria comarca ou em hospital da rede penitenciária - “Habeas corpus” preventivo concedido, com determinação de que não seja requisitado ou instaurado inquérito policial pelo fato descrito.

Existem restrições ao poder ou faculdade da autoridade judiciária de requisitar informações no que se refere a tratamento médico a que está ou foi submetido determinada pessoa, seja no pertinente à espécie de enfermidade, seja quanto ao diagnóstico ou à terapia aplicada.

O sigilo profissional a que está sujeito o médico só pode ser dispensado para fornecimento de informes ou elementos para instrução de processos crimes que visem à apuração de infrações criminais relacionadas com a prestação de socorro médico ou moléstia de comunicação compulsória.

Assim, não caracteriza crime de desobediência a conduta do facultativo que deixa de atender a requisição judicial de informações sobre o estado de saúde de

rêu em processo crime sob a invocação de sigilo profissional uma vez que não necessária a providência à instrução de processo crime, podendo, ademais, as informações respectivas, devidamente atualizadas, ser obtidas através de inspeção médica na própria comarca ou em hospital da rede penitenciária. Irrelevante o fato de ter o interessado anuído ao seu fornecimento se tal anuência não constava do ofício respectivo, lícito, portanto, ao médico supô-la inexistente. (RT 643/304)

Consequentemente, forçoso concluir que a solicitação efetuada pela autoridade policial não prospera, sendo certo, contudo, que a entrega do prontuário estaria perfectibilizada através de autorização expressa e inequívoca dos responsáveis legais do falecido.

Em se procedendo de forma contrária, incorreria-se em diversos ilícitos, tanto administrativos, quanto penais e civis, sujeitando-se o responsável da entidade às cominações legais.

Não é demais referir, elucidativamente, os casos constitutivos do dever legal e da justa causa, matéria objeto da Resolução nº 05/84 deste CRM-PR, que estipula o seguinte:

“O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, no uso das atribuições lhe conferidas pelo art. 4º da Resolução 1154/84 do Conselho Federal de Medicina

...

RESOLVE:

1) Que são casos constitutivos do **dever legal**, as seguintes circunstâncias:

a) Os casos de doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória ou de outras de declaração obrigatória (doenças profissionais, toxicomania, etc);

b) As perícias jurídicas;

c) Quando o médico está revestido de função em que tenha de se pronunciar sobre o estado do examinado (serviços biométricos, junta de saúde, serviços de companhias de seguros, etc.), devendo os laudos e pareceres ser nesses casos limitados ao mínimo indispensável, sem desvendar, se possível, o diagnóstico;

d) Os atestados de óbito;

e) Quando se tratando de menores, nos casos de sevícias, castigos corporais, atentados ao pudor, supressão intencional de alimentos;

f) Os casos de crime, quando houver inocente condenado e o cliente, culpado, não se apresentar à justiça, apesar dos conselhos e solicitações do médico;

g) Os casos de abortamento criminoso, desde que ressaltados os interesses do cliente;

§ - É aconselhável o uso, em código da nomenclatura internacional de doenças e causas de morte.

2) Que são casos constitutivos de **“justa causa”**:

a) Quando o paciente for menor e se tratar de lesão ou enfermidade que exija assistência ou medida profilática por parte da família ou envolva responsabilidade de terceiros, cabendo ao médico revelar o fato aos pais, tutores ou outras pessoas sob cuja guarda ou dependência estiver o paciente;

b) Para evitar o casamento de portador de defeito físico irremediável ou moléstia grave transmissível por contágio ou herança, capaz de por em risco a saúde do futuro cônjuge ou de sua descendência, casos suscetíveis de motivar anulação de casamento, em que o médico esgotará primeiro, todos os meios idôneos para evitar a quebra do sigilo;

c) Quando se tratar de fato delituoso previsto em lei ou a gravidade de suas conseqüências sobre terceiros, crie para o médico o imperativo de consciência para revelá-lo a autoridade competente.”

Concluindo, empresta-se trecho do parecer lavrado por Antônio Carlos Mendes, Assessor Jurídico, CREMESP, onde se pontifica que:

“O segredo médico, enquanto instituto jurídico, acolhe no seu bojo as papeletas, boletins médicos, folhas de observações clínicas e fichários respectivos que, assim, submetem-se ao regime penal e ético próprio que resguarda e tutela o sigilo profissional.

Desta forma, além dos médicos, os funcionários e dirigentes de hospitais, clínicas e casas de saúde, estão sujeitos às penas do art. 154, do Código Penal, se, eventualmente, revelarem o segredo médico através da entrega a terceiros ou exposição das anotações clínicas atinentes aos pacientes.

Com efeito, a lei não permite sequer, que o profissional da Medicina preste depoimento em Juízo acerca de fatos conhecidos em razão de sua profissão. Esta regra permeia toda ordem jurídica e não admite que, por vias transversas, as confidências necessárias sejam levadas ao conhecimento do Judiciário ou da Polícia mediante a requisição de fichas e boletins médicos.

Assim, não há nenhum dever legal que obrigue o médico, o funcionário ou dirigente de hospital e clínicas em geral a entregar as papeletas, as folhas de observação clínica e os boletins médicos. Não havendo disposição legal respaldando a ordem da autoridade judiciária ou policial, ocorre constrangimento ilegal, porque “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei” (artigo 5º, inciso II, da Constituição Federal). (in: *Ética Médica* nº 1, ano 1, 1988, CREMESP)

É o parecer
AFONSO PROENÇO BRANCO FILHO
Assessor Jurídico

PLANTÃO MÉDICO DE 24 HORAS EM HOSPITAL

Luiz Ernesto Pujol*

EMENTA: Plantão médico em hospital não direcionado aos atendimentos de urgência/emergência.

Palavras-chave: plantão médico hospitalar, plantão de 24 h, atendimento sem urgência/emergência, pronto socorro

INHOUSE MEDICAL CALL 24H SHIFT

Key words: inhouse medical call, 24h shift, emergency room, non-urgent care

CONSULTA

Trata-se de consulta encaminhada por e-mail a este Conselho Regional de Medicina, com o seguinte teor:

“Sou S. N. P., tenho conhecimento de que as instituições hospitalares, que atuam com internação, deve manter Médico plantonista PRESENTE 24 horas no ambiente hospitalar. Assim sendo venho solicitar deste conselho informação sobre quem fiscaliza esses atos e também a pessoa ou responsável para que se possa fazer uma denuncia caso seja necessário.

Na certeza de poder contar com esta informação, agradeço antecipadamente”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O consulente não explicita a que tipo de instituição hospitalar se refere quanto à presença, 24 horas, de um médico plantonista.

Assim sendo, temos a considerar o que existe regulamentado a respeito pelo CFM no que tange aos estabelecimentos hospitalares de Prontos Socorros, regulamentação esta contida na Resolução CFM nº 1451/95.

Considerando que a consulta diga respeito à instituição hospitalar não direcionada a atendimentos de urgência-emergência e sim, apenas a internações eletivas, existe regulamentação específica (Resolução CRM/PR 152/2007) e devemos levar em consideração que, ideal e humanitariamente é de bom-senso que todo e qualquer doente internado em hospital, público ou privado, deva ter à sua permanente

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

disposição um médico, pelo simples fato de que estar internado já o caracteriza como portador de uma doença que requer mais atenção e maiores cuidados médicos. Isso é o que ocorre na maioria dos grandes centros populacionais do Brasil, especificamente na área privada e em alguns hospitais públicos.

No entanto, isso nem sempre é possível quando voltamos nossa visão a algumas particularidades inerentes às pequenas localidades de nosso vasto País e à política de saúde atualmente vigente. Assim sendo cabe-nos aqui algumas reflexões:

1. As pequenas cidades disponibilizam à sua população instituições hospitalares com poucos recursos materiais e de equipamentos necessários ao trabalho médico, fruto de um repasse econômico exíguo à área da saúde pública. Quase sempre existe apenas um hospital e, na cidade poucos profissionais médicos residentes que, mesmo imbuídos de um verdadeiro espírito sacerdotal à sua profissão, não conseguem cumprir com todos os encargos inerentes ao seu juramento hipocrático e, portanto, impossível lhes é permanecerem em plantão presencial e contínuo. Comum é, nessas localidades, o médico estar de plantão dito de sobreaviso ou à distância, com todas as dificuldades e riscos inerentes a esse tipo de trabalho médico mas, freqüentemente, a única opção que resta à instituição e ao médico ali residente.

2. Algumas cidades de porte médio que disponibilizam à população um maior número de médicos e hospitais com mais recursos, mantêm cúpula diretiva que espelhando-se na desconsideração que o Estado e a Federação demonstram sobre as necessidades dos equipamentos indispensáveis ao trabalho dos médicos e aos honorários dos mesmos, direcionam os repasses econômicos à maquiagem estética dos serviços de saúde que lhes cabem administrar, mantendo a remuneração médica a níveis vergonhosos e não incentivando os profissionais da área de saúde a permanecerem convenientemente dedicados àquela instituição e, conseqüentemente, não os motivando a assumirem plantões cujos rendimentos, de tão baixos, chegam a ser aviltantes;

3. Por último consideremos o verdadeiro vilão do caos da saúde pública brasileira, o responsável pelo desequilíbrio da oferta e procura, o causador da insatisfação dos prestadores da assistência médica e dos usuários, que pagam vultuosos impostos e não recebem a merecida prestação dos serviços e o real repasse das verbas que permitam às instituições disponibilizar esses serviços, o que constitucionalmente lhes é de direito: o financiamento das ações de saúde governos municipais, estaduais e federal. Os recursos econômicos disponibilizados à saúde são escassos e, o pior, gerenciados como benesses políticas e constantemente desviados para outras vias de aplicação. O Sistema Único de Saúde e os serviços que lhe cabe prestar requerem urgentes e enérgicas reformulações, não só de aumento das aplicações econômicas mas primordialmente, de respeito aos seus servidores e à população usuária. Enquanto a consulta e os procedimentos médicos forem ressarcidos a valores indignos e que impossibilitem a sobrevivência dos hospitais e seus médicos, persistirá o atual apagão da saúde e a população continuará sem o merecido acolhimento às suas doenças.

Pelo exposto, os órgãos a que o consultante pode recorrer à sua pretendida denúncia, ou seja, os Conselhos Regionais e Federal de Medicina e à Justiça, mesmo que de alguma forma possam vir a recebê-la, pouco podem fazer frente às cúpulas

diretivas governamentais que, até o momento, não mostram sensibilidade às inúmeras ações e argumentações que estes órgãos, há anos e reiteradamente, tentam conscientizar como responsáveis pelas requeridas modificações.

É o parecer.

Curitiba, 16 de Janeiro de 2008.

Luiz Ernesto Pujol
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRM/PR N.º 098/2007
Parecer CRM/PR N.º 1903/2007
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 21/01/2007 - Câmara I

ANEXO
Resolução CRM-PR N.º 152/2007

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

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, no uso das atribuições que lhe conferem a Lei n.º 3.268 de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045 de 19 de julho de 1958 e a Lei n.º 11.000 de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO que o plantão de sobreaviso é uma prática utilizada em muitos serviços médicos, objetivando otimizar o atendimento das variadas especialidades;

CONSIDERANDO a necessidade de se regulamentar a prática do plantão de sobreaviso;

CONSIDERANDO que é direito do médico receber remuneração pela disponibilidade dos seus serviços profissionais;

CONSIDERANDO o teor do processo-consulta CFM n.º 137/2003, base da fundamentação desta resolução;

CONSIDERANDO finalmente o decidido na Reunião Plenária n.º 1891.º, realizada no dia 23 de abril de 2007.

RESOLVE:

Artigo 1º: Define-se como plantão de sobreaviso a atividade do médico que permanece à disposição da instituição de saúde, de forma não presencial, cumprindo jornada de trabalho pré-estabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial.

Artigo 2º: Em toda instituição de saúde na qual existam pacientes em sistema de internação ou observação, é obrigatória a presença de médico no local nas 24

(vinte e quatro) horas do dia, capacitado a executar manobras de reanimação e de suporte vital, independente do plantão de sobreaviso.

Artigo 3º: O plantão de sobreaviso, conforme definido no art. 1º, deve ser remunerado de forma justa, sem prejuízo do recebimento dos honorários devidos ao médico, pelos procedimentos praticados durante seu turno de trabalho.

Artigo 4º: O médico de sobreaviso será acionado por determinação de membro da equipe médica da instituição de saúde, que informará a gravidade do caso do paciente, bem como a urgência e/ou emergência do atendimento.

Artigo 5º: Em caso de urgência e/ou emergência, o médico que acionar o plantonista de sobreaviso deverá, obrigatoriamente, permanecer como responsável pelo atendimento do paciente que ensejou a chamada, até a chegada do médico de sobreaviso, quando então ambos decidirão a quem competirá a responsabilidade pela continuidade da assistência.

Artigo 6º: Compete ao Diretor Clínico, ao Diretor Técnico e à Comissão de Ética das instituições de saúde, decidirem quais especialidades devem constituir escalas de plantão de sobreaviso 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 7º: Será facultado ao médico do corpo clínico das instituições de saúde decidir livremente pela participação na escala de plantão de sobreaviso, nas suas respectivas especialidades, exceto em situações que possam comprometer a assistência à população, quando então o plantão presencial será obrigatório.

Artigo 8º: A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Curitiba, 06 de março de 2007.

Cons. Gerson Zafalon Martins
Presidente

Cons. Hécio Bertolozzi Soares
Secretário-Geral

Aprovado na Reunião Plenária n.º 1891.ª, de 23/04/2007.

Publicado no Diário Oficial da União Nº 86 do dia 07/05/2007 pag. 88 Seção 01.

RESOLUÇÃO CFM n° 1451/95

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

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são os órgãos supervisores e fiscalizadores do exercício profissional, e das condições de funcionamento dos serviços médicos prestados à população;

CONSIDERANDO que o Código de Ética Médica estabelece os princípios norteadores da boa prática médica;

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina constataram condições estruturais, materiais e humanas inadequadas ao atendimento à população nos serviços de Prontos Socorros;

CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer as normas mínimas para funcionamento dos estabelecimentos de saúde de Pronto Socorro;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Reunião Plenária realizada em 10 de março de 1995,

RESOLVE:

Artigo 1º - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.
Parágrafo Primeiro - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo Segundo - Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

Artigo 2º - A equipe médica do Pronto Socorro deverá, em regime de plantão no local, ser constituída, no mínimo, por profissionais das seguintes áreas:

- Anestesiologia;
- Clínica Médica;
- Pediatria;
- Cirurgia Geral;
- Ortopedia.

Artigo 3º - A sala de emergência deverá, obrigatoriamente, estar equipada com:

- Material para reanimação e manutenção cardio-respiratória;
- Material para oxigenação e aspiração;
- Material para procedimentos de urgência.

Artigo 4º - Os recursos técnicos mínimos disponíveis, em funcionamento ininterrupto, para o Pronto Socorro, deverão ser:

- Radiologia;
- Laboratório de análises clínicas;
- Centro cirúrgico;
- Unidade de terapia intensiva;
- Unidade transfusional;
- Farmácia básica para urgência;
- Unidade de transporte equipado.

Artigo 5º - O estabelecimento de Pronto Socorro deverá permanecer à disposição da população em funcionamento ininterrupto;

Artigo 6º - Os diferentes portes de Prontos Socorros de maior complexidade deverão ser definidos em cada Estado pelos Conselhos Regionais de Medicina, de acordo com as realidades regionais e as necessidades de atendimento à população;

Artigo 7º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

São Paulo-SP, 10 de março de 1995.

WALDIR PAIVA MESQUITA

Presidente

ANTÔNIO HENRIQUE PEDROSA NETO

Secretário-Geral

Publicada no D.O.U. de 17.03.95 - Seção I - Página 3666

PREENCHIMENTO DE AIH POR DIRETOR CLÍNICO

Luiz Ernesto Pujol*

EMENTA - Possibilidade do Diretor Clínico de instituição de saúde efetuar o preenchimento de Autorização de Internamento Hospitalar (AIH) pelo SUS.

Palavras-chave: preenchimento de AIH, Diretor Clínico, autorização de internamentos

ADMISSION FORM FILLING BY CLINICAL DIRECTOR

Key words: AIH form filling, clinical director, authorization for admission

CONSULTA

Através mensagem eletrônica o DEPCON-CRMPR recebeu da área administrativa do Hospital Regional J. F. da cidade de A.-PR, na pessoa da Sra. C. D., consulta nos seguintes termos :

“Meu nome é C. trabalho no administrativo do Hospital Regional J. F.-A.. Gostaria de saber se o diretor clínico das instituições de saúde podem preencher os laudos de solicitação de AIH.

Sabemos que havia uma portaria do MS que proibia o preenchimento dos laudos, mas isto já faz algum tempo, não sei se ainda é válido.

Gostaria de uma orientação do CRM sobre o assunto”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Com a promulgação da Constituição de 1988, regulamentada pela Lei nº 80, de 19 de Setembro de 1990, foi instituído o Sistema Único de Saúde – SUS.

O INAMPS ficou incumbido de implantar o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS a partir de 1º de Julho de 1990, em âmbito nacional, tendo como base o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social – SAMPHS – e seu instrumento, a Autorização de Internação Hospitalar – AIH em todas as redes hospitalares próprias, federais, estaduais, municipais, filantrópicas e privadas lucrativas, regulamentada pela RS/INAMPS nº 227, de 27 de Julho de 1992. A PT/MS/SNAS nº 16, de 8 de Janeiro de 1991, implantou no SUH/SUS a tabela única de Remuneração para Assistência à Saúde em nível hospitalar. Com o avanço da implantação do SUS em todo o país e dando seqüência a seus

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

princípios, tornou-se necessário o estabelecimento de mecanismos operacionais que permitissem a efetiva descentralização da gestão dos serviços de saúde, mecanismos esses estabelecidos pelas NOBSUS 01/93 e NOBSUS 01/96.

Os detalhes de tais ordenamentos legais podem ser acessados no site do Ministério da Saúde, ressaltando que o laudo médico é o instrumento necessário para a solicitação de internação do paciente em hospitais integrantes do SIH/SUS, devendo ser corretamente preenchido em todos os seus campos que contemplam além da identificação do paciente, as informações de anamnese, exame físico, exames subsidiários quando houver, condições que justifiquem a internação e diagnóstico inicial. O médico solicitante registrará, ainda, em campo próprio, o seu CRM e CPF, bem como o código do procedimento solicitado correspondente ao diagnóstico constante do laudo médico, de acordo com a tabela do SIH/SUS. Este laudo médico deverá ser preenchido no ato da internação, podendo ser apresentado para emissão da AIH, nos casos de urgência/emergência, até 48 horas úteis após o internamento. Após o tratamento e alta, os dados são registrados na AIH, bem como o CPF e CGC dos profissionais que executaram os atendimentos, devendo ser aposta, também, a assinatura do Diretor Clínico. Nas internações em hospitais públicos, inclusive os universitários, os pagamentos das AIHs são feitos através do CGC da instituição, não ocorrendo pagamento de honorários profissionais aos médicos assistentes. Além disso, nem sempre o médico solicitante é o médico assistente. Portanto, a determinação da obrigatoriedade do médico solicitante de apor sua assinatura, CRM e CPF no laudo para emissão de AIH tem respaldo no ordenamento jurídico do SUS. Ainda: o Artigo 3º da Resolução CFM nº 1.342/91, em sua alínea a), determina ser atribuição do Diretor Clínico das instituições hospitalares, a coordenação do Corpo Clínico da instituição e, conseqüentemente, o conhecimento de todos os internamentos e procedimentos efetuados em doentes da instituição que dirige, não havendo impedimento para que o mesmo venha, em certas circunstâncias, apor seu nome e identificações requeridas em solicitações de AIHs.

Portanto, o nosso entendimento é que o médico, seja o médico assistente ou o Diretor Clínico da instituição, pode legal e eticamente ser o solicitante da Autorização de Internação Hospitalar.

É o parecer.

Curitiba, 29 de Dezembro de 2007.

Luiz Ernesto Pujol
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 092/2007
Parecer CRMPR Nº. 1907/2008
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 21/01/2008 - Câmara I

HOMENAGEM: “O MÉDICO DO ANO”! ETICIDADE

Ricardo José Baptista*

EMENTA - É vedado ao médico aceitar “homenagem” em que receba título de “médico do ano” por serviços prestados à comunidade. As homenagens devem ter critérios de avaliação científica, acadêmica, ética e pessoal, destacando unicamente o profissional em sua essência.

Palavras-chave: homenagem médica, “médico do ano”, normas para homenagem, ética

MEDICAL HOMAGE. PHYSICIAN OF THE YEAR: ETHICITY

Key words: medical homage, doctor of the year, homage rules, ethics

RELATÓRIO

I. DA CONSULTA

Esta consulta tem por origem um pedido de parecer da plenária do Cremesp ao Conselho Federal de Medicina.

A solicitação inicial foi feita àquele Conselho pelo dr. F.W., CRM/SP, que questionava se a escolha de médico para receber homenagem como “médico do ano”, pela Associação Médica de Israel, em matéria publicada no periódico *Cartas Médicas* – Capítulo Brasileiro da Associação Médica de Israel, era “viável, ética e desejável”.

Após a leitura do Parecer nº 21/04 – DEJ/SP, conclui que:

“Por força do que determina o art.12 da Resolução CFM nº 1.701/03, a homenagem que o requerente pretende realizar não pode denominar-se “médico do ano”, nem tampouco os médicos poderão diretamente fornecer seus currículos ao requerente. Por tal razão, sugerimos que o requerente denomine o ato que pretende realizar de “homenagem” e que a escolha do médico a ser homenageado se dê exclusivamente pela análise da documentação enviada pelas instituições de saúde e/ou ensino onde tal profissional exerce o seu mister”.

* Conselheiro Parecerista CFM.

Esta conclusão foi precedida da análise de que “o médico que permitir que o seu nome seja incluído em concursos ou similares cuja finalidade seja escolher o “médico do ano” poderá a vir responder perante este egrégio Conselho de Medicina, que apurará eventual descumprimento por parte do médico acerca da legislação em questão”.

Alerta que a resolução do CFM “visa coibir a concorrência desleal entre médicos. A expressão “médico do ano” contida em tal resolução, em nosso entendimento, se refere a um concurso que médicos venham a participar apresentando currículos e que entre estes um seja escolhido como destaque do ano. Pois, no futuro, o “eleito” poderá vir a fazer uso de tal “título” com finalidade publicitária para atrair pacientes”.

Em resposta ao Cremesp, o Capítulo Brasileiro da Associação Médica de Israel encaminha N., I.P., P.L.M.A., dentre outros.

Foi aberto um procedimento de sindicância pelo Cremesp, para apuração da informação.

Às fls. 35 encontra-se o Ofício CFM nº 3.354/04-SEC, comunicando ao Capítulo Brasileiro da Associação Médica de Israel a confirmação da participação do dr M.A.B. na cerimônia de entrega do título médico do ano de 2004, em São Paulo.

Às fls. 57 encontra-se o Ofício CFM nº 2.654/05 – SEADM, que informa que o dr M.A.B., embora designado, não compareceu à cerimônia citada.

Às fls. 60 encontra-se o Despacho SEJUR nº 342/06, onde lê-se: “Que o presente expediente dê origem a processo-consulta no CFM, já que se trata de uma resolução do CFM, ou que o Cremesp se manifeste especificamente sobre o caso, cabendo ao CFM manifestar-se em grau de recurso”.

II. CONCLUSÃO

Respondendo pontualmente a questão abordada, concluo que a escolha do “Médico do Ano”, na forma como está colocada e após a leitura da Resolução CFM nº 1.701/03, vai de encontro ao constante no artigo 12, que explicita: “O médico não deve permitir que seu nome seja incluído em concursos ou similares cuja finalidade seja escolher o “médico do ano”, “destaque” ou “melhor médico”. Além disso, fere também os artigos 132 e 142 do Código de Ética Médica, a seguir citados:

É vedado ao médico:

(...)

Art. 132 - Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

Art. 142 - O médico está obrigado a acatar e respeitar os Acórdãos e Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

Entendo até a intenção das homenagens prestadas nos anos anteriores, inclusive com os profissionais selecionados, mas encampo a sugestão dada pelo Cremesp acerca da mudança da titulação do encontro para algo como “homenagem médica”, que deve ter critérios de avaliação científica, acadêmica, ética e pessoal, destacando unicamente o profissional em sua essência.

O efetivamente antiético são as empresas ou instituições promoverem homenagens a médicos com a finalidade de angariar recursos financeiros e, ao mesmo tempo, os homenageados pagarem de forma direta ou indireta por esse tipo de evento - o que caracteriza autopromoção e retira toda a consideração justa e ética porventura existente.

Finalizando, ressalvo ser terminantemente vedado ao médico participar de eventos que concedam o título de “médico do ano” por qualquer instituição, com vistas a preservar a nossa competência legal.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília-DF, 14 de junho de 2007

Ricardo José Baptista
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM Nº. 7035/2006
Parecer CFM Nº. 06/2007
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 14/06/2007

A PERSISTIREM OS SINTOMAS OU AO PERSISTIREM...

*Obrigatória em todo anúncio de medicamento, a advertência legal tem intrigado grande número de telespectadores e ouvintes de rádio. Afinal, qual a forma correta: **A persistirem os sintomas, um médico deverá ser consultado**? ou **Ao persistirem os sintomas, um médico deverá ser consultado**? As duas existem e ambas estão corretas, mas cada uma tem significado próprio. O texto oficial é o primeiro, “**a persistirem os sintomas**”. A construção “**a persistirem**” indica uma condição, uma hipótese. Seria o mesmo que dizer: “**Caso persistam os sintomas, um médico deverá ser consultado**”. Já “**ao persistirem**” exprime uma **circunstância de tempo**. Equivale, na verdade, a: “**Quando persistirem os sintomas, um médico deverá ser consultado**”. Fica evidente, pelo **objetivo do alerta** oficial, que se está **expondo uma condição, uma hipótese**. Por isso, não hesite: “**A persistirem os sintomas, um médico deverá ser consultado**”. Entre nós, porém, valeria a pena trocar o texto rebuscado por algo bem mais simples, como, por exemplo: “**Se os sintomas continuarem, procure um médico**” ou “**Caso persistam os sintomas, procure um médico**”.*

Sessão: “Outras palavras”
Eduardo Martins - jornalista

PRESENÇA DO ACOMPANHANTE DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO

José Hiran da Silva Gallo*
Pedro Pablo Magalhães Chacel**

EMENTA - *A presença de acompanhante para mulher em trabalho de parto, parto e pós-parto, embora prevista em lei, deve obedecer aos princípios da privacidade, sem os quais inviabiliza-se o cumprimento da lei.*

Palavras-chave: parto, presença de acompanhante, privacidade, cuidados, confidencialidade

COMPANION PRESENCE DURING LABOUR AND DELIVERY

Key words: labor, companion presence, privacy, care, confidentiality

RELATÓRIO

O médico L.C.P.S. encaminha, ao CFM, consulta datada de 9/11/06, nos seguintes termos:

“Parece existir portaria do Ministério da Saúde permitindo a permanência de parentes das parturientes quando do trabalho de parto, e agora também na sala de parto e em centro cirúrgico.

No meu entender este procedimento não traz benefícios à paciente, além de expor o profissional, pois vários procedimentos de rotina na especialidade não são entendidos por leigos.

Solicito parecer deste Conselho”.

A Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

(...)

* Conselheiro Parecerista CFM ** Conselheiro Parecerista de Vista CFM.

Capítulo VII

DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

Art. 19-J Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborada pelo órgão competente do Poder Executivo.

A Portaria MS/GM nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União de 6/12/2005 (Seção 1, p. 32), determina:

(...)

Art. 1º Regulamentar, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS.

§ 1º Para efeito desta Portaria entende-se o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

(...)

Art. 2º Os hospitais públicos e conveniados com o SUS tem prazo de 6 (seis) meses para tomar as providências necessárias ao atendimento do disposto nesta Portaria.”

PARECER

É compreensível a preocupação do dr. L.S., que nos parece ser um obstetra, frente à realidade do atendimento em muitos hospitais, aliado ao cenário natural de um nascimento para um acompanhante leigo.

Tradicionalmente, as maternidades dos serviços públicos e conveniados pelo SUS atendem a elevado número de partos por dia e têm as acomodações de pré-parto coletivas. Nesses locais, não é raro faltar roupa apropriada para as parturientes. Há também a necessária rotina de exames periódicos, quando a presença de um marido ou outro acompanhante leigo poderia causar constrangimento às demais.

Durante o parto, muitas vezes, se torna necessário executar manobras – como a dilatação manual do períneo; a extração à fórceps, por exemplo – que poderão causar impacto emocional desagradável para o olhar de um acompanhante leigo que presencia situação até então inédita.

No entanto, é indiscutível que o nascimento é um momento afetivo que envolve a família. A autorização da presença de familiar, principalmente a do pai, fortalece as relações familiares e a paternidade responsável.

Com relação a essa presença, a portaria regulamentadora estabeleceu em seu artigo 2º o prazo de seis meses - vencido em 6 de junho de 2006 - para que os hospitais públicos e conveniados tomem as providências necessárias para sua consecução.

Sendo o nascimento de uma criança um momento de intimidade e privacidade, acredito que o constante no art. 2º da regulamentação da referida lei implica na existência e condições para o atendimento individualizado, ou seja, salas de pré-parto e de parto individuais.

Acredito que compete ao SUS cobrar pela execução destas condições, pois o não cumprimento deste princípio de privacidade fará da Lei nº 1.108/05 um simples documento de intenções.

Cabem ainda, neste parecer, sugestões para os obstetras no sentido da observação dos cuidados relacionados à presença dos acompanhantes durante as várias fases do parto, preparando-os com explicações e orientações antecipadas.

Logicamente, nunca é demais lembrar que estabelecer um bom relacionamento com a parturiente e seu acompanhante certamente evitará muitos aborrecimentos para o profissional responsável pelo ato do nascimento: o próprio médico.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília-DF, 14 de junho de 2007

José Hiran da Silva Gallo
Cons. Relator

Pedro Pablo Magalhães
Cons. Relator de vista

Processo-Consulta CFM Nº. 9303/2006
Parecer CFM Nº. 07/2007
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 14/06/2007

CURSO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA NA CAPACITAÇÃO DE LEIGOS PARA O USO DE DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS EXTERNOS

Roberto Luiz d'Avila*

EMENTA - Os cursos de suporte básico de vida são suficientes para capacitar leigos no uso de desfibriladores automáticos externos, em casos de urgência e emergência e na ausência de médico no local, desde que ministrados por entidades credenciadas pelo Conselho Nacional de Ressuscitação, sociedades médicas de especialidades, Núcleos de Educação em Urgência do Ministério da Saúde e Centros de Capacitação previstos na Resolução CFM nº 1.671/03.

Palavras-chave: curso de suporte básico, desfibrilador automático externo, atuação, leiga, entidades médicas, cardioversão elétrica, Conselho Nacional de Ressuscitação

BASIC LIFE SUPPORT COURSES IN LAY PEOPLE CAPACITATION FOR THE USE OF EXTERNAL AUTOMATIC DEFIBRILLATORS

Key words: basic life support course, external automatic defibrillator, medical entities, electric countershock, National Resuscitation Council

RELATÓRIO

I. DOS FATOS

Em 27/11/2006, o dr. W.A.G., à época presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (Cremesc), encaminhou consulta formulada pelo Sindicato de Escolas Particulares de Santa Catarina referente à Lei Complementar nº 235/06, do município de Florianópolis, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de aparelho desfibrilador externo automático em locais que designa e que tenham concentração/circulação média diária de 500 ou mais pessoas, de onde destacamos:

“Nosso questionamento se prende ao estabelecido no art. 1º, § 2º da referida lei, que prevê a capacitação de pelo menos 15% de seu pessoal, através de curso de suporte básico de vida. Eis a dúvida: um curso com este formato é suficiente para capacitar um leigo a utilizar o equipamento, sem que haja riscos para as partes (socorrista e socorrido)?”

* Conselheiro Parecerista CFM.

Anexa, cópia do Diário Oficial de Santa Catarina nº 17.923, de 13/7/06, que traz a Lei Complementar nº 235/06, de onde destacamos o texto referente ao § 2º do art. 1º:

“(...) Com a finalidade de estabelecer os parâmetros de conduta a serem seguidos na utilização do desfibrilador externo automático deverão os estabelecimentos a que alude o caput deste artigo promover a capacitação de, pelo menos, 15% (quinze por cento) de seu pessoal, através de curso de suporte básico de vida, ministrado por entidades credenciadas pelo Conselho Nacional de Ressuscitação.”

Foram também anexadas à consulta os Pareceres CFM nºs 44/01 e 26/03 e o Parecer CRM-PR nº 1.714/06.

II. MÉRITO

Este assunto já foi anteriormente debatido pelo pleno do Conselho Federal de Medicina, que na ementa do Parecer-Consulta nº 44/01 deliberou, em 22/11/01, que: *“Em situações de emergência e na ausência de médico no local, o uso de desfibriladores externos automáticos pode ser feito por leigos treinados e supervisionados por médicos, através de cursos promovidos por Sociedades de Especialidades afins e fiscalizados pelos Conselhos de Medicina”.*

Quanto à particularidade de a Lei Complementar do município de Florianópolis estabelecer que a capacitação de leigos seja realizada através de cursos de suporte básico de vida, promovidos por entidades credenciadas pelo Conselho Nacional de Ressuscitação (CNR), nenhum reparo mereceria, pois o parecer supramencionado menciona os cursos de suporte básico de vida como o meio eficaz para capacitar leigos na aplicação não só do uso do desfibrilador externo automático, como também das manobras de ressuscitação até a chegada do médico, obviamente treinado em suporte avançado de vida.

Quanto à exclusividade, citada em lei, lembro que o Conselho Nacional de Ressuscitação foi criado em 1996, tendo suas atividades reconhecidas como instituição multidisciplinar em 2001. No momento, passa por processo jurídico para obter sua regulamentação e ratificar sua autonomia. Com o objetivo de reforçar a “corrente da sobrevivência” – união de procedimentos e ações que devem ser aplicados diante de uma emergência clínica ou cardiovascular, como acesso rápido ao serviço médico de emergência, ressuscitação cardiopulmonar rápida, desfibrilação rápida e suporte avançado de vida rápido – em cada comunidade do país, o CNR atua em conjunto com várias instituições. Atualmente, é uma organização não-governamental composta por mais de 40 entidades, entre as quais a Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (Sbait), a Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA), a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e o Fundo de Aperfeiçoamento e Pesquisa em Cardiologia (SBC/Funcor), a Sociedade Brasileira de Clínica Médica (SBCM) e outras. Entretanto, não deve ser a única entidade autorizada, por lei, a promover e ministrar os cursos de suporte básico e avançado de vida, pois existem outras previstas para tal e contempladas, tanto na Política Nacional de Atenção às Urgências (Ministério da Saúde) como na Resolução CFM nº 1.671/03.

O Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 1.863/GM, a Política Nacional de Atenção às Urgências e, por intermédio das Portarias nºs 2.048/

02 e 1.864/03, a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e dos Núcleos de Educação em Urgências (NEU).

A Resolução CFM nº 1.671/03 dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e normatiza a atividade médica na área de urgência e emergência na fase pré-hospitalar, orientando no sentido da existência de Centros de Capacitação envolvendo as escolas médicas e de enfermagem, visando a melhor formação dos que prestarão atendimento.

O Parecer-Consulta CFM nº 26/03, aprovado em 9/5/03, é cristalino ao reconhecer a importância dos cursos de suporte básico de vida para os profissionais não-médicos que atuam no atendimento pré-hospitalar, reservando-se aos médicos somente os cursos de suporte avançado de vida, cujos procedimentos só a eles podem ser ensinados.

Além disso, não é demais lembrar que muitos outros municípios e estados já aprovaram leis regulamentando o assunto, estando a Lei Complementar do município de Florianópolis em perfeita sintonia, inclusive, com o Projeto de Lei do Senado nº 344/03, do senador médico Tião Viana, exceto pela exclusividade concedida ao CNR para credenciar instituições promotoras dos referidos cursos.

III. CONCLUSÃO

Diante do exposto, entendo que os cursos de suporte básico de vida são suficientes para capacitar leigos em reanimação cardiopulmonar, inclusive no manuseio criterioso de desfibriladores externos automáticos, em situações de emergência e na ausência de médico no local, desde que ministrados por entidades credenciadas pelo Conselho Nacional de Ressuscitação, por sociedades médicas de especialidades afins e por Núcleos de Educação em Urgências do Ministério da Saúde, sob coordenação das secretarias estaduais e municipais de Saúde e Centros de Capacitação vinculados às escolas médicas e de enfermagem, previstos na Resolução CFM nº 1.671/03, na condição de que, todas, sejam supervisionadas por médicos e fiscalizadas pelos Conselhos Regionais de Medicina.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília-DF, 14 de junho de 2007

Roberto Luiz D'Avila
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM Nº. 10391/2006
Parecer CFM Nº. 09/2007
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 14/06/2007

A CBHPM COMO BALISA DE REMUNERAÇÃO JUSTA E ÉTICA

Hélcio Bertolozzi Soares*

EMENTA - Para que o médico possa exercer sua profissão com honra e dignidade deve ser remunerado de forma justa. Assim a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) é balizador ético para exercício profissional.

Palavras-chave: classificação hierarquizada de procedimentos médicos, CBHPM, remuneração justa e ética, Associação Médica do Paraná

CBHPM AS A RULE FOR FAIR AND ETHICAL MEDICAL FEES

Key words: medical procedures hierarquy classification, CBHPM, ethical and fair medical fees, Paraná Medical Association

CONSULTA

Trata a presente de consulta realizada pelo Dr. P. R. F., CRM XXXX no seguinte teor:

“Sou diretor médico do Hospital M. C. C. i F. I. e preciso de orientações. Estamos exigindo da direção o cumprimento da tabela CBHPM sem deflator, o que eles não estão aceitando. No convênio próprio do hospital (I.) conseguimos aumentar para R\$ 38,00 a partir de dez/2007, mas ele está impondo a condição de, renegociar em março, aumentar o valor da consulta dependendo da redução dos exames pedidos. Para cada real, por usuário, que diminuirmos em R\$, ele acrescentará na consulta, até chegar em R\$42,00. Os procedimentos estão com deflação de 30%. Quando iniciei a negociação solicitei uma tabela CBHPM na AMB e recebi a tabela de 2003 com valores da época (para usar no SINAM). Quero saber se é por esta tabela que devo brigar como valor mínimo, digno e ético ou já tem novos valores. Valor de 2003? Temos outros convênios no hospital como F., M. (consulta = R\$ 32,00). Por mais que eu tenha feito pressão, a diretoria insiste em negociar possível aumento com outros convênios somente na vigência dos contratos que ocorrerão durante ano de 2008 (de março a agosto). Trabalhamos nos ambulatórios do hospital como pessoas jurídicas e com contrato, o que dificultaria ações mais duras como greve. Preciso saber o que eu poderia fazer se a direção não atender nossas reivindicações. Na pesquisa que fiz só achei resoluções do CFM e não encontrei leis. aguardo resposta urgente.”

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Em resposta aos questionamentos acerca da CBHPM, temos a aduzir:

Para que o médico possa exercer sua profissão com honra e dignidade deve ser remunerado de forma justa. A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos é sem dúvida o balizador ético do exercício profissional. Ainda agora, a ANS mostra o quão responsável tem sido o trabalho das Entidades Médicas Nacionais pois vem ampliando a gama de procedimentos destinados aos usuários. A CBHPM atual é a sua 5ª Edição, com correções e atualização devidamente reconhecidas pelas Operadoras em Saúde. Luta-se ainda pela implantação da Classificação em todas as operadoras e isto deve ser fruto da ação dos profissionais diretamente envolvidos nas Empresas. No estado do Paraná, a Associação Médica, através do seu Departamento de Convênios é que responde pelos trabalhos de implantação. Sugiro que o colega médico, Dr. Pedro Roberto Françaço, contate a AMP para estabelecer um trabalho conjunto com os colegas de Foz do Iguaçu.

É o parecer.

Curitiba, 17 de janeiro de 2008.

Hélcio Bertolozzi Soares
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 001/2008
Parecer CRMPR N°. 1902/2008
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 28/01/2008 - Câmara I

ANEXO RESOLUÇÃO CFM nº 1.642/2002

As empresas que atuam sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médicos devem estar registradas nos Conselhos Regionais de Medicina de sua respectiva da jurisdição, bem como respeitar a autonomia profissional dos médicos, efetuando os pagamentos diretamente aos mesmos e sem sujeitá-los a quaisquer restrições; nos contratos, deve constar explicitamente a forma atual de reajuste, submetendo as suas tabelas à apreciação do CRM do estado onde atuem. O sigilo médico deve ser respeitado, não sendo permitida a exigência de revelação de dados ou diagnósticos para nenhum efeito.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a

República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho técnico e ético da Medicina;

CONSIDERANDO que o trabalho médico deve beneficiar exclusivamente a quem o recebe e àquele que o presta, não devendo ser explorado por terceiros, seja em sentido comercial ou político;

CONSIDERANDO que o Código de Ética Médica estabelece princípios norteadores da boa prática médica, relativos às condições de trabalho e de atendimento, à autonomia profissional, à liberdade de escolha do médico pelo paciente, à irrestrita disponibilidade dos meios de diagnóstico e tratamento e à dignidade da remuneração profissional;

CONSIDERANDO que a Lei nº 9.656/98 institui, para que possam ter autorização de funcionamento, a obrigatoriedade do registro de empresas operadoras de planos e seguros de saúde, de qualquer forma ou situação que possam existir, nos Conselhos Regionais de Medicina da jurisdição onde estejam localizadas;

CONSIDERANDO que a Lei nº 6.839/80 institui a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços médico-hospitalares, em razão de sua atividade básica ou em relação àquela pela qual presta serviços a terceiros, e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas responsáveis, nos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO que o entendimento de livre escolha é o direito do paciente escolher o médico de sua confiança ou o sistema de assistência médica de sua preferência, que funcione dentro dos princípios éticos e preceitos técnico-científicos;

CONSIDERANDO que as infrações apuradas nos estabelecimentos hospitalares ou em empresas de assistência médica são de responsabilidade direta do diretor técnico ou de seu substituto eventual;

CONSIDERANDO os termos da Resolução CFM nº 1.627/2001, que conceitua e regulamenta o Ato Médico, e da Resolução CFM nº 1.616/2001, que regulamenta o descredenciamento por empresas operadoras de planos de saúde, bem como as resoluções dos Conselhos de Medicina dos estados de Alagoas, Amazonas, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal;

CONSIDERANDO, enfim, o decidido na sessão plenária realizada em 7 de agosto de 2002,

RESOLVE:

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

1. respeitar a autonomia do médico e do paciente em relação à escolha de métodos diagnósticos e terapêuticos;

2. admitir a adoção de diretrizes ou protocolos médicos somente quando estes forem elaborados pelas sociedades brasileiras de especialidades, em conjunto com a Associação Médica Brasileira;

3. praticar a justa e digna remuneração profissional pelo trabalho médico, submetendo a tabela de honorários à aprovação do CRM de sua jurisdição;

4. efetuar o pagamento de honorários diretamente ao médico, sem retenção de nenhuma espécie;

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

6. vedar a vinculação dos honorários médicos a quaisquer parâmetros de restrição de solicitação de exames complementares;

7. respeitar o sigilo profissional, sendo vedado a essas empresas estabelecerem qualquer exigência que implique na revelação de diagnósticos e fatos de que o médico tenha conhecimento devido ao exercício profissional.

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

Art. 3º - É vedada a participação de médicos ou empresas prestadoras de assistência médica nas modalidades de licitação de tipo menor preço, quando este contrariar a prática local, nos termos dos artigos 3º e 86 do Código de Ética Médica.

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

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

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

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

Brasília-DF, 7 de agosto de 2002.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário Geral

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.673/03

Ementa: A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos é adotada como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar.

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

CONSIDERANDO que lhe cabe, juntamente com os Conselhos Regionais de Medicina, zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito

desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente (artigo 15, letra h da Lei nº 3.268/57);

CONSIDERANDO que para que possa exercer a Medicina com honra e dignidade o médico deve ser remunerado de forma justa (artigo 3º do Código de Ética Médica);

CONSIDERANDO a aprovação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, por ocasião do X Encontro Nacional das Entidades Médicas, realizado em Brasília-DF, em maio de 2003;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária de 7 de agosto de 2003, RESOLVE:

Art.1º - Adotar como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos, para o Sistema de Saúde Suplementar, a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, incluindo suas instruções gerais e valores.

Art. 2º- Os valores relativos aos portes de procedimentos deverão ser determinados pelas entidades médicas nacionais, por intermédio da Comissão Nacional de Honorários Médicos.

Parágrafo único – As variações, dentro das bandas determinadas nacionalmente, serão decididas pelas Comissões Estaduais ou Regionais de Honorários Médicos, levando-se em conta as peculiaridades regionais.

Art. 3º - Revogue-se as disposições em contrário

Art. 4º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 7 de agosto de 2003

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário Geral

Agradecimento

O editor dos “Arquivos” agradece aos colegas Luciano de Paola (palavras-chave) e Paulo R.C. Marquetti (títulos) pela versão em inglês.

RELAÇÃO MÉDICO-CONVÊNIO E LIMITE DE AUTONOMIA DE ESPECIALISTA NOS PROCEDIMENTOS

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke*

EMENTA - Relação médico-convênio, alteração de códigos de procedimentos, não justificada e não comunicada previamente pelo convênio ao médico.

Palavras-chave: relação médico-convênio, especialista, limite de atuação, procedimentos médicos, auditor, obrigação de atendimento

DOCTOR-HMO RELATIONSHIPS AND LIMITATION OF AUTONOMY OF SPECIALIZED MEDICAL PROCEDURES

Key words: doctor-HMO relationship, specialist, medical act limitation, medical procedure, auditor, obligation of care

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, os consultes Dra. B. G. B. C. G., Dra. I. R. V., Dr. L. S. C. e Dra. R. F. C. T. são dermatologistas e consultam este Conselho sobre a legitimidade dos procedimentos adotados pelo convênio médico, no caso a U.

Esclarecem que praticamente todos os procedimentos cirúrgicos diagnósticos ou terapêuticos realizados por aqueles profissionais são submetidos à liberação prévia pela auditoria, salvo raras situações de drenagem de abscessos ou de biópsia de lesão em fase aguda, entretanto, nos casos previamente liberados - não esclarecem se é realizada perícia prévia nos pacientes - ocorrem as seguintes situações:

1. o convênio exige a realização de anatomopatológico em todas as remoções de lesões, perguntam se "pode o convênio passar sobre a nossa avaliação como especialista e glosar o procedimento previamente autorizado porque o especialista julgou desnecessário o exame anatomopatológico (...) e que por ser especialista conhece o risco de deixar de pedir o exame ...?" como exemplo citam a remoção de xantelasma e a cauterização de acrocordons.

2. quando da retirada de nevos displásicos, utilizam o código AMB 42 03 0010-2, ou seja, excisão e sutura de hemangioma, linfangioma ou nevus (por cinco lesões) ao valor de 250CH, mas por inúmeras vezes apesar da liberação e após ter sido realizado o procedimento o auditor teria substituído o código por 4203013-7, ou seja, excisão e sutura de pequenas lesões (por cinco lesões) ao custo de 150CH,

* Conselheira Parecerista CRMPR.

com a alegação de que o nevus retirado era menor de 1 cm, destacam que na tabela não há referência ao tamanho da lesão e que nevo é nevo independente do tamanho, em especial quando confirmada a displasia pelo anatomopatológico, e que os médicos usariam o segundo código para situações em que as lesões não se enquadrariam no primeiro, questionam se seria correta a troca de código de procedimento previamente liberado, passando por cima da avaliação do especialista.

3. o auditor, por conta própria e inúmeras vezes, glosaria o procedimento ou trocaria o código AMB após uma biópsia ou retirada de lesões alegando que o anatomopatológico (AP) não foi condizente com a hipótese clínica, os colegas argumentam que os exames complementares servem para auxiliar o diagnóstico e que não há a obrigação de acertarem 100% dos diagnósticos clínicos, citam como exemplo a suspeita de tumor cístico e o AP viria como cisto simples, questionam sobre a necessidade de ser utilizado todo conhecimento a favor do paciente e de se utilizar todos os recursos disponíveis.

4. pela experiência clínica a infiltração intra-lesional para tratamento de quelóide, código 4202009- por sessão, é habitual pedirem um mínimo de 3 sessões por requisição, a ser aplicado em intervalos de 15 a 20 dias, e somente depois de completadas, solicitariam novas sessões, no entanto, por iniciativa própria o auditor ou glosa o procedimento ou troca a quantidade solicitada ou substitui por outro código sem justificar.

5. aos pacientes com ceratoses actínicas, lesões potencialmente pré-malignas, são indicadas cauterizações das lesões, e o código solicitado é o 4203007-2 para grupo de cinco lesões, se tiver 20 lesões são 4 vezes o procedimento, o auditor quando libera considera 100% do primeiro grupo, 50% do segundo, 25% do terceiro e assim por diante, no entanto, relatam que 100% das lesões são cauterizadas e não 5, 2 1/2, etc, questionam se esta conduta é ética?

6. Enfim, questionam se é ético ou correto o auditor glosar um procedimento ou mudar um código previamente autorizado?

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Considerando as resoluções CFM nº 1.642/2002, CFM nº 1.401/93, PARECER CREMEB Nº 19/06 temos a observar que:

RESOLUÇÃO CFM nº 1.401/93

Art. 1º - As empresas de seguro-saúde, empresas de Medicina de Grupo, cooperativas de trabalho médico, ou outras que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares, estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de saúde, não podendo impor restrições quantitativas ou de qualquer natureza.

c) ampla e total liberdade de escolha dos meios diagnósticos e terapêuticos pelo médico, sempre em benefício do paciente

RESOLUÇÃO CFM nº 1.614/2001

Parágrafo 3º - Poderá o médico na função de auditor solicitar por escrito, ao médico assistente, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades.

Art. 8º - É vedado ao médico, na função de auditor, autorizar, vetar, bem como modificar, procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos solicitados, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente.

Art. 9º - O médico, na função de auditor, encontrando impropriedades ou irregularidades na prestação do serviço ao paciente, deve comunicar o fato por escrito ao médico assistente, solicitando os esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações

PARECER CREMEB Nº 19/06

Não é ética a exigência – por empresas, cooperativas ou planos de saúde – de “cópia de resultados ou laudos de exames complementares para efetuar pagamento das faturas”, sendo vedado ao médico assistente ou instituição médica fornecê-los para este fim.

1. Tanto a resolução CFM nº 1.614/2001 quanto a resolução CREMEB 242/99, embasa este pensamento e destacamos desta última os artigos 8º, 9º e 10, que diz: Artigo 8º: Vedar ao médico investido da função de auditoria, atos como indicação de glosas injustificadas, e proposta de descontos ou “pacotes” para remuneração do médico, por se tratarem de atribuições que fogem a competência da auditoria médica, por caracterizarem como retenção indevida de honorários, e conseqüente infração ao Código de Ética Médica.

Artigo 9º: Vedar ao médico auditor exigir prévia autorização, ou negar a liberação de procedimento propedêutico e/ou terapêutico, indicados pelo médico assistente.

Artigo 10: Vedar ao médico auditor a modificação da terapêutica proposta pelo médico assistente, bem como indicar métodos propedêuticos para o paciente, salvo em situação de indiscutível conveniência para o mesmo, devendo neste caso comunicar imediatamente o fato ao médico assistente.

Parágrafo único – Em caso de contestação quanto a propriedade de procedimento indicado ou executado no paciente, e discordando do relatório do auditado, poderá o médico auditor encaminhar a questão também ao Conselho Regional de Medicina.

PARECER 0720/95 CRMPR

2.Os laudos de exames de imagem, anatomopatológico e outros pertencem ao paciente que poderá fornecer os mesmos a quem achar conveniente.

CONCLUSÃO

Após estas considerações concluímos que a indicação do método diagnóstico, propedêutico e terapêutico pertence ao médico assistente, autonomia que deve seguir as diretrizes das sociedades de especialidades e o bom senso, sempre com o fim de beneficiar ao paciente.

Muitos convênios realizam perícia no paciente, previamente à liberação do procedimento. Sendo percebida discrepância na avaliação ou na descrição do mesmo, esta deverá obrigatoriamente ser comunicada ao médico, pela via mais rápida e adequada, e se houver concordância a alteração do código poderá ser efetuada. Em

caso de discrepância, relatório por escrito deverá ser solicitado e a decisão deverá ser realizada por uma junta ou pela chefia da auditoria.

Caso exista a confiabilidade na solicitação, o auditor a posteriori tem por dever avaliar se existe concordância entre o solicitado e o obtido, por exemplo, se solicitar retirada de nevo e o AP for somente de cisto epitelioide, lesões clinicamente distintas, o código poderá ser trocado.

Compete ao médico que indica o procedimento atenção na escolha do código a ser solicitado, pois como bem foi explicitado pelos autores da consulta, uma lesão cística se possivelmente maligna pela avaliação de um profissional experiente, receberia uma codificação diferente da habitual para lesão benigna, mas não seria a regra, pois que a maioria dos cistos tem características benignas, e também se depreende do texto dos colegas que xantelasma e acrocórdons por não se encaixarem no código de retirada de nevus, tenham codificação distinta de nevo, provavelmente como eletrocoagulação ou retirada de pequenas lesões.

Quanto ao código para retirada de nevo consideramos que não depende do tamanho da lesão, e muitas vezes já se aplicam margens maiores na primeira exérese, e portanto, seria correto utilizar o código constante para retirada de nevus e não de pequenas lesões.

Quanto à glosa de procedimento por não ser compatível com a solicitação, parece referir-se à biópsia, que obviamente tendo sido realizada, independentemente do diagnóstico sugerido pelo AP, deverá ser pago integralmente.

Embora, os exames complementares, no caso dos histopatológicos, onerem o convênio e não sejam obrigatórios, entendemos ser este o único parâmetro para o auditor que não examinou o paciente validar o procedimento, cabe ressaltar que as lesões névicas displásicas deverão ser rotineiramente analisadas pelo patologista, como bem foi exposto na consulta.

Está claro que os honorários não podem ter descontos ou ser efetuados por pacotes, devendo ser pagos na íntegra, com risco de incorrer em infração ao CEM.

Quanto à quantidade por guia, é uma questão administrativa, embora nada impeça que quantidades razoáveis sejam solicitadas por guia para facilitar ao paciente.

É passível a realização de auditorias nos prontuários e com os pacientes para confirmação da veracidade do ato praticado, com o fim de manter a transparência e a confiança mútua.

É o parecer.

Curitiba, 10 de março de 2008.

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke
Cons^a. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 019/2008
Parecer CRMPR N°. 1917/2008
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 10/03/2008 - Câmara I

RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS

Joachim Graf*

EMENTA - O Capítulo VII do C.E.M visa harmonizar, disciplinar e supervisionar a relação entre médicos.

Palavras-chave: relação entre médicos, harmonia, Código de Ética, conflitos, gravação de consulta, ações jurídicas

DOCTOR´S RELATIONSHIPS

Key words: doctor´s relationships, conflicts, harmony, ethics code, consultation recording, law suit

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Dr. F. S., encaminha consulta por e-mail, expõe a seguinte circunstância e indaga como deveria proceder a respeito:

Relata que no município onde reside trabalham oito ortopedistas, atuando na seguinte disposição: 3 ortopedistas membros da SBOT em um hospital, e 3 ortopedistas membros da SBOT em outro hospital, 1 ortopedista membro da SBOT que atua apenas em ambulatório, e um último que não faz parte do corpo clínico de nenhum dos hospitais, e não pertence a SBOT. O consulente alega que este último tem orientado aos pacientes operados a mover ações judiciais contra colegas. Indaga a este Conselho como deve proceder para resguardar a ética e moral e o bom convívio com seus pacientes, e como deve se proteger destas agressões: relato de prontuário? Gravações audiovisuais com consentimento dos pacientes? Gravar as consultas? Quais os instrumentos legais para coibir e se proteger de tais absurdos?

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Os artigos do Código de Ética Médica que cobrem as relações entre médicos estão elencados no capítulo VII. A existência de tais artigos, à semelhança do nosso código civil, visa harmonizar, disciplinar e supervisionar as relações entre pessoas, e neste caso entre partes.

As relações entre indivíduos podem gerar concordâncias e conflitos.

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

O conflito entre partes é um processo dinâmico, pode estacionar, resolver-se ou evoluir. A direção que vai tomar depende entre outros fatores da gênese do conflito, das conseqüências que gera, e do temperamento dos envolvidos. É possível que a partir de determinado momento um conflito cresça em volume, ultrapassando a linha da reversibilidade, inviabilizando qualquer conciliação entre as partes. Caracterizada a inconciliação instâncias superiores poderão ser acionadas para intervir. Para que tal ocorra as partes deverão ser convocadas para exposição de suas respectivas versões. A instância superior, com elementos de análise a disposição, poderá então apresentar condições de definir os contornos do conflito, detectar a existência de elementos que apontem para infrações, dimensionar sua gravidade e recomendar meios ou mecanismos para sua superação.

É o parecer.

Curitiba, 03 de abril de 2008.

Joachim Graf

Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 1938/2008

Parecer CRMPR N°. 043/2008

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 05/05/2008 - Câmara III

HOMEM É ABSOLVIDO DEPOIS DE MATAR FILHO COM DOENÇA CRÔNICA

BIOÉTICA

LONDRES (FOLHAPRESS) - Um ex-soldado britânico que confessou ter matado o próprio filho de 10 anos foi absolvido ontem da acusação de assassinato. Em julho de 2004, Andrew Wragg, 38 anos, sufocou com um travesseiro o filho Jacob, que sofria de uma doença degenerativa - a síndrome de Hunter. Logo após o crime, o pai ligou para a polícia e contou tudo. Por decisão judicial, Wragg ficará numa espécie de liberdade condicional por dois anos.

Ele contou ao júri que tirou a vida do menino por não suportar mais vê-lo sofrendo e classificou a situação de "morte piedosa". A mãe de Jacob, Mary, se disse chocada com a decisão do júri.

Chamou Andrew de assassino e relatou que o filho estava risonho e brincalhão no dia da tragédia. Mas não convenceu o tribunal, que viu traços de cumplicidade em seu comportamento. Horas antes de sufocar Jacob, Wragg contou à mulher sobre sua intenção. Mesmo assim, Mary deixou os dois sozinhos em casa.

Transcrito da Gazeta do Povo, 13/12/2005.

Pode ser o *e-mail* um documento?

Alexandra Monteiro*

Usamos cada vez mais e rotineiramente, o *e-mail* para várias atividades profissionais e extra-profissionais. Além disso, estamos nos acostumando a utilizar esta ferramenta como um dos meios para a emissão de pareceres de segunda-opinião para os radiologistas geograficamente afastados ou para casos de difícil diagnóstico. Mas, temos que estar atentos de que há, de fato, resoluções vigentes e sob avaliação para a prática da telemedicina.

Dentre estas, há de se ressaltar (conforme a edição anterior do Boletim do CBR_CFM nº 1643/2002) dois conceitos que são o consentimento informado pelo paciente para o envio dos seus dados e a responsabilidade profissional solidária, do médico à distância, na proporção em que contribuiu por eventual dano ao paciente. Por outro lado, inúmeras considerações têm sido feitas em relação ao uso da Internet não só pela confidencialidade dos dados, assim como pela autenticidade destes. Sob este prisma, devemos ter também em mente: pode ser o *e-mail* um documento válido?

O Supremo Tribunal de Justiça, e por via reflexa, a jurisprudência nacional, vêm aplicando ao documento eletrônico uma interpretação que lhe subtrai a segurança jurídica, tornado desaconselhável a sua utilização prática. Consoante ao *e-mail* como prova alguns pontos podem ser citados como pertinentes:

A confissão: é através da confissão que pode ser comprovado a existência da autoria e do conteúdo de um *e-mail*. Mas, para tal, de princípio, o confidente terá que admitir como verdadeiro um “fato contrário ao seu interesse”;

A prova documental: o *e-mail* ainda não é considerado um documento verdadeiro. *Pro primo*, é da essência que um documento seja assinado como, outrossim, compreende o mais vago dos corpos, quem sabe um amontoado de *bits*, o que não é necessariamente prova de sua existência;

A prova pericial: é o mais eloqüente e adequado meio de se fazer a prova judicial de um *e-mail*, desde que observadas às formalidades de procedimentos cautelares próprios como a ação de busca de um computador, por exemplo, mas admitindo-se a remota hipótese de que este não tenha ainda sido efetivamente apagado;

A inspeção judicial: como um *e-mail* não é pessoa nem coisa, como se admitir que venha a ser objeto de inspeção judicial?

Prova testemunhal: em verdade um mero *e-mail* nada prova, eis que podem ter sido introduzidas mudanças em seu texto original, ter sido falsificado o emitente, ou até mesmo o seu remetente.

Portanto o *e-mail*, até o presente momento **não** vale como documento, todavia com o tempo, advirão a certificação digital e a assinatura digital, gerando uma identidade digital, o que, com certeza, resultará em uma mudança comportamental nas ações práticas do nosso dia-a-dia. Por isso, esteja atento, a prática da telemedicina/telessaúde em nada difere da responsabilidade ética e legal do ato médico.

* Médica radiologista titular do CBR, no Rio de Janeiro (RJ) e coordenadora do Departamento de Telerradiologia do CBR monteiroamv@gmail.com

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

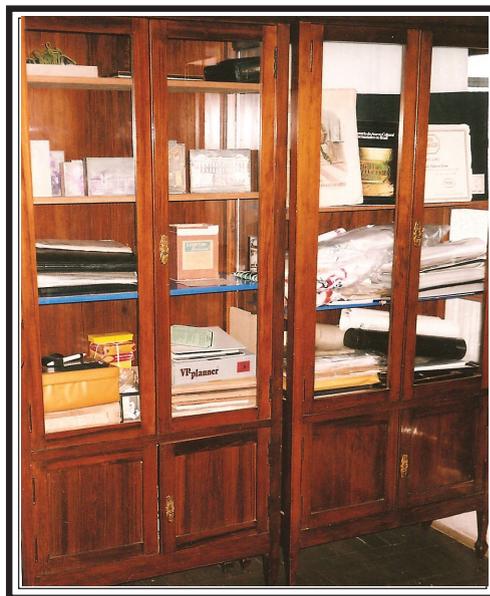
History Museum of Medicine

Ehrenfried Othmar Wittig *

ARMÁRIOS DERAM INÍCIO AO MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Com estes dois simples e usados armários, foi inaugurado o Museu de História da Medicina, da Associação Médica do Paraná.

A história de fundação do museu teve início na presença do Presidente da Associação Médica Brasileira, do Presidente da AMP, do Fundador e Diretor do Museu e inúmeros outros membros da diretoria da AMP e de colegas. A quantidade de livros, objetos, documentos era apenas suficiente para preencher os dois armários antigos, pertencentes há muitos anos na AMP.



1^{as} Peças do Museu

Hoje, o museu é uma realidade, com milhares de unidades de livros, revistas, aparelhos, instrumentos, documentos, fotografias, medicamentos, enfim, tudo o que representa a medicina e tenha um cunho de ultrapassado.

Como todos os museus, os espaços, as vitrines, os recursos econômicos, o pessoal técnico constituem as maiores dificuldades, mas com esforço continuamos a melhorar e enriquecer nosso acervo. Praticamente 95% do patrimonio foi recebido através de doadores.

Esperamos que todos que disponham de peças ou material possam doar e contribuir para a preservação da história da medicina do nosso museu, para uso de médicos, pesquisadores, estudantes, leigos apreciadores da evolução da nossa história médica, dos seus ícones e conhecer as dificuldades do que representou o exercício da medicina entre 50 a 150 anos atrás. Nada despreze sem nos oferecer.

Palavras-chave - armário, história da medicina, Museu de Medicina

Key-words - cabinet, medicine hystory, Medicine Museum

* Diretor do "Museu da História de Medicina" da Associação Médica do Paraná. Prof. Adj. (Apos.) de Neurologia da UFPR.

Para doações: Secretaria: Telefone 041. 3024-1415 - Fax 041 3242-4593
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