

CADERNOS DO CONSELHO

MANUAL DE CAPACITAÇÃO DAS COMISSÕES DE ÉTICA MÉDICA



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Diretoria (gestão 1º de outubro de 2008 a 31 de maio de 2010)

Presidente: Cons. Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Vice-Presidente: Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Secretária-Geral: Cons^a. Marília Cristina Milano Campos
1.º Secretário: Cons. José Clemente Linhares
2.º Secretário: Cons. Sérgio Maciel Molteni
1.ª Tesoureira: Cons^a. Roseni Teresinha Florencio
2.º Tesoureiro: Cons. Lutero Marques de Oliveira
Corregedor-Geral: Cons. Alexandre Gustavo Bley
1.ª Corregedora: Cons^a. Raquele Rotta Burkiewicz
2.º Corregedor: Cons. Alceu Fontana Pacheco Júnior

Membros Natos

Duilton de Paola, Farid Sabbag, Luiz Carlos Sobania, Luiz Sallim Emed, Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Hélcio Bertolozzi Soares e Gerson Zafalon Martins.

Comissão de Comunicação do CRM/PR

Conselheiros Ehrenfried Othmar Wittig (coordenador), Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Gerson Zafalon Martins, Hélcio Bertolozzi Soares, Luiz Sallim Emed e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, Prof. Dr. João Manuel Cardoso Martins e jornalista Hernani Vieira.

Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame)

Coordenadora: Cons^a. Keti Stylianos Patsis
codame@crmp.org.br

Comissão de Qualificação Profissional (CQP)

Conselheiro Zacarias Alves de Souza Filho (presidente) e Joachim Graf
cq@crmp.org.br

Departamento de Fiscalização do Exercício Profissional (Defep)

Diretor: Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Médicos Fiscais: Dr. Elísio Lopes Rodrigues (Curitiba), Jun Hirabayashi (Curitiba), Graciane Peña Mogollon (Curitiba) e Dr. Paulo César Aranda (Londrina)
defep@crmp.org.br

Corregedoria

Cons. Alexandre Gustavo Bley, Raquele Rotta Burkiewicz e Alceu Fontana Pacheco Júnior

Departamento Jurídico

Consultor Jurídico: Adv. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque
Assessores Jurídicos: Adv. Afonso Proença Branco Filho e Martim Afonso Palma
dej@crmp.org.br

Conselheiros efetivos e suplentes (Gestão 2008/2013)

Alexandre Gustavo Bley	Luiz Antonio de Melo Costa (Umuarama)
Alceu Fontana Pacheco Júnior	Luiz Jacintho Siqueira (Ponta Grossa)
Ana Maria Silveira Machado de Moraes (Maringá)	Luiz Sallim Emed
Arnaldo Lobo Miró	Lutero Marques de Oliveira
Carlos Puppi Busetti Mori (Cascavel)	Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa
Carlos Roberto Goytacaz Rocha	Marília Cristina Milano Campos
Clóvis Marcelo Corso	Mário Teruo Sato
Darley Rugeri Wollmann Júnior	Marta Vaz Dias de Souza Boger (Foz do Iguaçu)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho	Maurício Marcondes Ribas
Ehrenfried O. Wittig (indicado pela AMP)	Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke	Monica De Biase Wright Kastrop
Gerson Zafalon Martins	Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
Gustavo Justo Schulz	Paulo Roberto Mussi (Pato Branco)
Hélcio Bertolozzi Soares	Raquele Rotta Burkiewicz
Hélio Delle Donne Júnior (Guarapuava)	Roberto Issamu Yosida
Joachim Graf	Romeu Bertol
José Carlos Amador (Maringá)	Roseni Teresinha Florencio
José Clemente Linhares	Sérgio Maciel Molteni
Keti Stylianos Patsis	Vilson José Ferreira de Paula (indicado pela AMP)
Lisete Rosa e Silva Benzoni (Londrina)	Wilmar Mendonça Guimarães
Luis Fernando Rodrigues (Londrina)	Zacarias Alves de Souza Filho

MANUAL DE CAPACITAÇÃO DAS COMISSÕES DE ÉTICA MÉDICA

É proibida a reprodução total ou parcial por quaisquer meios sem autorização escrita do CRMPR.

MANUAL DE CAPACITAÇÃO DAS COMISSÕES DE ÉTICA MÉDICA

Projeto Integração – 2008/2013

Programa de Educação Ética Continuada do CRMPR

Série – CADERNOS DO CONSELHO

Publicação do Conselho Regional de Medicina do Paraná, sob responsabilidade da Comissão de Comunicação, Departamento de Fiscalização do Exercício Profissional (DEFEP), Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME), Corregedoria e Departamento Jurídico do CRMPR.

Coordenador de Edição

Donizetti Dimer Giamberardino Filho

Coeditores

Conselheiros Ehrenfried O. Wittig e Raquele Rotta Burkiewicz, médico fiscal Elísio Lopes Rodrigues, advogado Martim Afonso Palma e jornalista Hernani Vieira.

Colaboradores

Conselheiros Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, Alexandre Gustavo Bley, Lutero Marques de Oliveira, Alceu Fontana Pacheco Júnior, Keti Stylianos Patsis, Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi e Mário Teruo Sato, advogados Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque e Afonso Proenço Branco Filho e jornalistas Priscila Pereira Jorge Naufel e Cibele Micheli Michelin.

Revisão

Ivonete V. F. Guimarães

Projeto gráfico e diagramação

Sheila Gouveia

Catálogo bibliográfica

Gisele Terezinha Liegel Glock (CRB9-1178)

Impressão

Serzegraf

Tiragem

2 mil exemplares

Secretaria

Rua Victório Viezzer, 84, Visla Alegre – Curitiba – Paraná – CEP 80810-340
e-mail: crmpr@crmpr.org.br – Telefone (41) 3240-4000 – Fax (41) 3240-4001

Obra de interesse ético-educativo do CRMPR com distribuição dirigida gratuita.

Manual de Capacitação das Comissões de Ética Médica do Conselho Regional de Medicina do Paraná / Edição-Coordenação de Donizetti Dimer Giamberardino Filho – Curitiba: Conselho Regional de Medicina do Paraná, 2010. 140 p.

Vários colaboradores

1. Legislação. 2. Código de Ética Médica. 3. Código de Processo Ético-Profissional. 4. Parecer.

CDD - 174.2026

MANUAL DE CAPACITAÇÃO DAS COMISSÕES DE ÉTICA MÉDICA



PROJETO INTEGRAÇÃO – 2008/2013

Apresentação

O objetivo do projeto é integrar os conselheiros e os delegados do CRMPR com os estabelecimentos de prestação de serviços médicos e seus respectivos corpos médicos, sob a intermediação das Comissões de Ética Médica.

Ao aproximar-se das CEMs, o Conselho Regional de Medicina do Paraná aprimora as suas atribuições legais de fiscalizar e supervisionar o exercício da Medicina e, sobretudo, estabelece uma relação educadora, preventiva e cooperadora com as comissões e os médicos. Permite, ainda, esclarecer as competências de atuação do CRMPR e CFM previstas na legislação atual, explicitando os seus limites.

A ferramenta a ser utilizada como veículo dessa aproximação é a capacitação das Comissões de Ética Médica, um curso com conteúdos teóricos e práticos, com duração de até quatro horas.

O estímulo e a padronização das atividades desenvolvidas pelas CEMs são fundamentais para o cumprimento do Código de Ética Médica e as resoluções complementares, permitindo que a profissão médica continue ética, respeitada e valorizada pela sociedade.

Ao mesmo tempo, este projeto atende aos ditames emanados da Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, que legitima os Conselhos de Medicina como órgãos fiscalizadores e supervisores da ética profissional e, também 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 aos que a exerçam legalmente”.

O Editor

SISTEMÁTICA DE CAPACITAÇÃO

O Curso de Capacitação das Comissões de Ética Médica é organizado de forma objetiva, para ter duração máxima de quatro horas, num único dia, preferencialmente nas dependências das Delegacias Regionais do Conselho Regional de Medicina do Paraná ou em locais de comum acordo. É ministrado pelos conselheiros e delegados habilitados, podendo ou não coincidir com a eleição e posse dos integrantes das CEMs.

O material de apoio é constituído do presente manual, que abriga resoluções pertinentes (como as CFM n.º 1.657/02 e 1.812/07), os Códigos de Ética Médica (o vigente até abril de 2010 e o novo), pareceres técnicos e seleção de casos para discussão prática.

IMPORTANTE

As queixas ou denúncias são o ponto de partida para o processo investigatório. O uso neste manual da denominação “Procedimento de sindicância” ou “Procedimento sindicante” é meramente didático e tem o propósito de caracterizar o processo investigatório realizado pelas Comissões de Ética Médica sem a emissão de juízo, como previsto no Anexo da Resolução CFM n.º 1.657/2002, e assim diferenciá-lo da “Sindicância” instruída sob a competência do Conselho de Medicina e que tem poder deliberativo.

O Módulo Teórico está dividido em três partes (*):

- Relação entre Conselho de Medicina CEM, diretores técnico e clínico e corpo médico;
- Legislação; e
- Procedimentos.

(*) Com apresentação em cerca de uma hora.

Módulo Prático

O Módulo Prático (*) é referente à análise/discussão de oito casos selecionados pelo instrutor a partir de um rol pré-avaliado, presente neste manual.

(*) Haverá um bloco só para discussão de casos, com duração média de 20 minutos cada um.

O Certificado de Participação

– Ao término do curso haverá avaliação dos participantes como condicionante para a entrega dos certificados.

SUMÁRIO

MÓDULO TEÓRICO

- Relação CRM/PR/CEM e seus objetivos 11
- Legislação 13
- Procedimentos 15

MÓDULO PRÁTICO

- Casos clínicos (de 1 a 25) 17
- Comparativo dos exemplos do Módulo Prático 69

ANEXO I

- Código de Ética Médica 75

ANEXO II

- Código de Processo Ético-Profissional 89

ANEXO III

- Regulamento das Comissões de Ética 101

ANEXO IV

- Diretrizes gerais para os regimentos internos 111

ANEXO V

- Tribunal de Ética do CRM/PR 115

ANEXO VI – LEGISLAÇÃO ACESSÓRIA

- Atestados médicos e publicidade médica 119

ANEXO VII

- Parecer – Consentimento informado 131

ANEXO VIII

- Pessoas Jurídicas – legislação geral 137

AGRADECIMENTO E DIREITOS AUTORAIS

O Conselho Regional de Medicina do Paraná dirige especial agradecimento ao CREMESP pela cessão de direitos autorais de seu Manual de Capacitação das Comissões de Ética Médica, 2.ª Edição (2006), que subsidia grande parte do conteúdo deste trabalho em benefício da classe médica paranaense. O Manual do CREMESP teve a coordenação do Grupo de Apoio às Comissões de Ética Médica (Gacem), com supervisão do Prof. Dr. Gabriel Oselka.

HOMENAGEM ESPECIAL

O Conselho Regional de Medicina do Paraná presta homenagem *in memoriam* à conselheira Raquele Rotta Burkiewicz, incansável defensora da vida, da alegria, da ética e da solidariedade. Sua dedicação, perseverança e espírito altruísta contribuíram para a elaboração deste Manual de Capacitação das Comissões de Ética Médica que, por certo, servirá como instrumento propagador da profissão ética que ela tanto ajudou a elevar. Formada em 1971 pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, era especialista Ginecologia e Obstetrícia e Medicina do Trabalho. Conselheira desde 1998, foi secretária e corregedora-geral do CRM/PR. Atualmente desempenhava a função de 1.ª Corregedora. Faleceu em 17 de abril, aos 63 anos e às vésperas da impressão desta obra. O Conselho estende esta homenagem à família da Dra. Raquele, que se distingue pela estreita relação com a Medicina.

MÓDULO TEÓRICO



RELAÇÃO CRMPR/CEM E SEUS OBJETIVOS

1. O CRMPR e as Comissões

As Comissões de Ética Médica (CEMs) são a extensão do Conselho Regional de Medicina do Paraná nas instituições.

Suas Funções:

- Parecer ético
- Educação
- Fiscalização
- Procedimento Sindicante (Sindicância)

2. Compromisso

Uma das expectativas do CRMPR é de que os membros componentes da Comissão de Ética Médica participem motivados pelo melhor exercício profissional da Medicina e que suas atitudes estejam comprometidas com os valores éticos.

Algumas características para um perfil desejado de membro de CEM:

- Imparcialidade
- Interesse investigativo
- Bom-senso
- Tolerância
- Disponibilidade de tempo
- Humanista

3. Autonomia

A CEM está interligada à instituição em suas normas de regimento interno do corpo médico e regimento institucional, mas atua de forma independente e autônoma.

Manter a própria autonomia é tarefa difícil, sobretudo em pequenas instituições. Visando a superação de dificuldades, deve-se apelar ao Diretor Técnico do hospital ou clínica, já que a Resolução CFM n.º 1.342, de março de 1991, aponta para o detentor desse posto a obrigação de “assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica”.

4. Postura proativa

O CRMPR propõe que as Comissões de Ética Médica adotem posturas construtivas, mantendo o diálogo e o bom relacionamento com os dirigentes da instituição e o seu corpo médico. Devem priorizar recomendações que visem implementar e manter o exercício ético da Medicina.

5. Postura de diálogo

O diálogo contínuo com o corpo clínico – por meio de reuniões temáticas e discussões de casos específicos envolvendo assuntos relacionados ao desempenho ético – é destaque no rol de ações educativas das Comissões de Ética Médica. Neste ponto, não se deve confundir o enfoque dos encontros: as CEMs não têm a atribuição de proporcionar educação médica continuada.

Também deve ser preservado o diálogo com a instituição – por meio de reuniões com os diretores, administração, outras comissões etc – e com os pacientes-usuários, estabelecendo um adequado canal de comunicação e dúvidas.

6. Metas

As Comissões de Ética Médica servem para valorizar as instituições e seu corpo médico ao garantir que os postulados éticos sejam cumpridos pelos profissionais que lá atuam, protegendo o principal valor da Medicina: a relação médico-paciente.

7. Tangibilidade

Para manter-se como um canal aberto de atenção ao paciente é indispensável a afixação, em local visível ao público, da relação nominal dos integrantes da CEM. A distribuição de folhetos com orientações a respeito de suas funções, contatos e horários de atendimento é uma ferramenta útil, do mesmo modo que a valorização das funções dos SACs (Serviços de Atendimento ao Cliente) e a divulgação das atribuições da Ouvidoria.

8. Condições estruturais

As adequadas condições estruturais da Comissão de Ética Médica devem fazer parte do Regimento Interno das instituições, garantidas pelo Diretor Técnico dentro dos limites das possibilidades da instituição e das potencialidades de cada Comissão. Observe-se que a falta de estrutura se reflete diretamente no resultado do trabalho da CEM e também na imagem da instituição, ao demonstrar incapacidade para oferecer as respostas reivindicadas pelos pacientes-usuários.

São requisitos necessários, dentre outros, salas para reunião e realização de audiência, arquivo com acesso restrito, secretária e material de expediente, podendo alguns dos itens ser compartilhados com outros departamentos.

9. Apoio do CRMPR

Para garantir o pleno exercício de suas funções e de seus direitos frente a eventuais dificuldades de entendimento com a administração e/ou direção das instituições, as Comissões de Ética Médica podem valer-se dos mecanismos de mediação disponíveis, como os Conselheiros e

os Delegados Regionais do CRMPR. Para isso, o Conselho do Paraná recomenda que suas Delegacias Regionais, de Fronteira e Representações Regionais se empenhem junto às instituições para que todo o apoio seja dado às respectivas Comissões de Ética Médica.

10. Interfaces da Comissão de Ética Médica

O correto desempenho ético e atendimento adequado dependem de interfaces estabelecidas por elementos básicos, os principais formados pelo paciente, a instituição e o médico.

Entre o paciente e a instituição, a interseção ocorre na figura do Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) ou, se for a situação, da Ouvidoria. Como não poderia deixar de ser, entre o paciente e o médico, a existência de uma relação fundamentada na ética é a meta primordial. O regimento interno interliga a instituição e seus médicos, para que não parem dúvidas sobre as normas locais.

A CEM está centralizada neste processo para assegurar à sociedade o esperado exercício da Medicina.

LEGISLAÇÃO

1. O Novo Código de Ética

- O novo Código de Ética Médica foi instituído pela Resolução CFM n.º 1.931/2009, com vigência a partir de 13 de abril de 2010, sucedendo ao implementado a partir da Resolução CFM n.º 1.246/88, presente, assim, por mais de duas décadas, com seus 145 artigos. O novo Código é composto de 25 princípios fundamentais do exercício da Medicina, 10 normas diceológicas, 118 normas deontológicas e quatro disposições gerais. **A transgressão das normas deontológicas sujeitará os infratores às penas disciplinares previstas em lei.**

2. Aspectos gerais

- No preâmbulo, item V - “A fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas neste Código é atribuição dos Conselhos de Medicina, das comissões de ética e dos médicos em geral”.
- No item XVIII, dos Princípios Fundamentais - “O médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos”.
- No item III, dos Direitos do Médico - É direito do médico “apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição”.

3. Da adequação às normas do CFM

O CRMPR editou no primeiro semestre de 1986 a Resolução n.º 14/86, determi-

nando a criação das Comissões de Ética Médica em todos os estabelecimentos e entidades em que se exerce a Medicina no Estado do Paraná. O regulamento das CEMs, presente na Resolução CRMPR n.º 15/86, acabou alterado pela Resolução CRMPR n.º 061/97, recém-revogada e sucedida pela Resolução CRMPR n.º 178/2009 para que prevaleçam as normas regulamentadas pelas resoluções atualizadoras do CFM (1.657/02 e 1.812/07 e ainda n.º 1.931/09, esta do novo Código de Ética Médica).

4. Das eleições

São organizadas por uma comissão eleitoral autônoma, garantindo transparência a todo o processo. Como representantes legítimas da classe profissional, as CEMs são eleitas por meio de voto direto de todos os médicos que fazem parte do corpo clínico, independente do tipo de vínculo. O mandato da CEM será de até 30 meses, como estabelece a Resolução CFM n.º 1.812/2007, que alterou o artigo 6.º da Resolução CFM n.º 1.657/2002.

5. Da composição

As CEMs são compostas por um presidente e um secretário, além dos demais participantes, cujo número é proporcional à quantidade de médicos que atuam no Corpo Clínico das instituições. Assim, de acordo com a Resolução CFM 1.657/02, a unidade de saúde com até 15 médicos não terá necessidade de constituição de CEM. A partir de 16 médicos, obedecerá o seguinte critério:

Quantidade de médicos	Composição
De 16 a 99	3 membros efetivos e 3 suplentes
De 100 a 299	4 membros efetivos e 4 suplentes
De 300 a 999	6 membros efetivos e 6 suplentes
Igual ou superior a 1.000	8 membros efetivos e 8 suplentes

6. Situações especiais

Permite-se às unidades com menos de 10 médicos, localizadas no mesmo município e que tiverem a mesma mantenedora, a constituição de uma CEM conjunta, obedecendo-se as disposições quanto à proporcionalidade, conforme a Resolução CFM 1.657/2002. A formação de CEM conjunta é admitida, por exemplo, a determinadas Secretarias Municipais de Saúde, Cooperativas de Trabalho Médico e Operadoras de Planos de Saúde.

Outro caso especial: é incentivada a instituição de CEMs dentro de Sociedades de Especialidade.

7. Impedimentos

Não poderão participar como candidatos a membros da Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção executiva no hospital, como Diretor Clínico, Diretor Administrativo e Diretor Técnico. Quando investidos dessas funções após terem sido eleitos, deverão se afastar. Nesse caso, o membro efetivo será substituído pelo suplente. Se por qualquer motivo o participante da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico da instituição, seu mandato cessará automaticamente.

8. Competências I

- Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, assim como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitem os preceitos éticos e legais.
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes, o exercício ilegal da profissão, as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados, práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica.

9. Competências II

- Instaurar procedimento de sindicância, instruí-lo e formular relatório

circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, **sem emitir juízo**.

- Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no CRM e em dia com as suas obrigações.
- Colaborar com o Conselho de Medicina na tarefa de educar.
- Discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica.
- Elaborar e encaminhar ao Conselho relatórios sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua.
- Atender às convocações do Conselho Regional de Medicina.

11. Competências III

- Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua.
- Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica.
- Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que lhe disciplinam comportamento ético.
- Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas de órgãos e autoridades competentes.
- 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.
- Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional.
- Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Confira anexos sobre legislação geral na parte final deste manual.

PROCEDIMENTOS DE SINDICÂNCIA

1. Queixas na CEM

As queixas na Comissão de Ética Médica podem advir em forma de reclamação, dúvida ou solicitação de parecer envolvendo médicos e seus atos. Toda queixa deve ser analisada e as respostas elaboradas pela Comissão de Ética. Normalmente as queixas são feitas pelo paciente, familiar ou responsável legal, médicos da mesma instituição, Chefia, CRMPR ou por iniciativa da própria CEM. A denúncia deve ser formal, sendo recusada a de iniciativa anônima.

Ressalte-se que a queixa ainda pode chegar à CEM por outras vias – Poder Judiciário, Poder Público, Ministério Público, órgãos governamentais ou instituições representativas de classes profissionais regulamentadas –, devendo a sua tarefa, do mesmo modo, apurar os fatos e remetê-los ao CRMPR.

Atenção: a Comissão de Ética Médica não responde diretamente ao Juiz de Direito e, sim, ao CRMPR.

2. Queixas no CRMPR

Há queixas que não são formuladas na Comissão de Ética Médica ou junto à Diretoria Clínica da instituição onde ocorreram os fatos em questão e, sim, diretamente na Delegacia Regional ou na sede do CRMPR. Porém, a CEM pode ser solicitada pelo CRMPR para que produza um parecer fundamentado referente à denúncia. Próxima ao ambiente da ocorrência, a CEM tem acesso facilitado e imediato aos documentos médicos referentes ao caso, como prontuários, guias de internação, fichas da enfermagem e relatórios produzidos pela Comissão de Verificação de Óbito, dentre outros. Também tem maior proximidade com os envolvidos: pacientes, familiares e profissionais de saúde.

3. Início do Procedimento

Na Comissão de Ética Médica, o procedimento de sindicância é conduzido por um membro (designado pelo presidente da Comissão), que tem as seguintes responsabilidades:

- Certificar-se de que a queixa está formulada por escrito, identificada e, se possível, fundamentada.
- Formalizar o início do procedimento de sindicância, abrindo pasta específica.
- Notificar os médicos envolvidos sobre a instauração do procedimento de sindicância, dando ciência da denúncia.
- Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder ao procedimento.
- Solicitar da instituição em questão os documentos (ou as cópias dos documentos) relacionados aos fatos.
- Solicitar a manifestação escrita dos citados (reclamante e médicos), que deve ser entregue **no prazo máximo de sete dias úteis**, a partir de sua notificação, de acordo com a Resolução CFM nº 1.657/02.
- Convocar os reclamados para esclarecimentos, se for necessário.
- Elaborar parecer fundamentado.

4. Do rito

Após elaborar conclusão fundamentada, o relator submete-a aos demais membros da Comissão de Ética Médica, os quais se manifestam do convencimento ou não de indício de conduta antiética e/ou infração administrativa.

O relator deve fundamentar o relatório conclusivo baseado no Código de Ética Médica, bem como nos Pareceres e Resoluções emanados do Conselho Federal e do Regional de Medicina. Ressalte-se que não deve haver juízo de mérito. Se necessário, a CEM poderá sustar o relatório e solicitar novas audiências com os envolvidos ou testemunhas, bem como produzir novas provas.

5. Conclusão

Evidenciado indício de infração administrativa, o resultado deverá ser encaminhado às diretorias Clínica e Administrativa, conforme previsão do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição, para que se determinem as providências a serem adotadas. Havendo indício de infração ético-profissional, cópia do procedimento deverá ser encaminhada à Sede do CRMPR ou à Delegacia Regional da jurisdição, por se tratar do único órgão com competência para julgar infrações

éticas no Estado. Na situação de impasse, o procedimento deve, obrigatoriamente, ser encaminhado ao Conselho de Medicina.

O prazo para a conclusão do procedimento de sindicância pela Comissão de Ética Médica é de 60 dias a partir da data da denúncia, prorrogável por mais 60 dias.

6. Apoio disponível

Para esclarecer a verdade, a CEM pode valer-se de relatórios descritivos, análise dos prontuários e outros documentos, acesso às resoluções e pareceres do CRMPR via Internet (no endereço www.crmpr.org.br ou solicitadas por e-mail pelo endereço eletrônico biblioteca@crmpr.org.br) e em audiência com os envolvidos. Embora as audiências em separado reconhecidamente levem a resultados mais eficazes, é permitida a realização de acareação entre os citados.

7. Câmaras Técnicas

Mantidas as dúvidas, a CEM pode – e deve – se valer de pareceres de integrantes das Câmaras Técnicas do Conselho Regional de Medicina do Paraná ou das Sociedades de Especialidades, capazes de analisar as questões tomando como referência as diretrizes clínicas mais atuais. Para prestar esse tipo de apoio, também se colocam à disposição os Delegados e Conselheiros do CRMPR.

8. Destinos

Possibilidades para a conclusão de um procedimento de sindicância:

- **Arquivamento** – Todo procedimento deve produzir um relatório conclusivo fundamentado, capaz de, em linguagem simples e acessível a leigos, responder à questão básica que originou a denúncia.
- **Homologação de procedimento de conciliação** – A Comissão de Ética Médica pode buscar acordo entre as partes envolvidas. As conciliações devem ser estimuladas, por constituírem como ação educativa ao reclamante e ao reclamado.

- **Encaminhamento ao CRMPR** – A conclusão do procedimento passa a ser analisada na esfera do Conselho de Medicina como sindicância.

9. Obrigação do sigilo processual

Deve ser assegurada a transparência ao processo investigatório, propiciando às partes o acesso aos autos e aos documentos, mas preservando o sigilo profissional. É permitida a presença de um advogado durante todas as etapas do procedimento. Esse profissional, a exemplo das demais pessoas com acesso ao procedimento de sindicância, estará obrigado ao sigilo processual.

10. Discordância do arquivamento

O reclamante que não concordar com a decisão da Comissão de Ética Médica de arquivar o caso tem o direito de reiniciar a queixa no CRMPR. Nesse momento, a CEM pode colaborar com o reclamante, orientando-o sobre seu direito de apresentar queixa no Conselho de Medicina e como proceder.

12. Impedimento

Conforme o estabelecido pela Resolução CFM n.º 1.657/2002, se houver alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá afastar-se da função enquanto durar o procedimento.

13. Trâmite no CRMPR

Encaminhada a conclusão ao CRMPR, tem início novo procedimento administrativo, que ganha a denominação de **Sindicância do CRMPR**, que pode ser conduzida por um conselheiro ou um delegado. O membro sindicante pede manifestações escritas, documentos complementares e, ao final, elabora o parecer, que pode ou não ser concordante com o produzido pela Comissão de Ética Médica. O parecer é submetido à Câmara de Ética e Disciplina. Mantida a opinião sobre a existência de indício de infração à ética, origina-se um novo procedimento: o **Processo Ético-Profissional**.

MÓDULO PRÁTICO



1 GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

PONTOS RELEVANTES

1. Especialidade (Ginecologia e Obstetrícia, especialidades que se apresentam em 1.º lugar no número de sindicâncias instauradas pelo CRM-PR nos últimos anos.)
2. Porta de entrada
3. Particularidades
4. Participação de CEM

PERSONAGENS

- RECLAMANTE: Poder Público (Juiz de Direito), pela morte da Srta. Adriana*
- RECLAMADOS: Dra. Zenaide*; Dr. Osvaldo* e Dr. Juliano*, plantonistas do Hospital

* Todos os nomes das pessoas citadas nos casos foram trocados para garantir a privacidade dos envolvidos.

Caso

Paciente omite aborto recente (nega até ter mantido relações sexuais), dificultando o diagnóstico de hemorragia abdominal, problema que a leva à morte. Comissão de Ética Médica (CEM) do hospital, em seu relatório, não observa indício de infração ética embasando-se no fato de que a paciente mentiu.

EXPOSIÇÃO DA DENÚNCIA

Juiz de Direito de cidade do interior encaminhou à Delegacia Regional do Conselho relatório sobre o caso em questão, no decorrer da averiguação policial sobre possível negligência médica no atendimento dado à jovem Adriana*, de 22 anos.

Segundo o texto, tudo começou quando Adriana, com queixa de fraqueza e febre, foi levada pelos pais ao PS de hospital público, onde recebeu o diagnóstico de anemia profunda, sendo dispensada em seguida. Já em casa piorou e, de volta ao hospital, relatou estar “menstruando continuamente” havia dois dias e sentindo dores abdominais. Durante anamnese realizada pela plantonista Dra. Zenaide*, ginecologista, informou apresentar cólicas menstruais intensas todos os meses e necessitar quase sempre de medicamentos injetáveis para abrandá-las. Na ocasião – ao que tudo indica, com o aval da mãe – negou veementemente manter atividade sexual ou usar pílulas anticoncepcionais.

A ginecologista, então, reafirmou diagnóstico de anemia profunda e, sem indicar ultrassonografia pélvica, prescreveu-lhe

medicamentos e novamente dispensou-a do hospital.

Quatro horas mais tarde, Adriana precisou ser levada às pressas ao mesmo hospital, desta vez queixando-se de aumento das dores no abdome, acrescentando à sua história clínica antecedentes de cólicas renais. A Dra. Zenaide e o Dr. Osvaldo* (outro plantonista daquele período) optaram, então, por interná-la para a realização de exames, o que não foi possível, pois a paciente havia fugido da instituição. Pouco tempo depois, no entanto, voltou em estado grave, sendo encaminhada pelos dois médicos que a assistiam para internação e transfusão de sangue. Acabou entrando em choque antes do procedimento, vindo a morrer na UTI.

Apesar de, aparentemente, a mãe de Adriana saber sobre o aborto recente e ajudar a filha a omitir o fato nas consultas (conforme relatório feito pela Justiça), ela e o pai da moça acusaram a Dra. Zenaide, o Dr. Osvaldo e o Dr. Juliano* (outro plantonista que participou do atendimento) de negligência, por nenhum deles ter percebido a gravidade da situação. Acreditavam, também, que a piora deu-se pela demora do socorro, no período entre a internação e a transfusão de sangue.

SINDICÂNCIA / TRAMITAÇÃO / PARTICIPAÇÃO DA CEM

Antes de remeter o relatório ao Conselho, o Poder Público solicitou um posicionamento à administração do hospital. Por sua vez, esta pediu parecer à CEM que, depois

de examinar o prontuário da paciente e ouvir os três médicos mencionados na denúncia, recomendou o “arquivamento” do caso.

Em seu depoimento à CEM, a Dra. Zenaide assumiu a responsabilidade pela maior parte do atendimento – inclusive, as consultas iniciais – e a internação, considerando as queixas principais da Srta. Adriana, referentes a dores abdominais, febre e menstruação abundante.

Contou que, no dia do óbito, pela manhã, verificou os exames solicitados durante a internação (sem alterações importantes) e levantou a hipótese de abdome agudo, momento em que pediu a avaliação de um gastroenterologista.

Quatro horas mais tarde, entretanto, foi chamada para atender caso urgente na enfermaria: tratava-se da própria Adriana, agora em estado de choque. Levada à UTI, não resistiu à parada cardiorrespiratória.

Nota: até então, ainda não tinha sido examinada pelo gastroenterologista.

Em seu parecer, a CEM tomou por base o fato de que houve falta de informações, tanto da paciente, quanto da mãe da mesma, a respeito do quadro de aborto instalado havia mais de uma semana (identificado apenas no exame necroscópico). Somando-se a isso, a investigação clínica que levasse a uma hipótese diagnóstica de gestação foi impossibilitada, afirmou

a CEM, porque Adriana insistia em informar o segundo dia de ciclo menstrual e, a mãe dela, a ressaltar que “na época de menstruação, a filha apresentava intensas cólicas abdominais e renais”.

CONCLUSÃO

Após analisar os prontuários da paciente, a manifestação dos médicos envolvidos e o relatório da CEM, o relator da sindicância no Conselho observou que, apesar da falta de informação da paciente ou dos acompanhantes na anamnese, o exame clínico procedido foi muito superficial, considerando o quadro clínico e laboratorial. “Qualquer um dos médicos que atenderam Adriana poderia ter feito toque vaginal ou pedido ultrassonografia pélvica ou abdominal (abdome total), capazes de, sem dúvidas, orientar para um diagnóstico mais preciso e, portanto, para melhor conduta terapêutica”.

Para verificar se realmente houve indícios de infração ao Código de Ética Médica, propôs a abertura *ex officio* de PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL contra os médicos Zenaide, Osvaldo e Juliano com base nos artigos 2º; 4º; 29 e 57 do Código vigente até abril de 2010. Pelo novo Código, prevaleceriam apenas os artigos 1.º e 32, correspondentes ao 29 e 57 da versão anterior do CEM, já que os Princípios Fundamentais não são apenáveis.

QUESTÕES PERTINENTES

1. Apesar do relatório da CEM indicando o arquivamento, o Poder Público encaminhou o caso ao Conselho. Deveria partir da própria CEM a conduta de remeter o caso à instância superior pela gravidade do mesmo, em vez de ponderar pelo arquivamento?
2. A CEM tem autonomia para propor o arquivamento?
3. Sempre que há óbito cabe encaminhar ao Conselho, para verificar danos?
4. Qual é o grau de relevância da omissão de dados do paciente, na análise ética do caso?

* As duas especialidades contam com o maior número de títulos registrados no CRMPR e, conseqüentemente, maior número de profissionais arriscados a infrações éticas.

2 PEDIATRIA

PONTOS RELEVANTES

1. Especialidade (Pediatria, a 4ª especialidade no ranking de sindicâncias instauradas pelo CRM-PR em 2008)
2. Resultado
3. Porta de Entrada

PERSONAGENS

- RECLAMANTE: Administração de Santa Casa
- RECLAMADOS: Dra. Karen*, pediatra
- ENVOLVIDOS: O bebê Mariana* e sua mãe, Elvira* e Dr. Gil*, pediatra, e Dr. Sebastião*, Diretor Administrativo do hospital

Caso

Bebê de cinco meses, internado em hospital, passa mal durante a madrugada. Apesar de sua mãe solicitar atendimento, ninguém aparece até o amanhecer. Passado o plantão, o pediatra que o assume só tem tempo para tentar reanimar a criança, sem sucesso. Segundo o relatório da enfermagem, a pediatra responsável pelo caso (que mora a 100 metros do local) havia sido informada sobre a piora, uma hora antes do óbito. Em sua defesa, a profissional atribui parte da culpa à estrutura do hospital.

apenas prestar-lhe os últimos cuidados – inclusive manobras de ressuscitação. Quando a Dra. Karen chegou ao hospital, às 8h15, a criança já havia morrido.

A denúncia originou-se na própria Santa Casa onde ocorreu o óbito. A direção do Hospital pediu ao Conselho análise das próprias condições físicas e profissionais, visto que a médica que acompanhou a criança atribuiu parcela de culpa às recentes mudanças estruturais da instituição – a Pediatria passou a funcionar no andar da Maternidade, o que aumentou a distância entre pessoal da enfermagem e os quartos.

EXPOSIÇÃO DA DENÚNCIA

A pequena Mariana*, cinco meses, foi internada em hospital com quadro de gastroenterocolite aguda e desidratação, sendo medicada com hidratação endovenosa, gentamicina IM e sintomáticos (dipirona e cloridrato de metoclopramida). Quatro dias depois, pela manhã, a Dra. Karen*, pediatra assistente, indicou a suspensão da medicação a partir das 18 horas, por considerar o bebê ativo e hidratado. Na madrugada seguinte, entretanto, a criança demonstrouse “esquisita” nas palavras da mãe, que recorreu à enfermagem, mas ninguém apareceu para socorrer.

Na troca do plantão, por volta das 7 horas, auxiliar de enfermagem percebeu a gravidade do caso e, pelo telefone, foi orientada pela pediatra Dra. Karen a reinstalar soro e oxigenação. A funcionária, então, pediu a avaliação do plantonista Dr. Gil*, só que ele, ao entrar no quarto, deparou-se com Mariana desidratada chocada, com palidez acentuada, sem venóclise, restando-lhe

SINDICÂNCIA / TRAMITAÇÃO / PARTICIPAÇÃO DA CEM

No decorrer da sindicância no Conselho foram analisados os depoimentos da chefe da enfermagem; da Dra. Karen e Dr. Gil, os dois médicos que atenderam à criança, e do Dr. Sebastião*, diretor administrativo da instituição, além do parecer da CEM – que não observou indício de infração ética sob entendimento de que o atendimento foi prestado quando solicitado.

De acordo com relatório da enfermagem, o plantão noturno foi passado sem nenhuma intercorrência – apesar das informações da mãe do bebê darem conta de que havia pedido atendimento àquele departamento. A moça disse que o pessoal da enfermagem não chegou a solicitar intensivista na madrugada e que a Dra. Karen só foi acionada próximo às 7 horas.

Durante as apurações, a Dra. Karen manifestou-se três vezes. O teor foi sempre parecido: afirmou ter avaliado a criança pela última vez 24h antes do óbito e que,

na ocasião, a mesma apresentava-se em bom estado, hidratada e sem vômitos ou diarreia. Não foi chamada durante a noite, disse, apesar de morar a 100 metros do trabalho. Em sua defesa, ainda, reclamou da distância da enfermagem até os quartos; dos equipamentos antigos do hospital e do número insuficiente de funcionários.

Em seu depoimento, o Dr. Gil informou apenas que, ao entrar no quarto, a criança já estava em “parada cardiorrespiratória, extremamente desidratada, culminando rapidamente para o óbito”. Já o Dr. Sebastião, diretor administrativo do hospital, opinou: “Não é justo querer atribuir o óbito da paciente à estrutura da Santa Casa. Em momento algum foi negado ou deixado de dar atendimento à criança por falta de materiais ou medicamentos”.

CONCLUSÃO

Na visão do relator do Conselho, as condições do óbito foram obscuras, pois, na véspera da morte, a criança estava melhor, a ponto de ter sido suspensa venóclise. Argumentou: “É difícil entender como ninguém havia se dado conta da ocorrência de

manifestações clínicas graves e evidentes, no caso de criança internada em hospital”. Sobre a conduta Dra. Karen, ressaltou que não está claro, por exemplo, o motivo da opção por manter a hidratação por mais oito horas (até o final da tarde) se, pela manhã, havia ponderado pela suspensão.

Atentou também para o fato de que a médica soube da piora da criança uma hora antes do óbito, mas limitou-se a orientar sobre a reinstalação do soro e oxigenoterapia, não tendo ido avaliá-la (mesmo morando tão perto), nem solicitado a apreciação do plantonista. Quanto às condições da Santa Casa, após vistoria do Conselho, concluiu que o hospital é relativamente bem estruturado, apesar de enfrentar dificuldades gerenciais.

Por fim, discordou do relatório da CEM, ressaltando: há pontos relativos à conduta da pediatra capazes de indicar que não tenha sido prudente e diligente ou agido com “o melhor de sua capacidade profissional”. Indicou PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL, com base nos artigos 2º; 29 e 57 do Código vigente até abril de 2010. Ou, pelo novo Código, prevaleciam os artigos 1.º e 32.

QUESTÕES PERTINENTES

1. Quando há posições totalmente diversas entre a adotada pela CEM e a tomada pelo Conselho, é sinal de que houve avaliação incorreta de alguma parte?
2. É adequado prescrever pelo telefone, sem contato direto ou sem pedir para algum colega avaliar?

* Conta com o 2º maior número de especialistas e, conseqüentemente, grande quantidade de profissionais arriscados a infrações éticas.

3 OUTRAS ESPECIALIDADES

PONTOS RELEVANTES	PERSONAGENS
<ol style="list-style-type: none">1. Especialidades (incluindo Gastroenterologia, uma das 20 especialidades com maior número de denúncias)2. Queixa3. Particularidades	<ul style="list-style-type: none">• RECLAMANTE: Sra. Aparecida*, paciente, e seu marido, Sr. José*• RECLAMADO: Dr. Carlos*, especialista em gastroenterologia e ginecologia• ENVOLVIDOS: Dra. Luciana*, ginecologista; Dr. Joaquim*, cirurgião gástrico

Caso

Paciente vai a consultório particular de médico (gastroenterologista e ginecologista) queixando-se de fortes dores abdominais. É feito diagnóstico de infecção na bexiga e nas trompas e prescrito tratamento com aparelho de ondas curtas e raios infravermelhos, a ser manipulado no consultório, pela própria paciente. Mais tarde, muito pior, a moça encaminha-se ao hospital, onde é operada de apendicite aguda.

EXPOSIÇÃO DA DENÚNCIA

Por volta das 13h, a Sra. Aparecida*, 30 anos, começou a sentir fortes dores na região abdominal, encaminhando-se para PS de hospital particular. Lá chegando, sem pedir qualquer exame, o plantonista diagnosticou “cólicas menstruais”, liberando-a para casa após receitar-lhe antiespasmódico (Brometo de Nbutilescopolamina). Na manhã seguinte, como as dores tivessem se intensificado, a Sra. Aparecida foi ao consultório particular do Dr. Carlos*, gastroenterologista e ginecologista, que realizou exame ginecológico, apalpou a barriga da paciente (que, depois, teria relatado fortes dores, quando pressionada a região do apêndice) e fechou o diagnóstico em “inflamação na bexiga e nas trompas”. Na ocasião, o médico chegou a cauterizar uma suposta ferida no útero e a prescrever anti-inflamatórios, além de tratamento baseado na aplicação de raios infravermelhos e ondas curtas – sendo que a primeira sessão foi aplicada na mesma hora. Disse ainda que, na hipótese de a paciente chegar à clínica e não encontrá-lo, estando presente a re-

cepcionista, poderia aplicar por si mesma os raios infravermelhos e as ondas curtas.

Muito pior, no dia seguinte a Sra. Aparecida foi levada ao consultório da Dra. Luciana*, ginecologista de sua confiança, que diagnosticou abdome agudo, com 99% de chances de apendicite – opinião confirmada pelo gastroenterologista do hospital, responsável pela cirurgia de urgência. Como houve demora no diagnóstico, o caso tornou-se bastante grave: no pós-operatório, a Sra. Aparecida foi mantida durante vários dias na UTI e semi-intensiva e, 15 dias após a alta, precisou ser reinternada para drenagem de grande quantidade de secreção purulenta no abdome.

SINDICÂNCIA/TRAMITAÇÃO

No decorrer da apuração desse expediente no Conselho, foram ouvidos os reclamantes Aparecida, seu marido, José, a Dra. Luciana e o Dr. Joaquim* (cirurgião gástrico), além do reclamado, Dr. Carlos.

O Dr. Carlos confirmou que atendeu a Sra. Aparecida em seu consultório particular, por conta de queixas de dores no baixo ventre, tendo submetido a moça a exame ginecológico, que constatou ulcerações no colo do útero – motivo pelo qual decidiu aplicar-lhe eletrocautério. Excluiu, segundo afirma, o diagnóstico de apendicite pelo fato de Aparecida haver passado um dia antes da consulta por PS, sendo liberada, em seguida, sem maiores problemas.

Recomendou-lhe dois anti-inflamatórios e, como “reforço”, administrou-lhe ondas curtas e raios infravermelhos, tratamento

que disse usar com sucesso há 17 anos, sendo que qualquer pessoa, ainda que leiga, quando orientada teria condições de empregar os equipamentos. “É absurda a acusação de ‘vigarice’ e de que eu quero apenas ‘vender’ esse tipo de tratamento”, indignou-se o Dr. Carlos.

Em seu depoimento, o Sr. José, marido da paciente, contou que, durante o período de internação da esposa, o Dr. Carlos teria deixado recados na secretária eletrônica da casa do casal, cobrando a aplicação de ondas curtas. “Quando conseguiu falar comigo, não quis se identificar. Ainda assim insisti e informei-lhe sobre as condições de Aparecida. O médico limitou-se a desligar o telefone na minha cara”, enfatizou.

Os depoimentos dos médicos Dra. Luciana e Dr. Joaquim apresentam teor parecido: em estado grave, Aparecida foi levada às pressas ao hospital, onde a equipe médica decidiu-se pela realização de cirurgia de urgência na região abdominal. “A paciente deu entrada no PS com distensão abdominal, toxemiada, desidratada, abdome agudo inflamatório. No centro cirúrgico, constatou-se apendicite aguda com formação de microabscessos no tecido gorduroso. O pós-operatório resultou em evolução regular, com algumas complicações”, informou o cirurgião Dr. Joaquim.

CONCLUSÃO

Na opinião do relator, pela descrição apresentada dos sintomas e sinais, o diagnóstico mais provável era mesmo o de apendicite aguda, que foi a primeira hipótese feita pela ginecologista Dra. Luciana, posteriormente confirmada pelo cirurgião Dr. Joaquim. O quadro já havia avançado bastante quando da internação, daí a recuperação lenta da paciente, que necessitou reinternação.

“Não há como aceitar a alegação do Dr. Carlos de que excluiu o possível diagnóstico de apendicite porque a paciente havia sido examinada pouco antes pelo médico do PS, tendo sido liberada para casa. Se a paciente procurou outro médico, significa que as dores não haviam desaparecido – pelo contrário, se intensificaram, reforçou o relator do Conselho que, ao optar pela abertura de PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL, lembrou ainda que o tratamento de dor no baixo ventre com aplicação de ondas curtas e raios infravermelhos necessita comprovação científica, além do que é totalmente descabido atribuir sua aplicação a pessoas leigas. Artigos 2º; 4º; 5º; 9º; 29; 30; 31; 32; 34; 42; 57 e 65 (do Código vigente até de abril de 2010). Ou, pelo novo Código, excluídos os itens II, IV, V e IX dos Item II, dos Princípios Fundamentais, sem apuração e aplicação dos artigos 1.º, 2.º, 3.º, 4.º, 6.º, 14, 32 e 40.

QUESTÕES PERTINENTES

1. À luz da Ética, a “negligência” não teria partido do primeiro médico consultado no PS, que diagnosticou “cólicas menstruais”, prejudicando o diagnóstico do reclamado?
2. É lícito usar métodos não comprovados (no caso, raios infravermelhos e ondas curtas) mesmo se o profissional demonstrar experiência no uso?

4 ARQUIVADOS

PONTOS RELEVANTES

1. Resultado
2. Queixa
3. Participação da CEM
4. Porta de Entrada

PERSONAGENS

- RECLAMANTE: CEM de hospital
- RECLAMADOS: Dra. Marisa*
- ENVOLVIDOS: paciente Pascoal* e Drs. Elton* e Michael*, cirurgiões

Caso

Paciente é operado após hemorragia digestiva. No dia seguinte à alta, passa mal e é reoperado. No segundo dia do pós-operatório apresenta como intercorrência broncoespasmo e aspiração do conteúdo gástrico, vindo a morrer. Durante necropsia é achada uma compressa cirúrgica. Não se sabe se ela foi esquecida na primeira ou na segunda operação.

SINDICÂNCIA / TRAMITAÇÃO / PARTICIPAÇÃO DA CEM

A CEM do hospital solicitou manifestações escritas dos médicos envolvidos nos procedimentos. O Prof. Dr. Elton*, encarregado da primeira cirurgia, destacou que a segunda operação não se resumiu a uma simples ressutura: também foi realizada laparotomia exploradora. Ressaltou ter assistido à necropsia, discutido o caso com o necropsiante e que, folheando o prontuário, ficava “difícil saber em qual das duas operações aconteceu o esquecimento da referida compressa”, disse.

EXPOSIÇÃO DA DENÚNCIA

A denúncia partiu da CEM de hospital universitário, após sindicância provocada por relatório da Comissão de Análise de Óbitos. O paciente Pascoal* foi internado na emergência do hospital devido a hemorragia digestiva alta, sendo operado em seguida. Evoluiu bem, apresentando apenas hérnia na região da incisão. No dia seguinte à alta, retornou com evisceração, sendo reoperado. No segundo dia do pós-operatório, teve crises de broncoespasmo e, em uma delas, acabou aspirando conteúdo gástrico – fato que o levou à parada cardiorrespiratória irreversível.

Em seus esclarecimentos, o Dr. Michael*, residente que participou de ambas as cirurgias, afirmou não ter condições de apontar quando foi deixado o corpo estranho. Informou que, no pós-operatório da primeira operação, o paciente apresentou abaulamento da incisão – diagnosticado como hérnia precoce – e, após verificada boa cicatrização sem secreções, teve alta.

Na autópsia foi achada uma compressa cirúrgica entre o fundo gástrico e a cúpula do diafragma, sobre a qual existem hipóteses de ter sido esquecida em qualquer uma das duas cirurgias. A morte foi relacionada ao corpo estranho encontrado: entre outras causas, o relatório da autópsia apontou para “septicemia pós-peritonite localizada e compressa junto ao fundo gástrico abaixo do diafragma”.

Considerando prontuário, depoimentos e, ainda, o relatório elaborado por um dos professores de Medicina Legal da faculdade, a CEM concluiu que a presença da compressa foi a causa da peritonite e morte e que a hipótese mais provável é que tenha sido deixada durante a segunda cirurgia, visto que o paciente não apresentava o quadro de peritonite anteriormente. Encaminhou parecer ao Conselho, com elementos que sugeriam indício de infração ética pela Dra. Marisa*, médica que chefou o segundo procedimento (a qual, aliás, não havia conseguido localizar).

* Nota: não houve referência de contagem de compressas em ambos os procedimentos.

CONCLUSÃO

O relator do Conselho concluiu pelo ARQUIVAMENTO do expediente, por ponderar que não seria possível afirmar se a compressa foi deixada na primeira ou na segunda cirurgia. Aproveitou para apontar várias falhas da CEM na condução e, principalmente, na avaliação desse caso. “A CEM concluiu que a peritonite foi causada pela compressa deixada na segunda cirurgia, porque o paciente não apresentava quadro infeccioso antes. Essa conclusão é precipitada e perigosa, já que a literatura refere compressas em cavidade abdominal sem qualquer manifestação clínica por vários meses ou anos”. Continuou: “Con-

cluiu também não ter sido possível contactar a Dra. Marisa, a responsável pela segunda cirurgia, afirmativa inverídica, já que bastava solicitar o endereço ao Conselho” – como fez, posteriormente, a Delegacia Regional que acolheu a denúncia.

Em tempo: a Dra Marisa foi localizada pelo Conselho e afirmou ter feito apenas uma exploração rápida e superficial da cavidade abdominal, em decorrência das condições clínicas do paciente e pelas condições técnicas, após a primeira cirurgia. Para ela, há a possibilidade de o corpo estranho ter sido esquecido tanto na primeira cirurgia (e ter passado despercebido), quanto na última.

QUESTÕES PERTINENTES

1. O esquecimento de corpo estranho é indício de infração ética?
2. Dúvidas impossíveis de serem esclarecidas devem provocar o arquivamento?
3. A Comissão de Ética tem poder ou função conclusiva?

5 SEGREDO MÉDICO

PONTOS RELEVANTES

1. Queixa
2. Particularidades
3. Resultado

PERSONAGENS

- RECLAMANTE: Sra. Rosana*
- RECLAMADOS: Dra. Sílvia, clínica geral
- ENVOLVIDOS: Sr. Antônio*, paciente

Caso

Médica é acusada de ocultar da própria cunhada a sorologia do irmão HIV positivo, durante os anos em que estiveram casados. Existem provas de que, realmente, a profissional sabia do problema e que chegou a trocar informações com colegas a respeito da evolução da doença, em várias etapas do tratamento. Em sua defesa, afirma que não pode ser punida, pois nunca atuou como médica assistente do irmão.

EXPOSIÇÃO DA DENÚNCIA

Trata-se de uma história repleta de acusações e desmentidos: inconformada com o fato de passar cerca de seis anos sem saber que o homem com quem era casada era portador do vírus da Aids (não foi informada nem por ele e nem pela cunhada, médica), a Sra. Rosana decidiu denunciar ambos aos órgãos competentes, isto é, o marido à justiça comum e a profissional, ao Conselho. Consta que Sr. Antônio* recebeu o diagnóstico de portador do vírus da Aids em 1990, quando procurou um proctologista em decorrência de um condiloma anal. O médico teria informado o diagnóstico à colega Dra. Sílvia*, clínica geral e irmã do paciente, a quem o mesmo havia designado como principal contato para fornecer detalhes sobre o caso. A Dra. Sílvia também sabia do encaminhamento do proctologista ao infectologista, bem como de sua orientação de comunicar a sorologia à esposa.

Pouco tempo depois, o infectologista, após resultado confirmatório para o HIV, solicitou exame e contato pessoal com a mulher do paciente. Esse contato não aconteceu, já que Antônio não repassou o

recado. Já em 1996, internado por conta de septicemia, Antônio “recebeu” – novamente – “diagnóstico” de Aids e declarou-se “surpreso”. Quando perguntado para quem autorizaria comunicar o fato, indicou a irmã, Dra. Sílvia. Após a alta, também não retornou à instituição.

No mesmo ano, foi levado pela irmã ao consultório de outro infectologista que, finalmente, conseguiu contato com a Sra. Rosana. A moça, então, demonstrou-se totalmente incrédula e desorientada com a revelação.

SINDICÂNCIA/TRAMITAÇÃO

No decorrer da sindicância manifestaram-se a Dra. Sílvia, a Sra. Rosana (agora, ex-esposa do paciente), além do proctologista e infectologistas envolvidos no caso.

A Dra. Sílvia refutou a afirmação da ex-cunhada de que “ela não havia sido informada sobre a doença”, declarando que a notícia lhe foi dada pelo próprio Antônio em 1990, quando recebeu o diagnóstico. Desde então, explicou, a Sra. Rosana e os dois filhos do casal (de seis e sete anos) vêm sendo submetidos a testes anti-HIV, sempre com resultado negativo.

* Nota: os resultados não foram anexados ao expediente sindicante.

A médica acrescentou ainda que o infectologista responsável pelo primeiro atendimento, inclusive, comunicou-se com o ginecologista de Rosana e este, por sua vez, chamou-a em companhia do marido em seu consultório, alertando-os sobre riscos e cuidados. Citou, ainda, o nome de outros médicos que poderiam confirmar sua versão.

Nenhum dos médicos mencionados, entretanto, recordou-se de conversa pessoal com Rosana, com exceção do infectologista que acompanhou Antônio após sua última internação, em 1996. Não se lembraram, ainda, de nenhum contato com o ginecologista referido. Por outro lado, todos confirmaram abandono de tratamento por parte de Antônio, assim que pediam o comparecimento da esposa à consulta.

No depoimento prestado ao Conselho, Rosana ratificou todas as declarações

prestadas anteriormente, acrescentando que pelo menos um dos infectologistas que atenderam Antônio seria capaz de confirmar que a irmã dele sabia da doença o tempo inteiro.

CONCLUSÃO

O relator da sindicância no Conselho optou pelo ARQUIVAMENTO, considerando que em momento algum a irmã do paciente atuou como assistente (não fez o diagnóstico, nem conduziu tratamento).

QUESTÕES PERTINENTES

1. O conceito de sigilo médico restringe-se ao seu paciente ou a qualquer pessoa de quem se obteve uma informação, por ser médico?
 2. A convicção pelo relator de que o depoente médico está mentindo é o bastante para considerá-lo infrator da ética? Em que circunstâncias? (Vide o art.79 do Código de Ética vigente até abril de 2010 ou art. 50 do Novo Código de Ética).
-

6 QUEBRA DA RELAÇÃO MÉDICO/PACIENTE - MÉDICO/FAMILIAR

PONTOS RELEVANTES	PERSONAGENS
<ol style="list-style-type: none">1. Queixa2. Especialidade (Ginecologia e Obstetrícia)3. Particularidades	<ul style="list-style-type: none">• RECLAMANTE: Sra. Lizete*, paciente• RECLAMADOS: Dr. Álvaro*, ginecologista e obstetra• ENVOLVIDOS: Drs. Murilo* e Rafael*, ginecologistas e obstetras

Caso

Paciente da Ginecologia acusa médico de recusar-lhe atendimento e maltratá-la (usando até palavras de baixo calão), por considerar que suas dores e sangramento têm como motivo procedimento anterior, realizado por outros colegas. Convocado a depor, o ginecologista e obstetra declara-se “surpreso” com a queixa, visto que teria atendido àquela paciente em duas ocasiões, chegando a salvar-lhe a vida.

EXPOSIÇÃO DA DENÚNCIA

A denúncia partiu da senhora Lizete*, 45 anos, contra o Dr. Álvaro*, ginecologista e obstetra, sobre os fatos ocorridos durante intercorrência no pós-operatório de cirurgia ginecológica.

A paciente fora encaminhada ao hospital para submeter-se à colpoperineoplastia anterior e posterior, por indicação dos médicos que a acompanhavam no posto de saúde. De acordo com ela, a operação foi realizada sem problemas pelos Drs. Murilo* e Rafael*, ginecologistas e obstetras. Na mesma noite, entretanto, apresentou sangramento e precisou do atendimento do plantonista, Dr. Álvaro, que fez a hemostasia necessária.

Poucos dias depois da alta, a Sra. Lizete voltou à emergência do hospital por novo episódio de sangramento, ficando novamente aos cuidados do Dr. Álvaro, que fez uma nova intervenção de ressutura – desta vez, com estancamento definitivo do sangue. Mesmo assim, pouco depois, apresentou quadro de retenção urinária,

“inflamação” na bexiga e intensa dor hipogástrica aumentada pelo esforço miccional. O subsequente diagnóstico foi obstrução uretral descompensada.

Ao procurar o Dr. Álvaro pela terceira vez, Lizete “perdeu o rumo”, pois além de recusar-se a atendê-la, o ginecologista sugeriu-lhe que procurasse o Dr. Murilo – “quem fez a besteira” – e que “parasse de encher o saco”, entre outras palavras de baixo calão. Muito angustiada, dirigiu-se a um posto de saúde, sendo reencaminhada ao mesmo hospital, por tratar-se de caso cirúrgico. A partir de então, a paciente usa sonda vesical permanente.

SINDICÂNCIA/TRAMITAÇÃO

Em seu depoimento, o Dr. Álvaro, de imediato, não conseguiu lembrar-se de Lizete, precisando procurar os dados nos registros da maternidade. Ao encontrá-los, afirmou estar “extremamente impressionado”, pois verificou ter prestado dois atendimentos a ela – inclusive, salvando-lhe a vida – numa cirurgia de emergência para a remoção de grande hematoma na parede vaginal posterior. “Dessa forma seria, no mínimo, incoerente da minha parte, dizer tais palavras àquela senhora e me negar a examiná-la, muito menos criticar colegas”.

De acordo com o Dr. Álvaro, um ponto que lhe chamou a atenção foi o fato de uma senhora tão “simples e humilde” enviar queixa diretamente ao presidente do Conselho, um mês após o ocorrido. Um segundo ponto considerado “curioso”: disse constar do prontuário de Lizete que

as queixas sobre dores pélvicas e dificuldades ao urinar vinham desde a primeira cirurgia, problemas não resolvidos pelos Drs. Murilo e Rafael, que a atenderam “cerca de 14 vezes”. Movido pela curiosidade, afirmou o Dr. Álvaro, verificou que a Sra. Lizete teria sido orientada pelo próprio Dr. Rafael a abrir o processo contra ele. Durante seu depoimento, o ginecologista Dr. Rafael confirmou a versão da Sra. Lizete, negando a intenção de prejudicar o colega. “A paciente fez o relato do ocorrido perante funcionários do posto de saúde onde foi atendida. Embora previamente esclarecida e aconselhada por advogado, nós a dissuadimos de procurar intempestivamente jornal ou delegacia, como era sua vontade, tentando resolver o problema médico no nosso meio e da melhor maneira possível. Aconselhamos, ainda, a procurar nosso diretor clínico antes de ir ao Conselho”, explicou.

CONCLUSÃO

Na opinião do relator do Conselho, em sua defesa, o ginecologista Álvaro teria se preocupado apenas com a denúncia de seus colegas opositores e não descreveu o tratamento proposto a Lizete quando o procurou pela última vez, mas voltou para casa com dor. A origem desse expediente, considerou, é devida principalmente à falta de harmonia e má relação médico-médico e médico-paciente. Mesmo assim, o Dr. Álvaro não se justificou e não mostrou qual o atendimento prestado e o que fez a paciente procurar socorro em outro lugar. Diante desses fatos, indicou PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL por possíveis infringências aos artigos 2º; 4º; 18; 19; 29; 31; 32 e 35 (do Código de Ética Médica do Código vigente até abril de 2010). Pelo Novo Código de Ética, respondiam pelos artigos 1.º, 3.º, 4.º e 7.º.

QUESTÕES PERTINENTES

1. A sindicância focou-se somente no denunciado. Deveriam também os responsáveis pela primeira cirurgia ser averiguados?
2. Sob a luz da ética, o Dr. Rafael teria agido errado, orientando a paciente a procurar o Conselho contra o colega?

7 NEGLIGÊNCIA

PONTOS RELEVANTES

1. Queixa
2. Resultado
3. Participação da CEM
4. Porta de entrada
5. Particularidades

PERSONAGENS

- RECLAMANTE: Prof. Dr. Sidney*, chefe do depto. de ginecologia de universidade
- RECLAMADOS: Drs. Ricardo*; Henrique*; Luiz*; Paschoal*, cirurgiões
- ENVOLVIDOS: Sra. Jandira*, paciente; Dr. Umberto, cirurgião

Caso

Uma pinça cirúrgica é esquecida dentro da cavidade abdominal de paciente, durante cirurgia de grande porte, resultando em infecção e dificuldade de cicatrização. Na necessária reoperação, houve aspiração do conteúdo gástrico e óbito, no segundo dia do pós-operatório.

A CEM do hospital universitário observou em seu relatório indicativos de negligência da equipe responsável pela primeira cirurgia.

SINDICÂNCIA / TRAMITAÇÃO / PARTICIPAÇÃO DA CEM

Durante a fase de investigação dentro do próprio hospital universitário, estabeleceu-se comissão especial formada por professores. Dessa comissão, fez parte, entre outros, o Dr. Umberto*, responsável pela cirurgia que encontrou a pinça.

O grupo ouviu os cirurgiões envolvidos na primeira operação, sendo que três deles (Dr. Henrique*; Dr. Luiz*; Dr. Paschoal*) eram residentes de 1º, 2º e 3º anos. O orientador, Prof. Dr. Ricardo*, afirmou que “supunha” que o esquecimento da pinça ocorrera na fase de fechamento da cavidade abdominal. Nessa etapa, informou, o Dr. Henrique já havia sido dispensado e o “restante do procedimento ficou sob responsabilidade exclusiva dos residentes Dr. Luiz e Dr. Paschoal”, que, posteriormente, teriam negado qualquer intercorrência.

Após examinar as informações obtidas, a comissão especial concluiu que não houve evento que pudesse justificar o esquecimento acidental de pinça no interior da cavidade abdominal. “A nosso ver, essa fatalidade não encontrou explicações nos relatos da equipe médica envolvida”. Numa análise pragmática, no entanto, considerou “que o quadro clínico poderia ser resolvido pela simples retirada do objeto e reconstrução do trânsito intestinal”, e que a grande complicação do caso foi a “aspiração do conteúdo gástrico” pela paciente. “Não há um fato específico para o óbito e, sim, uma sequência de fatos”.

Acionada, a CEM da instituição teve posição diferente, referindo-se em seu

EXPOSIÇÃO DA DENÚNCIA

A denúncia, assinada pelo Prof. Dr. Sidney*, chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da universidade onde ocorreram os fatos, referiu-se aos médicos que realizaram o primeiro de uma série de procedimentos, que culminaram na morte da Sra. Jandira*. Internada em hospital-escola, a Sra. Jandira* foi submetida inicialmente a uma cirurgia de grande porte na região abdominal (Wertheim-Meigs). Quinze dias depois, apresentou infecção no corte cirúrgico, sendo tratada a seguir.

Dois meses depois, com diagnóstico de abdome agudo, passou por laparotomia exploradora, ocasião em que foi encontrada pinça hemostática entre as alças intestinais, que causou sofrimento e necrose de um ramo do intestino delgado. Houve uma intercorrência (aspiração do conteúdo gástrico), que levou a dificuldades respiratórias e à morte da paciente, no segundo dia do pós-operatório.

*Nota: a necropsia apontou como causa mortis “status pós-cirúrgico”.

relatório, textualmente, que “os responsáveis pela realização da cirurgia de Wertheim-Meigs cometeram negligência médica, não revisando a cavidade e a pinça provocou a obstrução que contribuiu para o óbito”.

CONCLUSÃO

Segundo o relator do Conselho, a CEM tirou suas conclusões sem nada ter mencionado sobre a morte da paciente, após a laparotomia. Não averiguou, também, junto aos anesthesiologistas, os motivos que levaram a Sra. Jandira a aspirar o conteúdo gástrico ou as atitudes adotadas para resolver a in-

tercorrência que lhe causou pneumonia bilateral – confirmada por exame radiológico procedido no dia seguinte ao procedimento.

Optou por propor ARQUIVAMENTO da sindicância, usando argumento defendido por Genival Veloso de França, professor de Direito e Medicina, autor do livro *Erro Médico*. “O simples fato de haver esquecimento de um corpo estranho num ato operatório, por si só, não constitui, moral ou penalmente, um fato imputável, a menos que essas situações se repitam em relação a um determinado profissional, o que, por certo, viria configurar-se numa negligência médica”.

QUESTÕES PERTINENTES

1. O motivo da morte foi a aspiração do conteúdo gástrico, durante a nova cirurgia. Mas até que ponto o incidente durante a primeira operação (esquecimento de pinça) teria sido determinante no desfecho?
 2. A CEM falhou, ao não ouvir os anesthesiologistas que participaram do último procedimento?
 3. À CEM é deliberado tirar conclusões?
-

8 ERRO MÉDICO

PONTOS RELEVANTES

1. Queixa
2. Particularidades

PERSONAGENS

- RECLAMANTE: Sr. Roberto* e sua esposa Sra. Diana*, paciente
- RECLAMADOS: Dr. Antônio*, ginecologista, e Dr. Erasmo*, radiologista

Caso

Paciente apresenta sangramento ginecológico, dois dias depois de saber que está grávida. Ginecologista pede ultrassom, que indica abortamento incompleto. O médico confia no exame ultrassonográfico e afirma ter realizado curetagem. Depois do procedimento, novamente acreditando nos exames (desta vez, anatomopatológicos), sem proceder a qualquer avaliação física, prescreve pílulas anticoncepcionais. Só que, na verdade, a curetagem não havia sido feita, pois a paciente continuou grávida.

confirmou diagnóstico de gravidez. Feito novo ultrassom, constatou-se que a gestação já estava em curso, na época da citada “curetagem” uterina.

O casal, então, teria procurado o Dr. Antônio, que atribuiu toda a culpa pelo erro ao radiologista responsável pelo laudo de abortamento retido. “Fomos vítimas de um erro médico gravíssimo, causador de dor e traumas”, ressaltou Roberto, pai da criança. Apesar de aliviado pelo fato da sua filha Bianca haver nascido sem problemas, desejava evitar que outros casais passassem pelo mesmo sofrimento.

EXPOSIÇÃO DA DENÚNCIA

Roberto* e sua esposa Diana*, 25 anos, formalizaram denúncia no Conselho relativa a duplo erro de diagnóstico durante a gestação de sua filha Bianca*.

Um sangramento vaginal levou a Sra. Diana ao consultório do Dr. Antônio*, ginecologista, dois dias após haver recebido diagnóstico de gravidez (correspondente a 4ª semana de gestação). O médico solicitou ultrassonografia, cujo laudo “confirmou” a hipótese de abortamento retido.

No dia seguinte, o Dr. Antônio “submeteu” Diana a uma curetagem uterina. Cerca de vinte dias depois, tomando por base única testes laboratoriais e anatomopatológicos, sem examinar a paciente, afirmou estar tudo bem e prescreveu-lhe pílulas anticoncepcionais.

Os denunciantes afirmaram que o período de incertezas e aflições iniciou-se dois meses depois: com queixa de dores no estômago, a moça procurou um clínico que

SINDICÂNCIA / TRAMITAÇÃO

No decorrer da sindicância, foram tomados depoimentos da Sra. Diana e seu marido, Roberto; do ginecologista Dr. Antônio e do radiologista Dr. Erasmo, e anexados os exames radiológicos e anatomopatológicos feitos durante a gestação, além da certidão de nascimento da pequena Bianca.

O Dr. Antônio afirmou que, após a análise da ultrassonografia indicando abortamento retido, decidiu-se pela realização de curetagem, deixando claro ao casal que, se quisesse, poderia procurar outro médico. Durante o procedimento teve dificuldades devido a grande quantidade de sangue na região do útero e vagina. Vinte dias depois, a paciente teria retornado ao consultório do Dr. Antônio apenas com o resultado do exame anatomopatológico (endométrio, tipo secretor), sem uma nova ultrassonografia de controle, como havia pedido. “Há várias inverdades nos fatos alegados”, argumentou o ginecologista.

Convocado, o radiologista Dr. Erasmo – que, para explicar o laudo da ultrassono-

grafia, declarou não ter visualizado o feto e que, portanto, concluiu por “abortamento retido” – aventou a possibilidade de gestação gemelar não detectada no exame inicial (devido a deslocamento ovular, causado pelo mesmo sangramento que impediu a correta avaliação).

CONCLUSÃO

Na opinião do relator, o Dr. Erasmo errou ao emitir laudo com conclusão de abortamento retido, sem considerar outras hipóteses ou sugerir novos exames para comprovação diagnóstica, como ultrasonografia transvaginal, capaz de apresentar definição e acurácia superiores ao exame feito por via abdominal, especial-

mente no período gravídico.

A necessidade de investigação mais aprofundada tornou-se ainda mais evidente, explicou, considerando-se o fato de que houve dificuldades na realização do exame, por causa do grande sangramento. Já o ginecologista se equivocou, ao orientar-se apenas pelo laudo ultrassonográfico para indicar a curetagem uterina, procedimento provavelmente não realizado de forma adequada, pois a paciente continuou grávida. Decidiu indicar PROCESSO DISCIPLINAR aos dois médicos, por possível infringência aos artigos 2º; 5º; 29; 34 e 57 (do Código vigente até abril de 2010). Excluídos os itens II e V dos Princípios Fundamentais, prevaleceriam as indicações pelos artigos 1.º, 6.º e 32 do Novo Código de Ética Médica.

QUESTÕES PERTINENTES

1. O laudo ultrassonográfico é atribuição de profissional médico, capacitado tecnicamente para emití-lo. À luz da ética, o ginecologista errou ao confiar na opinião de um colega? Deveria ter assumido parcela de responsabilidade?
2. O radiologista não pôde ver o feto, por dificuldades no momento da realização do exame (sangramento intenso). Por si só, esse engano pode ser classificado como infração ética?

9 INTERESSES MERAMENTE FINANCEIROS

PONTOS RELEVANTES

1. Queixa
2. Resultado
3. Particularidades

PERSONAGENS

- RECLAMANTE: Dr. Ridel*, angiologista
- RECLAMADOS: Dra Marcília*, responsável técnica de convênio
- ENVOLVIDOS: Sra. Telma*, paciente

Caso

Paciente tem indicação de seu angiologista para cirurgia de varizes. Plano de saúde requisita avaliação de exames – objetivando afastar hipótese de operação estética – e, perante a recusa da moça, não aprova pedido de cobertura. O médico assistente orienta sua cliente a não se submeter à consulta com o auditor.

EXPOSIÇÃO DA DENÚNCIA

Denúncia partiu do Dr. Ridel*, angiologista, contra a Dra. Marcília*, responsável técnica de plano de saúde – inconformado pelo fato de a empresa recusar-se a cobrir uma cirurgia radical de varizes à sua paciente Telma*.

Aparentemente, a relação paciente/seguradora tornou-se difícil, pouco depois da indicação da cirurgia: ao receber o pedido médico, a empresa teria exigido novo exame (*doppler* do sistema venoso das pernas). Mas, em comum acordo com seu médico, Telma negou-se a realizá-lo – ou a submeter-se a exame clínico com o auditor indicado pelo plano. Baseou-se no próprio Código de Ética Médica (artigo 8: “O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia ou correção de seu trabalho”).

Para justificar a recusa, o convênio usou o contrato assinado pela paciente, com regras que admitem a “checagem” do diagnóstico elaborado pelo médico assistente, no caso de suspeita de operação estética.

SINDICÂNCIA/TRAMITAÇÃO

Durante a apuração da sindicância, foram analisadas argumentações do Dr. Ridel e da Dra. Marcília, responsável técnica do convênio.

Segundo o angiologista, como – inicialmente – o plano de saúde não havia se comunicado diretamente com ele, orientou sua paciente Telma a empregar em seu favor o Código de Ética Médica, fornecendo-lhe, inclusive, cópia de resoluções do CFM. Explicou que, apesar de colocar-se à disposição para discutir o caso com médico indicado pelo convênio, “não abriria mão do cumprimento do Código de Ética Médica”.

Do seu lado, a Dra. Marcília relatou sua surpresa pela recusa da seguradora “de forma intransigente e inexplicável” em mostrar à sua equipe o resultado de ultrassonografia; a submeter-se a novo exame, ou mesmo, a atender uma solução alternativa (permitir que um médico credenciado apenas confirmasse os exames clínicos feitos e os confrontasse com o diagnóstico e a solução terapêutica). Em face à impossibilidade, afirmou não restar-lhe opção senão fazer valer as disposições do contrato.

Utilizou, ainda, o processo-consulta do CFM que reza: o médico auditor tem o direito de examinar o paciente, à beira do leito, como condição necessária ao bom desempenho de suas funções. Se assim não o fizer, poderá até estar sendo negligente. Por fim, a seguradora alegou não ser competência do Conselho apurar os fatos.

CONCLUSÃO

O relator avaliou que a situação envolve um aspecto da relação médico/seguradora capaz de gerar grandes dificuldades de conciliação, por desconfianças sobre a opinião do médico assistente e suposições de uso de auditoria, com o objetivo fundamental de conter despesas e limitar os gastos.

Analisa que a sugestão para a realização de segunda opinião médica interfere no 2º princípio fundamental (“o alvo de atenção do médico é a saúde do ser humano”) e remeteu a considerações à luz da clínica e da ética. “A clínica é soberana. E, do mesmo modo que a seguradora demonstra desconfianças sobre a opinião do médico assistente, a paciente pode não confiar na opinião do profissional que emitiria o segundo laudo”. Por outro lado, a única pessoa com direito de levantar questionamentos no pré-operatório, disse, é quem precisa do tratamento e aceita se submeter ao risco/benefício do mesmo. “De quem será a responsabilidade caso aconteça complicação trombótica? Se ligada à não-autorização

pelo auditor médico, formam-se indícios de infração a vários artigos do Código de Ética Médica”.

No âmbito da ética, também não é aceitável, considerou, a alegação de que Telma agiu de maneira “inexplicável” ao recusar-se a novos exames, pois o “compromisso” entre ela e o plano nunca deve servir como critério de decisão terapêutica. Não há respaldo, ainda, para a menção de que o Conselho “não possui competência para apurar os fatos, já que parecer do CFM determina: o direito do paciente aos meios diagnósticos e a autonomia profissional do médico não podem ser prejudicados, sob qualquer pretexto, por serviços médicos”.

Considerando-se a falta de acordo durante o período de sindicância, indicou, portanto, a abertura de PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL contra a Dra. Marcília, com base nos artigos 2º; 4º; 8º; 18 e 21 (do Código vigente até abril de 2010). Excluídos os itens II, IV, VIII e XVII dos Princípios Fundamentais e item II dos Direitos dos Médicos, do novo Código de Ética Médica, não haveria amparo para questionamento ético.

QUESTÕES PERTINENTES

1. Pode-se “desconfiar” da opinião do médico assistente? De quem será a responsabilidade se acontecerem complicações, pela negativa de atendimento?
2. É ético que o médico oriente seus pacientes leigos a utilizarem-se do Código de Ética Médica em causa própria?
3. No dia a dia, é possível se contrapor aos critérios dos contratos de planos de saúde? De que maneira?
4. Pelo novo Código, qual seria a postura do Conselho?

10 RELACIONAMENTO COM COLEGAS

PONTOS RELEVANTES

1. Relacionamento com colegas
2. Porta de Entrada
3. Particularidades

PERSONAGENS

- RECLAMANTE: Dra. Angelina*, presidente da CEM
- RECLAMADOS: Dr. Benito*, ortopedista
- ENVOLVIDOS: Dr. Rubens* e Dr. Vitor*, ortopedistas

Caso

Médico não comparece a plantão em PS de Ortopedia, nem indica substituto. Em sua defesa, argumenta que estava com dengue complicada por labirintite e que a falta “não acarretou maiores problemas” – os doentes foram atendidos por colega, que o substituiu por mera boa vontade.

EXPOSIÇÃO DA DENÚNCIA

A CEM de cooperativa médica resolveu encaminhar ao Conselho denúncia contra o ortopedista Dr. Benito*, reincidente em faltas durante o plantão. De acordo com a denúncia, o plantão do Dr. Benito estava marcado para 19h. Às 19h30, o Dr. Rubens*, colega que o antecedia, pediu à secretária que tentasse contato com o celular do ortopedista, além de telefones comercial e residencial, sem sucesso. Por isso, foi convocado outro especialista, o Dr. Vitor* – que substituiu o Dr. Benito a partir das 20h50 “por mera boa vontade”.

Situações semelhantes ocorreram em, pelo menos, três ocasiões – com a diferença de que foi possível localizar o ortopedista, sempre com o mínimo de uma hora de atraso. O Dr. Benito, inclusive, teria sido advertido e suspenso do trabalho por quatro meses, justamente devido atraso em assumir o plantão.

SINDICÂNCIA / TRAMITAÇÃO / PARTICIPAÇÃO DA CEM

Antes de remeter o caso ao Conselho, a CEM avaliou os documentos apresentados: os relatórios da enfermagem confirmando

as várias tentativas de localizar o reclamado; cópia da escala de plantão da Ortopedia, no dia da falta; notificação de penalidade de advertência escrita e suspensão de quatro meses do plantão, além do atestado médico trazido pelo Dr. Benito – suficiente, na opinião do ortopedista, para explicar sua ausência. O depoimento do acusado e o da chefia do serviço também foram anexados ao procedimento.

Não havia motivos para punição, argumentou o Dr. Benito em sua manifestação. “Na noite do plantão, 10 de maio, não compareci por estar com dengue complicada por labirintite. Solicitei à minha secretária que conseguisse um substituto e, se não o encontrasse, que avisasse ao Pronto-Socorro, mas ela não o fez”. Acrescentou à sua defesa resultado positivo para dengue, em forma de sorologia de sangue colhido no dia 3 de maio. Já a Dra. Angelina*, presidente da CEM, discordou dos argumentos do Dr. Benito. Considerou, no relatório da Comissão, que a justificativa apresentada não impossibilitaria o Dr. Benito de ter trocado ou passado o plantão ou, ainda, ter comunicado à administração da cooperativa em tempo hábil.

CONCLUSÃO

Do ponto de vista da doença em si (dengue complicada por labirintite) os motivos que levaram o Dr. Benito a faltar ao plantão de 10 de maio demonstraram-se relevantes, na avaliação do relator do Conselho. Entretanto, ressaltou, a doença já havia sido verificada com antecedência, já que o ortopedista havia se submetido ao exame de sangue cerca de uma semana antes do

plantão. “O próprio Dr. Benito afirmou que a dengue é bastante debilitante e obriga a um período de convalescença demorado, de 15 a 20 dias”, ressaltou.

Portanto, não havia desculpa para deixar de procurar substituto ou avisar o PS no dia do compromisso. “A conduta adotada, aliás, parece ser habitual do Dr. Benito”, considerando a suspensão anterior, que o manteve afastado de suas atividades por quatro meses, naquele hospital. E “é irrelevante o fato de nenhum paciente haver deixado de ser atendido

ou que não ocorreu nenhum prejuízo, porque tais problemas não foram evitados por mérito do Dr. Benito”, terminou o relator.

Diante disso, indicou a abertura de PROCESSO DISCIPLINAR, tendo como polo ativo a presidente da CEM, por indícios de infração aos artigos 2º; 4º e 37 (do Código de Ética Médica vigente até abril de 2010). Com os itens II e IV dos Princípios Fundamentais excluídos, responderia o médico por suposta infração ao artigo 9.º do novo Código de Ética Médica.

QUESTÕES PERTINENTES

1. O que pesou mais na decisão de se abrir um processo disciplinar: a falta ao plantão em si; o descaso à substituição ou a reincidência, por parte do médico?
-

11 GOL CONTRA

PONTOS RELEVANTES

1. Relacionamento com colegas (Gol Contra)
2. Resultado
3. Queixa
4. Particularidades
5. Porta de entrada

PERSONAGENS

- RECLAMANTE: Dra. Paula*, patologista
- RECLAMADOS: Dr. Leandro*, cirurgião
- ENVOLVIDO: Dr. Silvestre*, patologista

Caso

Patologista denuncia cirurgião por considerar que ele estaria “denegrindo sua imagem” perante à CEM de Secretaria Municipal, informando sobre eventual erro de diagnóstico sem, contudo, contatá-la sobre o caso. Por sua vez, o denunciado afirma que só recorreu à Comissão depois de outros erros graves cometidos pela mesma colega.

Na CEM, a patologista usou tais diferenças em sua defesa, alegando que a “falta de concordância entre os laudos envolvendo outros serviços conceituados” foi causada justamente pela “complexidade do diagnóstico”. E enfatizou: “Só erra quem faz. O diagnóstico não foi totalmente definido, pois a paciente encontra-se ainda em acompanhamento”, denunciou. Considerando-se “injustificada” em toda a situação criada pelo Dr. Leandro, resolveu apelar ao Conselho contra o cirurgião.

EXPOSIÇÃO DA DENÚNCIA

O expediente no Conselho originou-se com denúncia da patologista Dra. Paula* contra o cirurgião Dr. Leandro*, relatando que o mesmo enviou reclamação diretamente à CEM de Secretaria da Saúde quanto a eventual erro de diagnóstico, sendo que nunca a procurou para discutir seu laudo. Depois disso, o Dr. Leandro teria remetido mais três queixas, com o único objetivo de denegri-la. “O colega desconsiderou que a correlação anatomopatológica e o bom relacionamento entre colegas são indispensáveis para o melhor desfecho do caso”, lamentou.

Referia-se à atitude do Dr. Leandro, que abriu na CEM denúncia contra ela, devido a gravidade do erro e reincidência da colega: ao receber resultado anatomopatológico indicando carcinoma epidermoide de esôfago em sua paciente – cujo tratamento seria uma esofagectomia – o Dr. Leandro, antes de operar, preferiu pedir revisão de exame a outro patologista, que constatou ausência de malignidade.

Posteriormente, a revisão da lâmina foi feita por dois outros Serviços, que chegaram à mesma conclusão, diferindo em pequenos detalhes.

SINDICÂNCIA / TRAMITAÇÃO / PARTICIPAÇÃO DA CEM

Em seu depoimento, o cirurgião Leandro contou que, anos atrás, já havia trabalhado com a patologista em outro hospital e que a relação entre ambos já não era boa: “Toda vez que discordava de algum diagnóstico, a colega me tratava com animosidade”, revelou. Posteriormente, entretanto, algumas interpretações erradas de diagnóstico chamaram novamente sua atenção para ela.

Além da história relatada na denúncia, havia documentado equívocos referentes a outros dois pacientes, diagnosticados pela Dra. Paula como portadores de melanoma. “No primeiro caso, a hipótese de melanoma foi descartada, após revisão do exame por colegas, que indicaram nevus azul e ausência de neoplasia maligna. O segundo paciente teve menos sorte: sem dinheiro para pedir revisão de exame (na verdade, tinha carcinoma basocelular), submeteu-se a operação radical desnecessária”, opinou o Dr. Leandro. “Em vista dos antecedentes graves e visando defender meus pacientes, não posso dirigir-me eticamente a um chefe de serviço e solicitar providências quanto a repetidos laudos discordantes?”, perguntou.

Durante a apuração desse episódio, foi ouvido ainda o Dr. Silvestre*, outro patologista que há vários anos havia trabalhado junto com ambos. Resumiu: “Minha separação de atividades médicas com as da colega Paula aconteceu por diferenças de opiniões profissionais e pessoais”.

CONCLUSÃO

O erro é inerente ao ser humano e, portanto, o relator do Conselho concordou com a alegação da Dra. Paula de que “só erra quem faz”. Mas quando o erro se torna repetitivo, deve-se procurar saber a razão. “As alegações da médica para esses enganos podem até ser aceitáveis, mas não justificáveis. Dizer que trabalha com material escasso, enquanto o cirurgião possui em suas mãos a peça cirúrgica inteira, foge completamente ao mérito do problema”, ressaltou.

Na opinião do relator, todo o cuidado é pouco na hora de se fazer um diagnóstico de patologia maligna, capaz de determinar o destino do paciente. “Es-

tou de acordo que os dados clínicos são importantes para o diagnóstico. Mas por que só a patologista deve ser procurada pelos cirurgiões e não o contrário? É tão difícil ser um pouco humilde, quando o objetivo é firmar um laudo correto?”, questionou, considerando que o cirurgião Leandro foi correto em sua conduta, encaminhando relatório à Chefia da Secretaria de Saúde, face aos laudos divergentes. “Apesar de a denúncia ter partido da patologista, anteriormente, a CEM da secretaria havia solicitado ao Conselho a abertura de sindicância contra a Dra. Paula. Ela se antecipou, em sua própria defesa”, apontou.

Por todo o exposto, indicou a abertura de PROCESSO DISCIPLINAR *ex officio* contra a médica Paula, por possíveis infringências ao Código de Ética Médica. Artigos – 2º; 4º; 29; 34 e 57 (do Código de Ética Médica vigente até abril de 2010). Ou, excluídos os itens II e IV dos Princípios Fundamentais, responderia por infração aos artigos 1.º, 6.º e 32 do novo Código de Ética Médica.

QUESTÕES PERTINENTES

1. Até que ponto a dificuldade de comunicação entre colegas pode ser considerada falta ética?
2. Um erro de diagnóstico é justificável, à luz da ética? Como separar o que é erro humano do que é negligência, imprudência e imperícia?
3. A CEM da Secretaria pode pedir a abertura de sindicância contra profissional?

12 SITUAÇÕES EXTREMAS

PONTOS RELEVANTES	PERSONAGENS
<ol style="list-style-type: none">1. Queixa2. Porta de Entrada3. Especialidade [Pediatria, uma das presentes no número de denúncias]4. Particularidades	<ul style="list-style-type: none">• RECLAMANTE: Juiz de Direito, após denúncia criminal por parte da Sra. Sílvia* e Sr. Ivan*, pais da pequena Júlia*, paciente• RECLAMADOS: Dr. Carlos*, pediatra

Caso

Pediatra é acusado de abuso sexual à garota de cinco anos, durante consulta – teria pedido à mãe da criança para preencher a ficha na recepção e, depois, para esperar alguns minutos fora da sala, enquanto terminava de “examinar” a paciente. Ao sair, a menina conta aos pais o que havia acontecido, com riqueza de detalhes, mantendo a história mesmo durante acareação com o pediatra na Justiça Comum.

revelou detalhes que levavam a crer que o pediatra teria beijado sua boca, além de induzi-la à masturbação recíproca (sobre a roupa).

SINDICÂNCIA / TRAMITAÇÃO

Durante a fase de sindicância no Conselho, foram levantados os depoimentos escritos do Dr. Carlos e da Sra. Sílvia, mãe da criança. Foram analisados também os documentos encaminhados pela Vara Criminal encarregada do caso, como as declarações da criança à Delegacia da Mulher – local onde a menina confirmou tudo o que havia dito, em acareação com o médico –, além de laudo do Instituto de Criminalística, relativo ao exame da “peça infantil usada” – negativo para “certeza de líquido seminal”.

Em sua manifestação, a Sra. Sílvia reafirmou tudo o que dissera na Justiça Comum. “Por que Júlia inventaria isso se, antes, gostava do Dr. Carlos? Agora está traumatizada, recusando-se a ficar sozinha com qualquer homem adulto que não seja da família”, salientou.

Por seu lado, o Dr. Carlos desmentiu as acusações. “Não sei explicar a razão pela qual estão me acusando de tais crimes. Fiquei com a Júlia no interior da sala de consultas, sozinho, com a porta aberta, por não mais do que cinco minutos, enquanto sua mãe buscava a ficha de consulta. Examinei a menina na frente da Sra. Sílvia!”, afirmou, requisitando ao Conselho que suspendesse o expediente até a decisão final do processo criminal que lhe é movido. A versão, disse, pode ser confirmada por testemunhas.

EXPOSIÇÃO DA DENÚNCIA

A sindicância teve início após a abertura de processo criminal, com base na denúncia formulada na Delegacia da Defesa da Mulher pela Sra. Sílvia* e seu marido, Sr. Ivan*, por suposto atentado violento ao pudor sofrido pela filha de cinco anos, dentro do consultório do seu pediatra, Dr. Carlos*.

Segundo a denúncia, Júlia* foi levada ao consultório do Dr. Carlos (até então, pediatra de confiança) pela mãe, devido à dor de garganta e febre. Desta vez, no entanto, ocorreu algo diferente em comparação aos atendimentos anteriores: o médico solicitou à Sra. Sílvia que “preenchesse a ficha na recepção, enquanto iria atendendo a criança” e, depois, quando a mãe chegou com o documento preenchido, pediu-lhe “que aguardasse do lado de fora da sala, enquanto terminava de examinar Júlia”, período que teria durado cerca de trinta minutos (tempo que, segundo o médico, não chegou a cinco minutos).

Ao chegar em casa, a pequena relatou os supostos abusos: em suas palavras,

* Nota: sobre a suspensão da sindicância, o Departamento Jurídico do Conselho argumentou que tal procedimento não corresponde a um “processo disciplinar” ou a qualquer outra acusação formal, mas sim, “a uma sindicância preliminar ao processo, para averiguar eventuais infrações éticas”. Por isso, opinou pela elaboração de parecer inicial, com base nas provas constantes nos autos.

CONCLUSÃO

Ao elaborar seu parecer, o relator da sindicância apontou dois aspectos cruciais, que o levaram à decisão final sobre o caso da pequena Júlia: 1) após apreciar os autos, o Ministério Público propôs a abertura de Processo Criminal contra o reclamado; 2) a criança ratificou, com suas próprias palavras, o teor da denúncia, durante acareação na Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher.

Considerou ainda que, na fase da sindicância, não havia a necessidade de eventual audiência com o reclamado, “pois ele não modificaria o seu depoimento constante nos autos” e nem de ouvir as citadas testemunhas, “que não revelariam informações sobre o decorrer da consulta e nem explicariam o suposto pedido para que a mãe deixasse o consultório”.

“Assim sendo, sou movido a adotar os argumentos do Ministério Público, com destaque para a riqueza de detalhes do depoimento da criança”, decretou o relator ao indicar a abertura de PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL contra o Dr. Carlos, com base nos artigos 2º; 4º; 6º; 49; 63 e 65 (do Código de Ética Médica vigente até abril de 2010). Ou excluídos os itens II, IV e VII dos Princípios Fundamentais, amparo nos artigos 25, 38 e 40 do novo Código de Ética Médica.

QUESTÕES PERTINENTES

1. Ainda que todos os indícios estivessem contra o Dr. Carlos, não teria ele o direito de ser ouvido em audiência, para expor sua defesa?
2. Algumas especialidades estão mais propensas a denúncias por assédio (ou abuso) sexual?
3. Que tipo de comportamento (e/ou procedimento) deve ser evitado para que o médico não seja acusado injustamente?

13 PORTA DE ENTRADA

PONTOS RELEVANTES	PERSONAGENS
1. Porta de Entrada	• RECLAMANTE: Dr. Aloísio*, clínico geral
2. Particularidades	• RECLAMADOS: Dr. Bertoldo*, diretor de Saúde de município do interior
3. Resultado	• ENVOLVIDA: Sra. Paula*, paciente

Caso

Diretor de Saúde da Secretaria Municipal não permite a realização de ultrassom de urgência dentro de unidade hospitalar filantrópica, apesar da insistência do clínico geral, responsável pelo atendimento. Motivo: só autorizaria o exame com a declaração, por escrito, de negativa de cobertura por parte da empresa que terceiriza o serviço naquela instituição. A solicitação não é atendida. Tentando resolver o caso, o clínico consegue transferência daquela paciente para Santa Casa de cidade vizinha, mas, quando a moça já está dentro da ambulância, surge o diretor, que – nervoso, depois de pressionado – tenta tirá-la do carro, avisando que o exame será feito gratuitamente, em hospital particular.

EXPOSIÇÃO DA DENÚNCIA

Procurando resolver um impasse interno, Comissão de Ética Médica de Santa Casa endereçou ao Conselho a responsabilidade por decidir quem está com a razão. Segundo o relatório da CEM, a história teve início com a internação da Sra. Paula, paciente do SUS, com o quadro de febre alta, dores lombares intensas, vômitos havia 24h e queda do estado geral. O diagnóstico de pielonefrite aguda foi feito pelo clínico geral Dr. Aloísio*, que solicitou ultrassonografia para melhor elucidação diagnóstica. O pedido foi encaminhado ao Dr. Bertoldo*, diretor de Saúde do município, que negou a autorização, afirmando que só voltaria atrás caso a empresa terceirizada que presta os serviços de ultrassonografia dentro da

Santa Casa assinasse uma carta, negando a cobertura do exame. A postura teria continuado a mesma após a recusa da empresa (que afirmava que a paciente não havia cumprido o prazo de carência estabelecido por seu convênio), apesar da insistência do Dr. Aloísio e da administração do hospital.

Considerando a atitude como “arbitrária e baseada em motivos banais”, o Dr. Aloísio abriu Boletim de Ocorrência (B.O.) para Preservação de Direitos, além de solicitar – e conseguir – a transferência da paciente para Santa Casa vizinha e, assim, obter o ultrassom. “Quando a Sra. Paula já estava na ambulância apareceu o diretor de Saúde e, de forma perturbada, talvez por pressão interna da Prefeitura, tentou tirá-la do carro. Afirmava que o exame aconteceria gratuitamente, em hospital particular. Ainda assim, julgamos conveniente transferi-la”, afirmou o clínico Dr. Aloísio. Clamou ao Conselho por justiça, a partir de vários artigos, dentre eles o 1º; 2º; 17 e o 18 (do Código de Ética Médica vigente até abril de 2010).

SINDICÂNCIA / TRAMITAÇÃO

Além da manifestação do médico denunciante, foram analisados prontuário, relatório conclusivo da CEM e depoimento escrito do diretor de Saúde, Dr. Bertoldo. Conforme a avaliação do urologista, constante no prontuário, 24 horas após a internação a paciente Paula já apresentava “importante melhora, apesar de persistir a hipótese de pielonefrite e cálculo renal, com febre moderada e sem qualquer anormalidade, exceto dor lombar”.

Em seu depoimento, o Dr. Bertoldo confirmou que solicitou a recusa expressa da

prestadora de serviços. “Mesmo tendo sido adotado o procedimento correto e habitual, pelo o caráter emergencial, prontifiquei-me a providenciar o exame em outra casa de Saúde, ao que foi recusado pelo Dr. Aloísio”, informou.

Para ele, a alegação do clínico geral de que “estava preocupado com a paciente, por isso, pediu a transferência” não procedia, visto que a Sra. Paula foi levada a outra cidade sem acompanhamento médico (foi junto com uma enfermeira). Diante disso, informou, também abriu B.O. para Preservação de Direitos. “Está claramente caracterizado o caráter pessoal da denúncia, pois o médico não considerou o posicionamento da maior interessada no caso, ou seja, a paciente”, concluiu.

Ao final, a CEM limitou-se a manifestar que a “transferência é uma prerrogativa de cada profissional, assim como a necessidade ou não de acompanhamento médico”, ponderando que, no ato da remoção, a Sra. Paula encontrava-se em condições estáveis.

CONCLUSÃO

Na opinião do relator da sindicância, a queixa do Dr. Aloísio não procedia, visto que a paciente, conforme seu prontuário, não necessitava de ultrassonografia de urgência. “Visivelmente, o diagnóstico de pielonefrite aguda estava correto, com boa resposta ao tratamento instituído, o que é confirmado pelas anotações de urologista e enfermagem”, ressaltou.

Para o relator, o Dr. Bertoldo estava correto ao avaliar como “desnecessária” a transferência, lembrando que a própria Santa Casa dispõe de serviço interno de ultrassom, administrado por terceiros. “É evidente o precário relacionamento profissional de ordem pessoal e com conotação política envolvendo a Santa Casa e a Prefeitura da cidade em questão. O prejuízo é exclusivo do paciente”, salientou. Como não observou nenhum indício de infração ética do acusado, recomendou ARQUIVAMENTO do caso.

QUESTÕES PERTINENTES

1. Quando foi internada, a paciente Paula demonstrava um quadro agudo – o que levou o médico assistente a pedir ultrassom para elucidação diagnóstica. Ao não autorizar o exame, o diretor de Saúde não teria agido de forma inadequada?
2. Ao final, o relator do Conselho aventou a possibilidade de denúncia por meros problemas políticos. Partindo-se desse princípio, o Dr. Aloísio não poderia, então, ser classificado como antiético?

14 COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

PONTOS RELEVANTES	PERSONAGENS
<ol style="list-style-type: none">1. Participação da CEM2. Porta de Entrada3. Queixa4. Particularidades	<ul style="list-style-type: none">• RECLAMANTE: Poder Público (Conselho Tutelar da Infância e do Adolescente)• RECLAMADOS: Dr. Décio*, clínico geral• ENVOLVIDOS: Rita de Cássia*, paciente; Sr. Augusto*, pai da paciente

Caso

Adolescente diabética chega a hospital queixando-se de mal-estar e vômitos. Médico solicita exame de glicemia, o que foi negado pelo pai, alegando estar sem dinheiro nenhum. O profissional indica, então, hospital público, mas também recebe um “não”. Opta, enfim, por confiar na palavra dos pais, que informaram ter submetido a filha ao teste de glicemia havia três dias, com resultado normal. Prescreve soro glicosado e cloridato de metoclopramida, medicação que leva a menina à descompensação diabética e à UTI. CEM admite o erro do médico e, ainda, aplica suspensão de atividades do mesmo por trinta dias.

EXPOSIÇÃO DA DENÚNCIA

A sindicância em foco teve origem em denúncia encaminhada pelo Conselho Tutelar da Infância e do Adolescente, a pedido dos pais da adolescente Rita de Cássia*. Reclamando de enjoos, vômitos frequentes e mal-estar geral, Rita de Cássia, 12 anos, foi levada pelos pais ao PS de hospital particular. Durante a consulta, o Sr. Augusto, pai da jovem, informou ao clínico geral, Dr. Décio, o fato de a garota ser diabética insulino-dependente, e que estava passando mal desde que “comeu macarrão chinês”. Sem outra queixa clínica, o médico examinou Rita de Cássia, não encontrando indícios de descompensação diabética. Prescreveu, então, a aplicação venosa de soro glicosado e cloridato de metoclopramida, pedindo a auxiliar de enfermagem que colhesse sangue, para realizar teste de glicemia. Nesse momento, foi interrompido pelo pai

da paciente, que dizia não possuir dinheiro nenhum para pagar o exame. O médico, então, sugeriu a realização do teste de glicemia em um hospital público a 100 metros do local, recebendo a negativa do pai, “por não acreditar em serviço público”.

O Sr. Augusto e a esposa garantiram, naquele momento, haver realizado a glicemia havia três dias, a pedido da endocrinologista assistente da filha, com resultado normal. Ainda que relutante, o Dr. Décio concordou em manter a medicação. Doze horas após ser liberada do hospital, porém, a garota sofreu descompensação de sua doença, sendo internada em UTI.

SINDICÂNCIA / TRAMITAÇÃO / PARTICIPAÇÃO DA CEM

No decorrer do processo, o Conselho analisou os depoimentos do Dr. Décio e das auxiliares de enfermagem – que confirmaram integralmente a versão do médico. Avaliou, ainda, o relatório final da CEM. O Dr. Décio afirmou lembrar-se perfeitamente do caso, pois sentiu-se “penalizado daquele pai, sem dinheiro nem para voltar para casa, por ter pago a consulta, e sem outra opção, por não acreditar no serviço público”.

Na anamnese, o médico afirmou ter perguntado por diversas vezes sobre a dieta e remédios ministrados à Rita, tendo como resposta dados sobre o controle rigoroso da diabetes da mesma. “Só aprovei a aplicação da medicação quando o Sr. Augusto impediu a punção e insistiu: ‘Tudo o que disse é verdade. Por que eu e a mãe da menina poríamos a vida dela em risco?’”.

Ainda assim, o Dr. Décio pediu que retornassem ao hospital, se notassem alterações. “Soube que a menina voltou para a UTI só quando fui chamado pela Direção. Além de me suspender por determinação da CEM, fui avisado de que eu só não seria demitido imediatamente porque a enfermagem confirmou minhas alegações. O afastamento deveria servir de lição, para nunca confiar na história de familiar, na hora de pedir os exames necessários. Não achei justo, pois não tínhamos o controle sobre o que foi ingerido pela paciente no prazo de 12 horas, passadas entre a consulta e a piora”.

No seu relatório conclusivo, a CEM explicou que, ao ser informada dos fatos pelo Conselho Tutelar, realizou reunião com a direção clínica do hospital, médico e enfermagem envolvidos. “Apuramos que, realmente, houve erro médico no atendimento e tomamos as medidas adequadas: advertimos o Dr. Décio e, em decisão conjunta com a diretoria clínica, suspendemos o colega de suas funções pelo prazo de trinta dias”.

CONCLUSÃO

Na opinião do Conselho, apesar do “verdicto” da CEM que impôs suspensão por trinta dias, não há indícios de infração ética na conduta do Dr. Décio. “O médico constatou que a paciente estava em acompanhamento com endocrinologista, pela diabetes. Verificou que, apesar das dores epigástricas e náuseas, as condições da jovem eram satisfatórias e advertiu aos pais que a evolução do quadro clínico mereceria, sem dúvidas, exames subsidiários, como glicemia ou talvez pesquisas de cetonas na urina”, destacou o relator. Como não havia condições financeiras, indicou hospital público, o que não foi aceito.

“O que fazer então?”, questionou o relator, concordando com o Dr. Décio, ao considerar a clínica soberana e fazer a opção por tratar em casa, já que os pais demonstravam experiência para tal. Decidiu recomendar o ARQUIVAMENTO do expediente.

QUESTÕES PERTINENTES

1. A CEM tomou a iniciativa de advertir e suspender o médico por trinta dias. Conta com poderes para tal?
2. Adolescente passando mal, pai sem dinheiro para a realização de exame por via particular e que não aceita realizá-lo em serviço público. O que o médico deveria fazer? Não seria caracterizada omissão de socorro, se deixasse a garota sem nenhum tratamento?

15 RECÉM-FORMADO

PONTOS RELEVANTES

1. Recém-formado
2. Queixa
3. Resultado

PERSONAGENS

- RECLAMANTES: Sr. Abelardo*, paciente, e seu neto, Sr. Pirineu*
- RECLAMADA: Dra. Alcione*, clínica geral recém-formada

Caso

Médica é acusada por neto de paciente idoso de ter maltratado a ambos, durante atendimento. Motivo: chegaram tarde ao posto de saúde. Em sua defesa, a profissional alega que talvez tenha se expressado mal devido à sobrecarga de trabalho (das 19 às 24h, já havia atendido 72 pacientes), argumentando, ainda, que é recém-formada e que o episódio está servindo para fazê-la aprender muito sobre o aprimoramento “do relacionamento com pacientes e familiares”.

EXPOSIÇÃO DA DENÚNCIA

Sempre saudável e lúcido, o Sr. Abelardo*, 91 anos, preocupou seus familiares quando, de repente, passou a demonstrar um “comportamento estranho”, urinando nas calças, queixando-se de tonturas, além de apresentar temperatura elevada.

Ao voltar do trabalho, então, seu neto Pirineu* resolveu levá-lo ao posto de saúde, para passar por consulta. Arrependeu-se. De acordo com ele, assim que chegaram ao local, foram maltratados pela médica de plantão, Dra. Alcione*, que foi logo reclamando do adiantado da hora e questionando sobre o porquê de não haverem trazido o paciente antes. Foi levantada a suspeita de infecção pulmonar.

Inseguro, depois da consulta o Sr. Abelardo pediu para ser levado a um hospital, onde passou toda a noite recebendo soro e sendo submetido a exames, que constataram infecção urinária. “A atitude provocou grande estresse em uma pessoa idosa. Gostaríamos que a profissional fosse advertida”, insistiu o Sr. Pirineu.

SINDICÂNCIA / TRAMITAÇÃO

Convocada a prestar seu depoimento, a Dra. Alcione atribuiu parte da quebra do relacionamento médico-paciente ao excesso de trabalho ao qual enfrentava no dia do ocorrido: referiu que entrou de plantão às 19h e que, até às 24h, já havia atendido 72 pacientes.

“Apesar do grande número de pacientes, atendi prontamente ao Sr. Abelardo, realizei uma consulta normal e levantei a hipótese diagnóstica de infecção das vias aéreas superiores”. Depois, orientou a família a procurar durante o dia uma Unidade Básica de Saúde (UBS), pois o posto em questão não é preparado para colher material para exames laboratoriais no período noturno. Encerrou dizendo ser uma médica recém-formada e que, em episódios como esse, serviriam para ensiná-la a aprimorar a relação com pacientes e familiares. “Infelizmente, os médicos não são bem compreendidos em seus comentários, ainda que feitos com a melhor das intenções”, lamentou.

CONCLUSÃO

O grande problema, nesse caso, referiu o relator do Conselho, foi o aparente desentendimento entre o neto do paciente e a médica Dra. Alcione. Dentro dessa questão, não vislumbrou nenhuma infração ética por parte dela, optando pelo ARQUIVAMENTO da sindicância]. Na opinião do relator, a plantonista foi muito feliz em sua defesa, quando reconheceu a necessidade de aprimoramento na relação com pacientes e familiares. “A advertência solicitada pelo reclamante já se concretizou com a simples abertura da sindicância”, garantiu.

QUESTÕES PERTINENTES

1. Até que ponto o excesso de trabalho justifica atitudes negativas do médico em relação ao paciente ou seus familiares? Se a situação chegasse ao âmbito da CEM, deveria ela empregar ações que lhe são próprias, como a opinativa e a educativa?
 2. A humildade da médica ao admitir que é recém-formada e que tem muito que aprender pode contar pontos em seu favor?
-

16 DOCUMENTOS MÉDICOS

PONTOS RELEVANTES

1. Uso indevido do prontuário
2. Especialidade (Psiquiatria)
3. Porta de Entrada
4. Resultado

PERSONAGENS

- RECLAMANTE: Dr. Isidoro*, psiquiatra
- RECLAMADA: Dr. Germano*, psiquiatra
- ENVOLVIDA: Sra. Maria Aparecida*, paciente

Caso

Psiquiatra acusa colega de usar prontuário médico para ironizar o tratamento proposto a uma de suas pacientes. Atuando como assistente de uma portadora de distúrbios mentais, havia determinado o não uso de antipsicóticos no tratamento dela. Além de contrariar a recomendação, plantonista escreve no prontuário: “Na literatura não há nenhum caso descrito de hipersensibilidade a todos os neurolépticos. Por isso, deveria publicar”.

dicamento e, ainda, anotou no prontuário: “A conduta terapêutica adotada pelo médico assistente vem sendo ineficaz”.

“Em momento nenhum o colega plantonista dirigiu-se ao responsável pela paciente para discutir o caso ou colaborar com a sua experiência, o que demonstraria respeito pelo colega e um real interesse pelo bem-estar daquela senhora”, lamentou o reclamante.

EXPOSIÇÃO DA DENÚNCIA

Inconformado com “falta de respeito profissional” demonstrada pelo colega Dr. Germano*, o psiquiatra Dr. Isidoro* levou sua queixa à CEM do hospital onde ambos atuam. O caso, posteriormente, foi encaminhado pela própria CEM ao Conselho. Ao assumir seu plantão em hospital psiquiátrico, o Dr. Germano deparou-se com a Sra. Maria Aparecida*, que demonstrava intensa agitação psicomotora, com ímpetos agressivos (chegando a ser violenta com outras internadas e enfermagem) e gritando muito. Conforme prontuário, seu médico assistente havia proibido o uso de neurolépticos – baseado em diagnóstico anterior de síndrome neuroléptica maligna, provavelmente causada por um remédio dessa classe. Ainda assim, pelo estado da Sra. Maria, o Dr. Germano decidiu prescrever antipsicótico mais fraco – levando a paciente à melhora, sem intercorrências. Escreveu, depois, no prontuário: “Não há nenhum caso descrito na literatura médica de hipersensibilidade a todos os neurolépticos. Deveria publicar, pois esse é o primeiro”. No dia seguinte, manteve o me-

SINDICÂNCIA / TRAMITAÇÃO / PARTICIPAÇÃO DA CEM

Ao receber a denúncia, a CEM solicitou o prontuário onde os detalhes que motivaram a queixa teriam sido anotados e o depoimento escrito do Dr. Germano. Em sua defesa, o Dr. Germano lembrou que uma das funções do prontuário médico é justamente a de transmitir as informações dos médicos plantonistas aos assistentes, ainda que sejam discordantes. “Classificar como ‘irônica’ a forma com que me dirigi ao colega é só opinião do autor da denúncia”, ressaltou. “Se verdadeiro o caso de hipersensibilidade generalizada a todos os neurolépticos, sua divulgação seria de interesse científico”, reafirmou. Por outro lado, opinou que a proibição estabelecida pelo Dr. Isidoro era, no mínimo, duvidosa. “Durante internações anteriores, foi dito que a paciente havia apresentado reação a apenas um antipsicótico. E não há certeza quanto a isso, já que ela fazia uso de outros dois medicamentos, contra pneumonia e infecção urinária”. Mais tarde, chamado para depor na Delegacia Regional do Conselho, argumentou que em momento nenhum feriu o Código de Ética Médica e que as anotações realizadas tinham caráter estritamente profissional, não pessoal.

Convocado pelo Conselho, o Dr. Isidoro explicou que a proibição aos antipsicóticos deveu-se à síndrome apresentada antes por Maria Aparecida, que a levou à UTI. “A alteração no tratamento de doente só pode ocorrer perante a indiscutível conveniência do mesmo. O que, aqui, não ficou caracterizado”, opinou. “Por consideração, na pior das hipóteses, o plantonista deveria ter se comunicado comigo antes da troca, também para não denegrir minha imagem em meio às pessoas que possuem acesso ao prontuário, como a enfermagem”. Terminou dizendo que é indiscutível o tom irônico, ao recomendar que publicasse o caso em re-

vista médica, já que, em seguida, o colega prescreveu o medicamento proibido.

CONCLUSÃO

Analisando todas as circunstâncias pertinentes ao caso, o Conselho optou por abertura de PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL, com base nos artigos 4º; 19 e 81 (do Código de Ética Médica vigente até abril de 2010). Ou, excluídos os itens IV e VIII dos Princípios Fundamentais, responderia por suposta infração ao artigo 52 do novo Código de Ética Médica.

QUESTÕES PERTINENTES

1. A finalidade do prontuário médico foi desvirtuada nesse caso?
-

17 CONDUTA DISCRIMINATIVA

PONTOS RELEVANTES	PERSONAGENS
1. Conduta discriminatória	• RECLAMANTE: Juiz de Direito, pela morte do Sr. Aristóteles*
2. Queixa	• RECLAMADOS: Dra. Cláudia*, psiquiatra; Dr. Romualdo* e Dr. Nilton*, plantonistas
3. Uso indevido do prontuário	• ENVOLVIDA: Sra. Rita*, mãe do paciente
4. Porta de Entrada	

Caso

Por se tratar de “andarilho” (conforme o próprio prontuário menciona) e alcoólatra, médicos não dão maior importância às dores relatadas por paciente, não pedem exames e dão alta, após a aplicação de glicose. Trata-se de úlcera perfurada, que leva o paciente à morte.

EXPOSIÇÃO DA DENÚNCIA

A denúncia em questão foi encaminhada pelo Poder Judiciário, pedindo averiguação de possível negligência médica. Socorrido pelos bombeiros, o Sr. Aristóteles*, alcoólatra sem residência fixa, chegou ao PS queixando-se de dores no abdome e fraqueza geral. Recebeu atendimento da psiquiatra Cláudia* que, anotando no prontuário como diagnóstico principal “andarilho sem quadro psiquiátrico”, dispensou-o do hospital, três horas mais tarde. Como não tinha para onde ir, a assistente social decidiu encaminhá-lo, de ambulância, à casa que indicou como sendo de sua mãe, a Sra. Rita*. Durante a madrugada, no entanto, vendo a piora acentuada de seu filho, a Sra. Rita decidiu levá-lo de volta ao hospital. Desta vez, Aristóteles ficou sob os cuidados do Dr. Romualdo* que, também sem realizar novo exame específico e apesar das dores abdominais ainda mais acentuadas, limitou-se a prescrever glicose intravenosa e deu nova alta, oito horas depois da chegada.

Naquela noite, pela terceira vez, o paciente foi levado novamente às pressas ao referido PS, onde morreu em seguida, vitimado por cirrose hepática e úlcera duodenal perfurada. De acordo com o promotor de Justiça que encaminhou a denún-

cia, o Sr. Aristóteles “faleceu em razão da infecção que o atacava, sem passar por qualquer procedimento médico”.

SINDICÂNCIA / TRAMITAÇÃO

O Conselho ouviu a Dra. Cláudia; o Dr. Romualdo e, ainda, o Dr. Nilton, responsável pelas tentativas de reanimação, durante o último retorno do paciente ao PS. Das anotações da Dra. Cláudia, constam o encaminhamento à Assistência Social, além de poucos detalhes sobre o paciente, como: “Não há odor alcoólico, quadro produtivo, nem indicação de internação no PS. Andarilho sem quadro psiquiátrico”. Em seu depoimento, entretanto, a psiquiatra nega negligência. “Meu trabalho é o de avaliar pacientes com alteração no comportamento, em interconsultas solicitadas pelos plantonistas. Apenas avaliei e dei alta ao paciente, do ponto de vista psiquiátrico”.

Por seu lado, o Dr. Romualdo afirmou que deu alta hospitalar ao paciente depois de exame físico em que verificou abdome flácido, sem sinais de perigo à vida. “No mesmo dia, o Sr. Aristóteles havia recebido alta do ambulatório de Saúde Mental, comprovação de que não havia sinais de abdome agudo”, defendeu-se. Já o colega Dr. Nilton detalhou o estado em que se encontrava o paciente, quando lhe prestou, sem sucesso, o último atendimento: inconsciente, acrocianótico com pupilas midriáticas e não reagentes e pele fria.

Além do prontuário, foi analisado pelo Conselho o relatório da comissão técnica especial, designada pelo Instituto Médico Legal (IML), que ressaltou: “Ao exame da documentação, podemos concluir que o

caso do paciente não foi pesquisado o suficiente, permitindo a evolução de quadro de úlcera duodenal perfurada. Um simples raio X de abdome permitiria o diagnóstico. Não sabemos quais fatores influíram nessa deficiência diagnóstica e terapêutica”.

CONCLUSÃO

Os médicos que atenderam o paciente negaram que tenham cometido qualquer deslize ético. Entretanto, considera o relator do Conselho, a Dra. Cláudia descreveu como diagnóstico principal “andarilho sem quadro psiquiátrico”, sem que na anamnese ou exame físico constasse algo que possibilitasse fazer esse diagnóstico. O paciente, ainda, apresentava diagnósticos clínicos de etilismo, anemia e dor abdominal a esclarecer e, mesmo assim, a médica anotou apenas “alta do PS”. “Se a dor abdominal não estava esclarecida, como foi possível a alta? Qual a orientação ou conduta contra a anemia?”, perguntou o relator.

Essas mesmas perguntas caberiam ao Dr. Romualdo, que alegou ainda que o paciente não estava com abdome agudo, mas não fez no prontuário referências ao exame físico abdominal, capazes de apontar, por exemplo, onde se localizava a dor; qual a intensidade; ou qual a etiologia do vômito. “É muito difícil admitir que o choque toxêmico instalou-se apenas na ocasião do último atendimento”, ressaltou o relator, acrescentando que o Dr. Nilton nada poderia ter feito para ajudar um paciente que já recebeu agônico.

Indicou, portanto, abertura de PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL contra a Dra. Cláudia e o Dr. Romualdo, apoiado nos artigos 2º; 4º; 5º; 29 e 57 (do Código de Ética Médica vigente até abril de 2010). Ou, agora excluídos os itens II, IV e V dos Princípios Fundamentais, ampara nos artigos 1.º e 32 do novo Código de Ética Médica.

QUESTÕES PERTINENTES

1. A falta de atenção ao Sr. Aristóteles aconteceu pelo simples fato de ele ser alcoólatra e “andarilho, sem residência fixa?” Ou seja, caracteriza discriminação?
2. O relator do Conselho falhou, ao não apurar a participação do plantonista que solicitou a interconsulta à Dra. Cláudia?

18 PERÍCIA MÉDICA

PONTOS RELEVANTES

1. Perícia médica
2. Particularidades
3. Porta de entrada
4. Resultado

PERSONAGENS

- RECLAMANTE: Dra. Vilma*, médica do trabalho
- RECLAMADA: Dra. Karina*, chefe de serviço de Medicina do Trabalho

Caso

Ao realizar exames em funcionários de empresa, médica do trabalho é surpreendida pela presença da chefe do serviço – que permanece na sala durante toda a consulta, sob a alegação de que iria “avaliar como cada médico procede ao exame clínico, para que o mesmo seja padronizado”. Inconformada, a primeira questiona se não estaria sendo violada a relação médico-paciente.

EXPOSIÇÃO DA DENÚNCIA

Os responsáveis pelo departamento de Medicina do Trabalho de empresa decidiram padronizar, por meio de manual, os exames clínicos e anamnese feitos em seus funcionários. Por isso, a Dra. Karina*, coordenadora da equipe, não viu maiores problemas em presenciar a algumas consultas, o que levou a questionamentos por parte da colega, a Dra. Vilma*.

De acordo com a Dra. Vilma, sua superiora não pediu permissão aos pacientes e nem aos outros médicos que estavam ali consultando. “A relação médico-paciente não é inviolável? Dessa forma, poderia a Dra. Karina permanecer na sala, avaliando o exame clínico dos colegas, sem esclarecimentos e consentimento do paciente?”, indignou-se, perguntando ainda se é lícito realizar trabalhos científicos ou projetos de pesquisa envolvendo avaliação clínica de funcionários, antes de se ter um parecer da CEM ou Comitê de Ética da instituição.

SINDICÂNCIA / TRAMITAÇÃO

Em sua defesa, a Dra. Karina explicou que, logo na entrevista inicial para a admissão da médica Dra. Vilma, foi informada a ela a intenção da empresa de produzir manual, visando à padronização do atendimento aos funcionários. “Conheceu, ainda, os detalhes referentes à hierarquia do serviço. É explícito, por exemplo, que a resposta dos seus procedimentos deve ser apresentada à Gerência de Segurança e Saúde no Trabalho”, ressaltou. De acordo com ela, na ocasião que motivou a denúncia, antes da consulta, já havia conversado com a funcionária, explicando o objetivo da sua presença. “Me apresentei como médica e avisei que acompanharia a consulta. Após o exame, para garantir a privacidade, esperei fora da sala até que a colega anotasse todos os dados”, ponderou.

CONCLUSÃO

Na opinião do relator, esse é o tipo de expediente capaz de demonstrar até onde a falta de discernimento entre dois médicos pode chegar. “Como vemos, um ficou constrangido na hora de examinar o paciente. Por sua vez, o outro, pela posição hierárquica que ocupa, deveria ter melhores condições de relacionar-se com os membros da sua equipe”, salientou.

Para ele, é óbvio que a relação médico-paciente é inviolável, mas, no caso em questão, não estaria sendo quebrado o

segredo da consulta, nem do exame físico: apenas pretendia-se padronizar a maneira pela qual seria conveniente fazer tais procedimentos. Sobre a dúvida da Dra. Vilma – questionando “se é lícito realizar trabalhos científicos ou projetos de pesquisa envolvendo avaliação clínica de funcionários, sem antes se ter um parecer da CEM” – ar-

gumentou: “A intenção não era a de promover trabalho científico e, sim, providenciar um manual de segurança e saúde no trabalho por ramo de atividade industrial”.

Não vislumbrando indícios de infração ética, optou pelo ARQUIVAMENTO da sindicância.

QUESTÕES PERTINENTES

1. Qualquer que seja a situação, constitui-se em delito ético presenciar a consulta realizada por outro colega, sem a autorização do mesmo e do paciente?
 2. Apesar de o objetivo ser apenas “padronizar o atendimento”, a presença da chefia do setor de Medicina do Trabalho não é capaz de constranger o funcionário avaliado?
-

19 GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

PONTOS RELEVANTES	PERSONAGENS
<ol style="list-style-type: none">1. Especialidades (Ginecologia e Obstetrícia, primeiras no ranking de denúncias)2. Queixa3. Particularidades	<ul style="list-style-type: none">• RECLAMANTE: Poder Público (Febem), pela morte de RN da interna Lara*• RECLAMADO: Dr. Renato*, obstetra• TESTEMUNHAS: Irene*, enfermeira, e Raimunda*, parteira

Caso

Enfermeira e parteira de Santa Casa avisam ao obstetra Dr. Renato* que a paciente Lara* talvez precise de cesariana no seu segundo parto, considerando seus antecedentes: o primeiro bebê da moça nasceu com 3,980 kg. Além de xingar as funcionárias, o obstetra decide esperar por parto normal até o último minuto – o que não acontece, pois a criança pesa 4,930 kg. Segundo as testemunhas, o médico é obrigado, então, a recorrer ao fórceps e, durante o procedimento, o pescoço do RN é destroncado. Em sua defesa, o Dr. Renato nega o fórceps e alega: “Distocia de ombro é algo inesperado”.

EXPOSIÇÃO DA DENÚNCIA

O expediente foi aberto após o recebimento de ofício do Departamento de Denúncias da Febem – encaminhado ao Conselho durante a apuração da morte do recém-nascido de Lara, uma das internas da instituição, ocorrido em maternidade de Santa Casa do interior. Em substituição a um colega, o obstetra Dr. Renato assumiu o plantão da maternidade pelo período de duas horas (das 19 às 21h), atendendo a seis pacientes internadas no pré-parto. Entre elas estava Lara, 19 anos, cujo primeiro filho havia nascido de parto normal, apesar de grande (3,980kg). Informadas sobre o tamanho do primeiro bebê, a enfermeira Irene e a parteira Raimunda resolveram sugerir ao obstetra que realizasse cesariana. Contrariado, o

Dr. Renato respondeu agressivamente e esperou pela expulsão normal do bebê, argumentando que, de todas as pacientes, Lara era a que estava em trabalho de parto mais avançado (havia dilatação de cerca de nove centímetros).

A partir desse momento, a história fica nebulosa: segundo os primeiros relatos das funcionárias, o Dr. Renato teria esperado demais por parto normal e, ao constatar que isso não seria possível, viu-se obrigado a recorrer ao fórceps quando a cabeça da criança já havia passado pelo canal vaginal da mãe. Durante as manobras, o pescoço do RN teria sido destroncado. O obstetra negou a ocorrência, ressaltando que sequer pensou em fórceps. “Se o fizesse seria, obviamente, antes da expulsão do polo cefálico e com uma boa técnica obstétrica”. Explicou que a causa da morte foi encravamento de espáduas (distocia do ombro), depois do parto trabalhoso que ocasionou à criança depressão cardiorrespiratória profunda.

SINDICÂNCIA / TRAMITAÇÃO / PARTICIPAÇÃO DA CEM

Na fase de sindicância promovida pelo Conselho foram analisados as manifestações do obstetra e o relatório da CEM da Santa Casa (que, na época dos fatos, havia arquivado a denúncia). O Conselho não conseguiu ouvir as duas funcionárias citadas no caso que – inexplicavelmente – passaram a negar a participação no episódio, assim que chamadas a depor pela Administração do hospital e ao falarem com o delegado de polícia.

Em seu depoimento, o Dr. Renato relatou minuciosamente todo o parto em questão, incluindo o passo a passo das manobras procedidas para liberar os ombros do bebê, presos no canal vaginal da mãe. Disse que, “quando, finalmente, conseguiu soltar o recém-nascido, entregou-o ao neonatologista”. A reanimação, infelizmente, foi impossível, pois a criança havia nascido com depressão cardiorrespiratória profunda, vindo a morrer em seguida.

A conduta efetuada, acreditava, era a preconizada em toda literatura médica-obstétrica. “Como uma atendente de pré-parto e uma atendente da ala clínica do hospital podem ‘constatar’ que a criança era grande demais e indicar cesariana se, além de lhes faltar os conhecimentos técnico-profissionais, nem ao menos manipularam a paciente?”, questionou, injuriado pela história ter ido parar nos jornais locais. A CEM optou por arquivar o caso, por entender que os eventos distociacos desse parto eram imprevisíveis porque é sabido “que as tentativas para se criarem fatores preditivos de situações como essa são muito pobres”. O relatório da CEM terminava afirmando que “no parto, o pro-

fissional usou as manobras habituais para o de livramento do ombro e o eventual insucesso delas não caracteriza infração ética”.

CONCLUSÃO

O relator do Conselho lembrou que a distocia de ombro é uma ocorrência felizmente rara e que, em alguns casos, não pode ser prevenida por não ocorrer preponderantemente em fetos grandes. Porém, como o caso em questão envolveu recém-nascido de 4,930kg – e não existia anotação no prontuário de que a paciente era obesa, o que dificultaria a avaliação do tamanho do feto –, disse acreditar que “o obstetra Dr. Renato se descuidou ao não ponderar corretamente sobre o tamanho do bebê, levando, com isso, a riscos no trabalho de parto”. Por vislumbrar indícios de infração ao Código de Ética Médica, propôs abertura de PROCESSO ÉTICO-PROFSSIONAL, com base nos artigos 2º; 5º e 29 do Código de Ética Médica vigente até abril de 2010. Ou, excluídos os itens II e V dos Princípios Fundamentais, violação do artigo 1.º do novo Código de Ética.

QUESTÕES PERTINENTES

1. Até que ponto os médicos devem levar em consideração a opinião dos demais técnicos que atuam em Saúde?
2. A paciente foi atendida durante todo o transcurso do parto. Ainda assim é possível observar a “quebra” do 2º princípio fundamental do Código de Ética Médica?

20 ARQUIVADOS

PONTOS RELEVANTES	PERSONAGENS
<ol style="list-style-type: none">1. Resultado2. Porta de Entrada3. Particularidades	<ul style="list-style-type: none">• RECLAMANTE: Dra. Clara*, pediatra• RECLAMADO: Dr. André*, ginecologista e diretor clínico• ENVOLVIDOS: Sras. Mirthes* e Rodolfa*, assistentes sociais; e Sra Cristina*, paciente; Dr. Pierre*, diretor técnico

Caso

Durante o período em que era chefe da UTI neonatal, pediatra se depara com situação complicada: paciente que havia doado o bebê antes do nascimento do mesmo se arrepende e pede para amamentá-lo. Ao permitir a “visita” da mãe ao seu filho, a médica se envolve em processo na esfera civil, pelo crime de desobediência. O diretor clínico do hospital consegue agravar ainda mais a situação, ao imputar à pediatra total responsabilidade pelo ocorrido. Inconformada, a médica pede ao Conselho providências contra o colega.

EXPOSIÇÃO DA DENÚNCIA

O procedimento foi aberto por solicitação da Dra. Clara, pediatra, por se considerar “vítima de perseguições e injustiças” em episódio ocorrido quando era chefe de UTI neonatal de hospital filantrópico.

Segundo relatou, a instituição foi procurada pela Sra. Cristina*, 22 anos, para dar à luz uma criança que pretendia doar, conforme havia formalizado em juízo, durante a gestação. No dia seguinte ao parto, no entanto, a mãe se arrependeu da decisão, conseguindo da médica autorização para amamentar o bebê.

Informadas sobre a autorização, as Sras. Mirthes* e Rodolfa*, assistentes sociais do hospital, procuraram a Justiça e denunciaram a pediatra pelo crime de Desobediência – já que tinham recebido determinação do Juiz da Infância para que o RN “não recebesse visitas”.

Dias depois, a Dra. Clara foi informada da instauração de sindicância administrativa na instituição a pedido da Justiça, para levantar detalhes e elaborar parecer sobre o caso. Quem assumiu a tarefa de instaurar tal sindicância foi justamente o ginecologista Dr. André*, diretor clínico do hospital e antigo desafeto da pediatra.

“A função deveria ter sido assumida pelo Dr. Pierre*, nosso diretor técnico, visto tratar-se de sindicância administrativa e não de cunho ético” opinaria a Dra. Clara mais tarde, ao pedir ao Conselho providências contra a conduta do colega. “O Dr. André tentou me prejudicar deliberadamente, isentando o hospital e atribuindo somente a mim o ato de desobediência. Em momento algum manifestou preocupação com o recém-nascido ou a mãe, separados abruptamente no ato da amamentação”.

A ex-chefe da UTI foi mais longe, em sua queixa: “O colega procurou violar minha autonomia, enquadrando-me como suscetível de punição. Agiu de forma desleal, ao consignar na sindicância intenção depreciativa. E, pior: maliciosamente, sugeriu que a minha demissão da instituição aconteceu em decorrência do caso, o que é mentira”.

SINDICÂNCIA / TRAMITAÇÃO / PARTICIPAÇÃO DA CEM

Para resolver essa questão, o Conselho convocou os médicos citados e avaliou o relatório produzido pela Comissão de Sindicância Interna (específica sobre este caso) e o parecer da CEM. O relatório da

Comissão de Sindicância apontou claramente a responsabilidade exclusiva da pediatra, no ato de desobediência. “Havia determinação judicial impedindo qualquer contato da mãe biológica com a criança, situação plenamente conhecida pela sindicada. Embora prestasse serviços neste hospital é óbvio que usou seu livre arbítrio para a autorização”, concluiu o relator, o diretor clínico André. Mais tarde, em seu depoimento ao Conselho, o ginecologista classificou como “ridícula” a alegação da Dra. Clara de perseguição pessoal, tomando por base o fato de a Comissão ser composta por vários membros. “Limitei-me a reproduzir os resultados”, argumentou.

Também ouvido, o Dr. Pierre, diretor técnico da instituição, reconheceu problemas na condução do caso pela Comissão de Sindicância. Tanto que pediu, posteriormente, parecer da CEM, que não observou indício de infração ética da Dra. Clara. “Apesar de o Juiz da Vara da Infância e Juventude ter endereçado ao Dr. André a solicitação para abrir uma sindicância interna, ele não poderia tê-la concluído sem consultar-me”, opinou.

Em seu parecer, a CEM informou que a Dra. Clara havia se desligado da instituição por motivos particulares, antes da abertura desse expediente. Reconhecendo que a sindicância não fora perfeita, a CEM tomou depoimentos suplementares dos envolvidos, de onde emergiram novas conclusões e providências que

se sobrepuseram às anteriormente definidas, ponderando pela falta de indícios de infração ética por parte da pediatra.

CONCLUSÃO

Na opinião do relator, um dos pontos determinantes para se fazer justiça referiu-se ao parecer da CEM, reforçando o fato de a Dra. Clara ter se desligado do hospital por meras questões pessoais. Segundo o relator do Conselho, “fica difícil de imaginar o quanto as animosidades entre o Dr. André e a Dra. Clara moveram a conclusão da Comissão de Sindicância Interna”.

O relator opinou que “o Dr. André apresentou equívocos em sua atuação na primeira comissão sindicante”. Entre eles: 1) aceitou participar de sindicância contra desafeto e, pior, ser presidente da mesma; 2) enviou o resultado das apurações diretamente ao Poder Judiciário, sem informar ao seu verdadeiro instaurador; 3) a conclusão inicial (que apontava a Dra. Clara como única responsável pelo crime de desobediência) foi posteriormente modificada: além da médica, também foram incluídas depois como “culpadas” as assistentes sociais e as enfermeiras presentes naquele plantão.

“De todo o exposto, apesar dos equívocos mencionados, não é possível caracterizar dolo nas atitudes do Dr. André. Por essa razão, proponho ARQUIVAMENTO da Sindicância do Conselho”.

QUESTÕES PERTINENTES

1. A médica exerceu sua autonomia ao permitir ato proibido pela Justiça? Caso tenha exercido, qual é a responsabilidade do hospital sobre tal decisão?
2. É ético que eventuais desafetos assumam a responsabilidade de presidir (ou mesmo de participar) de Comissões de Sindicância Internas? Não deveriam declarar-se “impedidos”?

21 ERRO MÉDICO

PONTOS RELEVANTES	PERSONAGENS
<ol style="list-style-type: none">1. Queixa2. Porta de Entrada3. Particularidades	<ul style="list-style-type: none">• RECLAMANTE: Dr. Hilton*, presidente da CEM de hospital• RECLAMADO: Dr. Eraldo*, cirurgião• ENVOLVIDOS: jovem Renata*, paciente; Dr. Milton*, médico patologista

Caso

Adolescente é internada com queixas de dores abdominais e mal-estar. É realizada uma cirurgia de “apêndice”. Posteriormente, o departamento de patologia verificaria que o material retirado era uma trompa uterina. Entre os erros mais sérios indicados nos documentos apresentados à sindicância está o fato de o cirurgião haver se decidido pela cirurgia antes de examinar a garota (a visita pré-anestésica foi feita anteriormente à chegada do médico ao hospital).

prontuário. A operação foi realizada pouco depois de o médico chegar ao local.

Quando o material extraído foi enviado para análise anatomopatológica, verificou-se (por meio de exames microscópico e macroscópico), tratar-se de trompa uterina e não apêndice, como mostrava o relatório da cirurgia. Após rastrear os dados de outras operações realizadas na mesma data, a pedido da CEM – afastando hipótese de troca de material –, o patologista Dr. Milton* decidiu comunicar o resultado ao cirurgião, que se declarou “surpreso”, referindo ter efetuado apendicectomia.

EXPOSIÇÃO DA DENÚNCIA

Essa Sindicância teve início com ofício de CEM de hospital particular, encaminhando cópia de procedimento instaurado para a apuração sobre eventual erro acontecido no centro cirúrgico da instituição.

Renata*, 13 anos, foi levada pelos pais ao PS com queixas de dores abdominais, sem febre e com discreta dor na nuca, ao baixar a cabeça. Nada de mais sério foi encontrado no exame físico – apenas dor leve à palpação do lado direito da barriga –, sendo que o ultrassom e raio X também apresentaram resultados normais. Apesar disso, os médicos informaram aos pais a hipótese de abdome agudo inflamatório, orientando-os a voltar, caso houvesse piora.

Dois dias após a alta, a paciente retornou às pressas com distensão abdominal e dores mais intensas. O cirurgião Dr. Eraldo*, que estava viajando, foi contatado por telefone e, pela sintomatologia, indicou internação e preparo para cirurgia de apêndice, conforme

SINDICÂNCIA / TRAMITAÇÃO / PARTICIPAÇÃO DA CEM

No período de sindicância no Conselho, foram ouvidos o Dr. Eraldo e os outros médicos que participaram do atendimento da menina; anexados o prontuário da paciente, exames realizados (ultrassom e raio-X) e relatório da CEM.

Em seu depoimento, o Dr. Eraldo falou sobre os sintomas levantados na primeira consulta (dor na região da fossa ilíaca direita e cólica intermitente) e sobre a internação, recomendada pelo telefone, após conversa com a paciente e seus pais (onde foram mencionadas dores mais intensas, acompanhadas de náuseas, mal-estar generalizado e calafrios).

Quando chegou ao hospital, informou, havia ainda sinais de irritação peritoneal em fossa ilíaca direita e formação de “plastrão”, reafirmando a hipótese de apendicite aguda, considerando-se ainda a idade de Renata.

O pós-operatório correu de maneira tranquila sendo que, em várias oportunidades, teria cobrado da enfermagem o resultado do exame anatomopatológico do material. “Pela sua localização anatomotopográfica e morfológica, estávamos seguros de estar em frente ao apêndice cecal da paciente”, ressaltou o cirurgião, que atua há 20 anos na área. Descreveu o contato com o patologista Milton quando, ainda atônito pela troca, comprometeu-se a dar a informação aos pais da menina. Assumiu o erro, mas sugeriu que, talvez, “o processo patológico na área tenha causado alterações anatomotopográficas, que nos levaram ao erro”.

O Dr. Hilton*, presidente da CEM, disse que, a seu pedido, foram rastreados os dados de outras cirurgias realizadas no mesmo dia, constatando que a trompa retirada era mesmo de Renata. Pediu, ainda, exame de DNA do líquido peritonial e do material cirúrgico, de origem idêntica. “A probabilidade dessa coincidência pelo acaso é de 1 para 5.000.000”, explicou.

CONCLUSÃO

Analisando os documentos, o relator do Conselho apontou falhas graves, como: 1) não há anotações sobre queixa de dor na fossa ilíaca direita ou dor durante o exame físico; 2) não existem referências a antecedentes menstruais, fundamentais sobre uma paciente de

13 anos; 3) o exame ultrassonográfico, feito momentos antes da cirurgia, não descreveu nada que pudesse sugerir a existência de “plastrão”. “Se esse sinal clínico estava realmente presente, por que o médico não iniciou antibioticoterapia antes de operar, como recomenda a literatura, e só o fez após a abertura da cavidade abdominal?”.

Afirmou estar claro que o Dr. Eraldo havia se decidido pela realização da cirurgia antes de examinar a paciente, pois estava fora quando contatado pelo telefone, chegando ao hospital por volta das 21h, sendo que a visita pré-anestésica aconteceu às 19h e a aplicação de Dormonid, às 19h15.

“Não bastassem todas essas incoerências, o exame anatomopatológico não descreve nenhum sinal de processo inflamatório ou infeccioso. A própria evolução pós-operatória não condiz com quadro de apendicite aguda. Assim, é inaceitável confundir apêndice cecal com trompa uterina, principalmente em pacientes magras”, concluiu. Propôs abertura de PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL, por violação aos artigos 2º; 5º; 29 e 69 do Código de Ética vigente até abril de 2010. Ou, excluídos os itens II e V dos Princípios Fundamentais, violação dos artigos 1.º e 86 do Novo Código. O relator ainda ressaltou “a atitude ética do Dr. Eraldo em informar pessoalmente a família sobre o erro e ao assumir total responsabilidade pelo mesmo”.

QUESTÕES PERTINENTES

1. O cirurgião deixou de anotar várias informações no prontuário; recomendou operação antes de exame e confundiu a peça cirúrgica a ser retirada. Todos esses erros têm o mesmo peso ético?
2. Apesar de levantar todas as informações, a CEM limitou-se a enviar os resultados ao Conselho, sem formular um parecer. Agiu de forma adequada?
3. O médico admitiu seu erro e avisou pessoalmente a família da “vítima”. Isso diminui sua “culpa” ética?

22 GOL CONTRA

PONTOS RELEVANTES	PERSONAGENS
1. Relacionamento com colegas	• RECLAMANTE: Dra. Simone*, médica socorrista
2. Porta de Entrada	• RECLAMADO: Dr. Lino*, neurocirurgião; Dra. Sílvia* e Dr. Mauro*, diretores de hospital; e Dra. Celina*, chefe do plantão
3. Resultado	• ENVOLVIDOS: a pequena Tainá*, paciente; Dr. Marcelo*, testemunha
4. Especialidade	

Caso

Intensivista reclama ao Conselho de Medicina de neurocirurgião e outros colegas, por demorarem a atender à criança a qual acompanhava, durante transferência de hospital. Os ânimos se aquecem e há troca de palavrões na frente dos pais dos pacientes do PS e, depois, agressões físicas na sala da chefe do plantão. Na delegacia, todos optaram por um “acordo de cavalheiros”, apesar dos prejuízos sofridos por alguns: durante a briga, a denunciante teria atingido com um chute no abdome a chefe do plantão, grávida de oito meses.

o neurocirurgião deu-lhe um empurrão – o motivo do bate-boca, palavreado impróprio e ameaças recíprocas. O clímax da discussão, porém, aconteceu quando o Dr. Mauro*, diretor clínico do hospital, ordenou à médica que deixasse a instituição. “Como houve agressões físicas em forma de empurrões e pontapés, fui à delegacia de polícia para registrar queixa. Depois, mais calma, pedi o arquivamento do B.O.”, informou a Dra. Simone, que anexou ao seu depoimento outro escrito pelo Dr. Marcelo*, colega que teria enfrentado problemas parecidos no referido hospital.

EXPOSIÇÃO DA DENÚNCIA

Partiu da Dra. Simone* – intensivista encarregada de acompanhar uma paciente de um hospital para outro, para reavaliação – a iniciativa da abertura da sindicância. Teria perdido a calma com colegas, pela demora no atendimento. Em sua denúncia, informou ter ido ao hospital público para a reavaliação de Tainá*, três anos, por queda acidental. Após a triagem da Pediatria, precisou esperar mais de quarenta minutos pelo atendimento do neurocirurgião Dr. Lino*. Irritada, encaminhou-se à Diretoria para reclamar pelo descaso, mas foi “maltratada” pela responsável, Dra. Sílvia*. Em seguida, afirmou, o Dr. Lino teria chegado à diretoria, gritando “que o diagnóstico da colega estava errado”, e que ela “estava dizendo só besteiras”.

A partir desse momento, os ânimos se exaltaram: de acordo com a Dra. Simone,

SINDICÂNCIA / TRAMITAÇÃO / PARTICIPAÇÃO DA CEM

Na época da ocorrência, a CEM trabalhou intensamente, ouvindo todos os médicos que participaram do atendimento da garota Tainá. Em seu depoimento, o Dr. Lino deu uma versão diferente aos fatos: no momento em que recebeu o chamado para reavaliar Tainá, estava sozinho no plantão, colhendo material para exame de outra criança. Cerca de 15 minutos depois chegou, desculpando-se, à sala onde aguardavam a paciente e a Dra. Simone.

“Ela mal me olhou no rosto e, sem parar de falar, proferiu, na frente dos pais da criança, algo como ‘onde já se viu demorar tanto para atender a um caso tão sério?’”. As provocações continuaram, culminando na briga na Diretoria, quando, além de palavrões, eram ouvidas ameaças por parte da Dra. Simone. “Nunca tinha visto tamanha falta de ética e profissionalismo.

Isso porque, em quarenta minutos, a paciente já havia sido submetida à tomografia e liberada para casa”, declarou o Dr. Lino. Levaram-me para fora do hospital e só me encontrei de novo com a colega na Delegacia de Polícia onde prestou queixa, invertendo a situação”.

Depuseram também na CEM a pediatra e o outro neurocirurgião presentes naquele dia; a Dra. Celina*, chefe de plantão; além do Dr. Mauro, diretor clínico do hospital. Em todas as manifestações, constaram histórias de grosseria por parte da Dra. Simone e tentativas de inversão sobre quem promoveu o episódio que teve como consequência mais grave um chute desferido pela intensivista no abdome da Dra. Celina, grávida de oito meses, que passou mal e teve seu parto abreviado em 15 dias. O bebê, inclusive, necessitou de cuidados intensivos. “A iniciativa de não lavrar boletim de ocorrência partiu dos médicos agredidos e não da Dra. Simone”, lembrou o Dr. Mauro.

CONCLUSÃO

É comum o Conselho de Medicina receber reclamações relacionadas à demora no atendimento em serviços de referência, que acolhem doentes de várias regiões. “A retenção dos médicos acompanhantes dos doentes e do transporte, realmente, acaba causando animosidades que, muitas vezes, caem no descontrole”, admitiu o relator da sindicância. Neste caso, em particular, entretanto, lamentou o palavreado empregado e as agressões físicas que jamais se justificam, apesar de facilitadas por situações estressantes vividas como contingência profissional do médico.

“Deve-se questionar eventuais descasos ou maus-tratos a colegas, utilizando-se as formas adequadas e previstas no Código de Ética Médica”, reforçou. Mesmo assim, levando em consideração o acordo alcançado entre os colegas na época do acontecido, “movido, talvez, pela consciência sobre as responsabilidades recíprocas”, propôs ARQUIVAMENTO do processo.

QUESTÕES PERTINENTES

1. Em sua conclusão, o relator prefere dar um “puxão de orelha” nos envolvidos a enquadrá-los por eventuais infrações ao Código de Ética Médica. Agiu corretamente?
2. Vale a pena o médico abrir um processo de corpo de delito ou o ideal é sempre tentar uma conciliação, no âmbito da própria CEM?

23 SITUAÇÕES EXTREMAS

PONTOS RELEVANTES

1. Queixa
2. Porta de Entrada
3. Particularidades

PERSONAGENS

- RECLAMANTE: Dr. Richard*, diretor clínico
- RECLAMADO: Dr. Pafúncio*, cardiologista
- ENVOLVIDOS: Sr. Paschoalino*, paciente, e sua esposa, Sra. Diva*

Caso

Diretor clínico de Santa Casa apela à CEM pedindo providências contra cardiologista cujo “costume” é assumir paciente dos outros. Traz um caso extremo, em que o colega teria riscado do prontuário o nome do responsável pelo atendimento e trocado pelo dele próprio e, ainda, deixado prescrição para dois dias. Em sua defesa, o acusado garante que a “esposa do paciente teria implorado para que assumisse o caso”.

EXPOSIÇÃO DA DENÚNCIA

Partiu da CEM de hospital filantrópico o pedido de abertura de sindicância no Conselho de Medicina, para averiguar culpa do cardiologista Dr. Pafúncio* – que, aparentemente, estaria desviando para si pacientes cobertos por convênios, sem avisar o responsável pelo plantão.

Quem tomou a iniciativa de procurar a CEM foi o diretor clínico do hospital em questão, Dr. Richard, após observar, por várias vezes, a atitude “desrespeitosa” do colega à escala de plantão. “Como forma de prestigiar o trabalho médico, há um acordo em nosso departamento de que os honorários de convênios seriam recebidos pelo médico da escala de plantão. Engraçado que o Dr. Pafúncio jamais teve interesse de assumir doentes dos outros, provenientes do SUS”, comentou o Dr. Richard.

Teria passado dos limites, entretanto, no caso do Sr. Paschoalino – paciente citado na denúncia. Segundo ele, ao ser transferido do PS para o quarto, o paciente teve sua ficha de internação riscada

e alterada para o nome do Dr. Pafúncio. “Conversei com o Sr. Paschoalino e sua esposa, e eles não manifestaram nenhum desejo de trocar de médico”, acrescentou. Ao analisar o prontuário (que pretendia encaminhar à CEM), o Dr. Richard depa-rou-se com outra irregularidade: por volta das 12h30 do dia 22, o Dr. Pafúncio já havia prescrito para o dia 23.

Por meio da denúncia, disse que pretendia “organizar o Departamento de Cardiologia, estabelecendo o mínimo de regras de convivência mútua”.

SINDICÂNCIA / TRAMITAÇÃO / PARTICIPAÇÃO DA CEM

Na CEM, o cardiologista reconheceu como sua a letra sobreposta sobre o nome digitado do médico responsável pelo acompanhamento do Sr. Paschoalino. Assumiu que errou, principalmente ao prescrever a medicação para dois dias, fato que não era “incomum de sua parte”.

Em sua manifestação ao Conselho, no entanto, modificou totalmente o teor da manifestação. “Há vários anos, o Sr. Paschoalino vinha recebendo acompanhamento ambulatorial em meu consultório e, por isso, sua esposa, a Sra. Diva, me procurou em casa, ‘implorando’ para que eu assumisse o caso. Na ocasião, informei-lhe que só poderia fazê-lo se solicitasse do médico responsável a transferência”.

Não conseguindo a autorização (o médico responsável não havia passado a visita naquele dia), a Sra. Diva, “angustitada e preocupada”, teria procurado novamente

o Dr. Pafúncio, que se prontificou a examinar o paciente e fazer prescrição para solicitação de medicamentos à farmácia, pedindo à mesma que informasse o colega sobre a prescrição. “Por volta das 22h, ao passar em visita e após a informação da Sra. Diva de que o paciente teria sido transferido aos meus cuidados, examinei o Sr. Paschoalino outra vez. Quadro estável, prescrevi a medicação para as 6h do dia seguinte. Portanto, não passei receita para dois dias, como traz a denúncia”.

CONCLUSÃO

O principal questionamento do Dr. Richard à CEM do hospital correspondeu a: “é ético fazer prescrição para o dia 23, quando estamos no dia 22, às 12 horas”?

ponderou o relator da sindicância. Ao responder que “não”, partiu de duas informações distintas: aquela verificada na cópia do prontuário feita às 13h30 do dia 22 (com receituário para o dia 23) e a palavra do Dr. Pafúncio, que negou o fato.

E ressaltou: “Além disso”, não cabe ao familiar ficar falando com o médico, para solicitar transferência. O acordo, necessariamente, deve ser feito entre os profissionais”. Levando em consideração esses dois dados contraditórios, propôs a abertura de PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL contra o Dr. Pafúncio, baseado nos artigos 2º; 4º; 33; 62; 65; 80 e 81 do Código de Ética vigente até abril de 2010. Ou, excluídos os itens II e IV dos Princípios Fundamentais, aplicar-se-iam os artigos 5.º, 37, 40, 51 e 52 do Novo Código de Ética Médica.

QUESTÕES PERTINENTES

1. Se a troca de médico é feita a pedido da esposa (ou outro familiar) do paciente, há infração ética?
 2. É antiético prescrever para dois dias, no caso de pacientes estáveis e com história clínica conhecida?
-

24 COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

PONTOS RELEVANTES

1. Participação de CEM
2. Particularidades

PERSONAGENS

- RECLAMANTE: CEM, a pedido de Selma*, auxiliar de enfermagem
- RECLAMADO: Dr. Carlos*
- ENVOLVIDOS: Dr. Thiago*, presidente da CEM

Caso

Presidente de CEM orienta auxiliar de enfermagem a recorrer ao Conselho, depois de ter sido “maltratada” por médico, quando procurou-o para que “traduzisse” a letra “ilegível” da receita expedida. Em seu depoimento, o médico explica que “o número excessivo de atendimentos e a incidência de casos mais sérios naquela UBS levam-no a escrever com rapidez”. Diz, ainda, que as interrupções são constantes e ocorrem na frente dos pacientes.

EXPOSIÇÃO DA DENÚNCIA

A primeira atitude da auxiliar de enfermagem Selma*, ao ser tratada “grosseiramente” pelo médico Carlos*, foi procurar a CEM da instituição onde ambos trabalham. Lá, foi orientada pelo presidente, Dr. Thiago, a entrarem conjuntamente com denúncia contra o Dr. Carlos, no Conselho.

Segundo Selma, quando tentava confirmar prescrição de insulina a um paciente, foi surpreendida com afirmações ríspidas do médico, do tipo “você pergunta demais” e “a prescrição está clara, como é possível não ter entendido?” só porque, em outras ocasiões, procurou-o para que “traduzisse” sua letra “ilegível”.

A discussão se acirrou, quando a auxiliar de enfermagem teria afirmado que “questionaria quando considerasse necessário”, pois preferia irritar o Dr. Carlos a ministrar remédios errados. Para “tranquilizar” a moça, o médico chegou a tirar a receita de suas mãos e escrever

de “maneira mais detalhada e acessível” o conteúdo da prescrição. “A primeira via em branco, onde fez a correção, posteriormente, sumiu da sala onde estávamos. Nem pude usá-la como prova da falta de educação e respeito profissional do médico para com os outros profissionais da Saúde”, lamentou Selma.

SINDICÂNCIA / TRAMITAÇÃO / PARTICIPAÇÃO DA CEM

Além da auxiliar de enfermagem, o médico Dr. Carlos falou ao Conselho, confirmando a discussão, mas descartou a história de “grosseira” – atitude que, de acordo com ele, “não é de seu feitio”. “Sempre procuro manter um bom relacionamento com o pessoal da enfermagem, mesmo porque minha esposa é enfermeira”, ressaltou. No entanto, insistentes solicitações feitas a partir de interrupções de consultas, na frente do paciente, com o tom de “evidente questionamento da conduta profissional”, certamente causaram o desconforto que acarretou a discussão descrita, referiu-se.

Quanto à sua letra, afirmou que não há condições de “caprichar”, pelo número excessivo de pacientes atendidos naquela UBS, acrescentando ainda que nada tem a ver com o desaparecimento da 1ª guia da prescrição relativa ao caso em questão, peça que “certamente” funcionaria em seu favor.

CONCLUSÃO

Ao ponderar pelo ARQUIVAMENTO da sindicância, o Conselho baseou-se nas afirmações do Dr. Carlos, confirmando

a discussão, mas rechaçando quaisquer atitudes “grosseiras” dirigidas à auxiliar de enfermagem. “Certamente as interpelações, na frente de pacientes, causam desconforto e são capazes de gerar algum tipo de discussão”, opinou o relator, que

acrescentou: “Nas receitas apresentadas, não observo uma caligrafia exatamente pedagógica, mas perfeitamente compreensível e legível”. Portanto, não encontrou indícios de infração ao Código de Ética Médica.

QUESTÕES PERTINENTES

1. Um caso tão simples não poderia ter sido resolvido pela própria Comissão de Ética Médica? O presidente da CEM agiu corretamente, ao encaminhar a queixa diretamente ao Conselho, ou isso caracteriza uma atuação inativa?
 2. Até que ponto deve o médico estar aberto a indagações do restante do pessoal de Saúde, em benefício do paciente?
-

25 RECÉM-FORMADO

PONTOS RELEVANTES	PERSONAGENS
<ol style="list-style-type: none">1. Recém-formado2. Particularidades3. Porta de Entrada4. Resultado	<ul style="list-style-type: none">• RECLAMANTE: CEM de UBS, após denúncia da enfermeira Alice*• RECLAMADOS: Dr. Rafael* e Dr. Nathanael*, clínicos gerais

Caso

Médico empresta o número do CRM a colega sextanista que o substitui durante feriadão, pois este ainda não contava com sua própria carteirinha, em fase de expedição. O sextanista assina receitas e pedidos de exames usando o nome do titular do plantão sendo, por isso, denunciado pela enfermagem. A colação de grau aconteceria três dias depois da denúncia.

EXPOSIÇÃO DA DENÚNCIA

Preocupados com o “atendimento adequado aos pacientes”, a enfermeira Alice* e outros funcionários da enfermagem e da farmácia de UBS procuraram a CEM de ambulatório, para denunciar o que classificaram como “absurdo”: o Dr. Nathanael*, substituto do Dr. Rafael* durante feriadão de Fimados, usou o número do CRM do titular do plantão nas emissões de receitas, atestados e guias de referência, assinando, ainda, documentos com o nome do colega. O Dr. Nathanael ainda não contava com seu próprio número de CRM, ainda em fase de expedição. Ao ser informado sobre a denúncia, decidiu parar com os plantões, até que sua situação fosse regularizada.

SINDICÂNCIA / TRAMITAÇÃO / PARTICIPAÇÃO DA CEM

Durante o período do procedimento investigatório, a CEM da UBS apurou os documentos relativos ao caso (cópias das receitas, atestados e guias de referência

assinados pelo Dr. Nathanael, com o CRM do Dr. Rafael); atestado de conclusão do curso de Medicina e de colação de grau, do dia 8 de novembro daquele ano – ou seja, três dias após a denúncia. Logo no início de seu depoimento, o Dr. Nathanael confirmou que, realmente, prestou atendimento, escrevendo o nome e o número do colega. No entanto, ponderou que já se encontrava com sua formação acadêmica completa e que havia pleiteado inscrição no CRM, já tendo, inclusive, enviado ao órgão os respectivos formulários preenchidos. “Não tive a intenção de exercer a Medicina à margem do Conselho. Agi de boa fé, sem esconder do pessoal da Enfermagem que estava momentaneamente usando o número do Dr. Rafael”, garantiu.

Devido à sua “insegurança de recém-formado”, solicitou ao Dr. Rafael que mantivesse o celular ligado nos dias de plantão, para tirar eventuais dúvidas e discutir casos. Tão logo soube da reclamação, deixou os plantões, esperando até a concessão do próprio registro. “Não recebi qualquer remuneração pelo trabalho e, portanto, não houve exercício ilegal da profissão”.

Também ouvido, o Dr. Rafael relatou que havia sido informado sobre o uso do seu CRM por parte do seu substituto. “Estive conversando com o Dr. Nathanael e não chegamos a um acordo, na verdade, não nos lembramos se tínhamos combinado algo a respeito do número do CRM. Mesmo assim, o fato aconteceu e estou à disposição para as medidas necessárias”, enfatizou.

CONCLUSÃO

Como houve a confirmação de infração ética por parte de ambos os médicos, o relator do Conselho limitou-se a indicar a abertura de PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL *ex officio* contra o Dr. Rafael (artigos 10, 33, 37 e 38 do Código vigente até abril de 2010. Ou, excluído o item X dos Princípios Funda-

mentais, indicação pelos artigos 5.º, 9.º e 10 do Novo Código de Ética), e contra o Dr. Natanael (pelos artigos 2.º, 4.º e 29 do Código vigente até abril de 2010, ou excluídos os itens II e IV dos Princípios Fundamentais, indicação pelo artigo 1.º do Novo Código de Ética). Acrescentou o relator que “a não remuneração pelo plantão não isenta o recém-formado de possível ilegalidade”.

QUESTÕES PERTINENTES

1. Na época do ocorrido o Dr. Nathanael ainda não contava com registro profissional, nem havia colado grau. Poderia, portanto, ser posteriormente punido?
-

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

– COMPARATIVO

[Comparativo dos artigos do Código vigente até abril de 2010 aplicados em sindicâncias e o Novo Código]

Pelo Novo Código de Ética, a transgressão das normas deontológicas (são 118) sujeitará os infratores às penas disciplinares previstas em lei. Assim, os princípios fundamentais não mais serão referenciais de infração e aplicação de pena.

Artigos:

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

Item II, dos Princípios Fundamentais – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

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

Item IV, dos Princípios Fundamentais – Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

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

Item V, dos Princípios Fundamentais – Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

Art. 6º – *O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.*

Item VII, Princípios Fundamentais – O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

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

Item VIII, dos Princípios Fundamentais – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

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

Item IX, dos Princípios Fundamentais – A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio.

Art. 10 – *O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.*

Item X, dos Princípios Fundamentais – O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

Art. 18 – *As relações do médico com os demais profissionais em exercício na área da saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem estar do paciente.*

Item XVII, dos Princípios Fundamentais – As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

Art. 19 – *O médico deve ter, para com os seus colegas, respeito, consideração e solidariedade sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de Ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.*

Item XVIII, dos Princípios Fundamentais – O médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos.

Art. 21 – *(É direito do médico) indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no país.*

Item II, dos Direitos dos Médicos – Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

Art. 29 – *(É vedado ao médico) praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.*

Art. 1º – *(É vedado ao médico) causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.*

Art. 30 – *(É vedado ao médico) delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.*

Art. 2º – *(É vedado ao médico) delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.*

Art. 31 – *(É vedado ao médico) deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.*

Art. 3º – (É vedado ao médico) deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 32 – *(É vedado ao médico) isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal.*

Art. 4º – (É vedado ao médico) deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 33 – *(É vedado ao médico) assumir responsabilidade por ato médico que não praticou, ou do qual não participou efetivamente.*

Art. 5º – (É vedado ao médico) assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.

Art. 34 – *(É vedado ao médico) atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.*

Art. 6º – (É vedado ao médico) atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 35 – *(É vedado ao médico) deixar de atender setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.*

Art. 7º – (É vedado ao médico) Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 37 – *(É vedado ao médico) deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.*

Art. 9º – (É vedado ao médico) deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.

Art. 38 – *(É vedado ao médico) acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina ou com profissionais ou instituições médicas que pratiquem atos ilícitos.*

Art. 9º – (É vedado ao médico) acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina ou com profissionais ou instituições médicas nas quais se pratiquem atos ilícitos.

Art. 42 – *(É vedado ao médico) praticar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.*

Art. 14 – *(É vedado ao médico) praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.*

Art. 48 – *(É vedado ao médico) – Exercer autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar.*

Art. 14 – *(É vedado ao médico) deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo).*

Art. 49 – *(É vedado ao médico) participar da prática de tortura ou outras formas de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, ser conivente com tais práticas ou não as denunciar, quando delas tiver conhecimento.*

Art. 25 – *(É vedado ao médico) deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.*

Art. 57 – *(É vedado ao médico) deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.*

Art. 32 – *(É vedado ao médico) deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.*

Art. 62 – *(É vedado ao médico) prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência e impossibilidade comprovado de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessado o impedimento.*

Art. 37 – *(É vedado ao médico) prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência e emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento.*

Art. 63 – *(É vedado ao médico) desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.*

Art. 38 – *(É vedado ao médico) desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.*

Art. 65 – *(É vedado ao médico) aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico/paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política.*

Art. 40 – *(É vedado ao médico) aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza.*

Art. 69 – *(É vedado ao médico) deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente.*

Art. 87 – *(É vedado ao médico) deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.*

Art. 80 – *(É vedado ao médico) praticar concorrência desleal com outro médico.*

Art. 51 – *(É vedado ao médico) praticar concorrência desleal com outro médico.*

Art. 81 – *(É vedado ao médico) alterar prescrição ou tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.*

Art. 52 – *(É vedado ao médico) Desrespeitar a prescrição ou o tratamento de paciente, determinados por outro médico, mesmo quando em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível benefício para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.*

ANEXO I

CÓDIGO DE
ÉTICA MÉDICA

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.931/2009

(Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90, com retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, seção I, p. 173).

Aprova o Código de Ética Médica.

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, modificado pelo Decreto n.º 6.821, de 14 de abril de 2009 e pela Lei n.º 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e, consubstanciado nas Leis n.º 6.828, de 29 de outubro de 1980 e Lei n.º 9.784, de 29 de janeiro de 1999; 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 exerçam legalmente;

CONSIDERANDO que as normas do Código de Ética Médica devem submeter-se aos dispositivos constitucionais vigentes;

CONSIDERANDO a busca de melhor relacionamento com o paciente e a garantia de maior autonomia à sua vontade;

CONSIDERANDO as propostas formuladas ao longo dos anos de 2008 e 2009 e pelos Conselhos Regionais de Medicina, pelas Entidades Médicas, pelos médicos e por instituições científicas e universitárias para a revisão do atual Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO as decisões da IV Conferência Nacional de Ética Médica que elaborou, com participação de Delegados Médicos de todo o Brasil, um novo Código de Ética Médica revisado.

CONSIDERANDO o decidido pelo Conselho Pleno Nacional reunido em 29 de agosto de 2009;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 17 de setembro de 2009.

RESOLVE:

Art. 1º – *Aprovar o Código de Ética Médica, anexo a esta Resolução, após sua revisão e atualização.*

Art. 2º – *O Conselho Federal de Medicina, sempre que necessário, expedirá Resoluções que complementem este Código de Ética Médica e facilitem sua aplicação.*

Art. 3º – *O Código anexo a esta Resolução entra em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação e, a partir daí, revoga-se o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução CFM n.º 1.246, publicada no Diário Oficial da União, no dia 26 de janeiro de 1988, Seção I, páginas 1574-1579, bem como as demais disposições em contrário.*

Edson de Oliveira Andrade – Presidente

Lívia Barros Garção – Secretária-Geral

Brasília, 17 de setembro de 2009.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.931/2009

O projeto de reforma do atual Código de Ética Médica (Resolução CFM n.º 1246 de 26 de janeiro de 1988), votado e aprovado na IV Conferência Nacional de Ética Médica – CONEM pelo Pleno Nacional dos Conselhos de Medicina, na cidade de São Paulo (SP), no dia 29 de agosto de 2009, foi elaborado tendo em conta a importante participação da sociedade brasileira por meio de consulta pública, que reuniu quase 3 mil contribuições de médicos e não-médicos, sendo revisado durante os dois anos de trabalhos dos membros das Comissões Nacional e Regional de Revisão de Código de Ética Médica, criadas pela Portaria CFM n.º 23, de 9 de maio de 2008, que prestaram relevantes e inestimáveis serviços ao desenvolvimento do tema. Este Código, antes de tudo, vem fortalecer o compromisso moral dos médicos brasileiros e das organizações que prestam serviços à saúde e proporcionam elevado padrão de comportamento ético capaz de assegurar, em todos os casos, a manutenção dos princípios fundamentais do exercício da Medicina.

Visa, em especial, resguardar a prática profissional com caráter político de cidadania, considerando os novos dilemas e desafios ao que se apresentam ao exercício ético da atividade médica, preocupada na aplicação dos conhecimentos criados pelas novas tecnologias, com repercussão tanto nas gerações presentes quanto nas futuras.

Os seus princípios enunciam valores ou metas de caráter amplo e genérico, expondo os grandes conceitos e os principais critérios pelos quais devem orientar-se as práticas éticas do profissional da Medicina. Eles re-ferem-se à busca de valores voltada à realização do ideal de vida humana, ou seja, de uma ética de máximos. As suas normas diceológicas cuidam dos direitos

dos médicos, que deve ter o bem-estar do cidadão como o centro da sua atenção, a fim de que a sua vida torne-se mais sadia e proveitosa. Já as normas deontológicas enunciam regras de comportamento inspiradas nos princípios e caracterizam-se por reduzido grau de abstração, descrevendo situações fáticas e prescrevendo condutas intersubjetivas claramente tipificadas.

Assim, pelo novo Código, os médicos apenas poderão ser punidos pelas normas deontológicas. Na realidade, grande parte das atuais questões éticas tem como pilares os princípios da bioética, tais como o da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, que visam defender a dignidade de todo e qualquer ser humano. Assim, temas como autonomia do paciente e do médico, conflito de interesses entre médicos e indústria (farmacêutica e de equipamentos) e os direitos dos médicos, sigilo profissional, tecnologia (tecnociência) e publicidade excessiva estão entre os principais focos de discussão na reformulação do Código.

Outro objetivo da reforma é reputar o papel do médico como agente social, abordado no Código justamente para garantir mais qualidade no atendimento do sistema público de saúde, para que, com a valorização dos profissionais, possa-se atingir a expectativa de que a rede pública funcione cada vez melhor.

Nesse novo cenário, buscou-se, também, por necessário, a adaptação do Código às recentes Resoluções do Conselho Federal de Medicina e à legislação vigente no País, tendo em vista o fato de que o atual Código foi editado há mais de 20 anos. Sob último aspecto, é de bom alvitre salientar que, por ter introduzido importantes mudanças, inclusive novas regras de conduta, o projeto ora apresentado estipulou o prazo de 180 dias para início da sua vigência, contado a partir de sua publicação, para que a população e a classe médica como um todo (pessoas físicas e jurídicas) possam tomar conhecimento e fazer as adaptações necessárias à aplicação das novas regras.



CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.931/2009

PREÂMBULO

- I – O presente Código de Ética Médica contém as normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, inclusive no exercício de atividades relativas ao ensino, à pesquisa e à administração de serviços de saúde, bem como no exercício de quaisquer outras atividades em que se utilize o conhecimento advindo do estudo da Medicina.
- II – As organizações de prestação de serviços médicos estão sujeitas às normas deste Código.
- III – Para o exercício da Medicina, impõe-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo Estado, Território ou Distrito Federal.
- IV – A fim de garantir o acatamento e a cabal execução deste Código, o médico comunicará ao Conselho Regional de Medicina, com discricção e fundamento, fatos de que tenha conhecimento e que caracterizem possível infração do presente Código e das demais normas que regulam o exercício da Medicina.
- V – A fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas neste Código é atribuição dos Conselhos de Medicina, das comissões de ética e dos médicos em geral.
- VI – Este Código de Ética Médica é composto de 25 princípios fundamentais do exercício da Medicina, 10 normas diceológicas, 118 normas deontológicas e quatro disposições gerais. A transgressão das normas deontológicas sujeitará os infratores às penas disciplinares previstas em lei.
- II – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.
- III – Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.
- IV – Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.
- V – Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.
- VI – O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.
- VII – O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.
- VIII – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

Capítulo I

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

- I – A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.
- IX – A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio.
- X – O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.
- XI – O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas

funções, com exceção dos casos previstos em lei.

- XII** –O médico empenhar-se-á pela melhor adequação do trabalho ao ser humano, pela eliminação e pelo controle dos riscos à saúde inerentes às atividades laborais.
- XIII** –O médico comunicará às autoridades competentes quaisquer formas de deterioração do ecossistema, prejudiciais à saúde e à vida.
- XIV** –O médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.
- XV** –O médico será solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico-científico.
- XVI** – Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.
- XVII** – As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.
- XVIII** – O médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos.
- XIX** – O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência.
- XX**– A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo.
- XXI**–No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que

adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

- XXII**–Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.
- XXIII**–Quando envolvido na produção de conhecimento científico, o médico agirá com isenção e independência, visando ao maior benefício para os pacientes e a sociedade.
- XXIV**–Sempre que participar de pesquisas envolvendo seres humanos ou qualquer animal, o médico respeitará as normas éticas nacionais, bem como protegerá a vulnerabilidade dos sujeitos da pesquisa.
- XXV** – Na aplicação dos conhecimentos criados pelas novas tecnologias, considerando-se suas repercussões tanto nas gerações presentes quanto nas futuras, o médico zelará para que as pessoas não sejam discriminadas por nenhuma razão vinculada à herança genética, protegendo-as em sua dignidade, identidade e integridade.

Capítulo II

DIREITOS DOS MÉDICOS

É direito do médico:

- I** – Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.
- II** – Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.
- III** – Apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.
- IV** – Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde

as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará imediatamente sua decisão à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina.

- V – Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.
- VI – Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição.
- VII – Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.
- VIII – Decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas venha a prejudicá-lo.
- IX – Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.
- X – Estabelecer seus honorários de forma justa e digna.

Capítulo III

RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 1º – Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único: A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Art. 2º – Delegar a outros profissionais

atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 3º – Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 4º – Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 5º – Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.

Art. 6º – Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 7º – Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 8º – Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave.

Art. 9º – Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.

Parágrafo único: Na ausência de médico plantonista substituto, a direção técnica do estabelecimento de saúde deve providenciar a substituição.

Art. 10 – Acumular-se com os que exercem ilegalmente a Medicina ou com profissionais ou instituições médicas nas quais se pratiquem atos ilícitos.

Art. 11 – Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 12 – Deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos empregadores responsáveis.

Parágrafo único: Se o fato persistir, é dever do médico comunicar o ocorrido às autoridades competentes e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 13 – Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

Art. 14 – Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Art. 15 – Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.

§ 1º: No caso de procriação medicamente assistida, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários.

§ 2º: O médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos:

- I – criar seres humanos geneticamente modificados;
- II – criar embriões para investigação;
- III – criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.

§ 3º: Praticar procedimento de procriação medicamente assistida sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo.

Art. 16 – Intervir sobre o genoma humano com vista à sua modificação, exceto na terapia gênica, excluindo-se qualquer ação em células germinativas que resulte na modificação genética da descendência.

Art. 17 – Deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado.

Art. 18 – Desobedecer aos acórdãos e

às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.

Art. 19 – Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Art. 20 – Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

Art. 21 – Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

Capítulo IV

DIREITOS HUMANOS

É vedado ao médico:

Art. 22 – Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 23 – Tratar o ser humano sem civildade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24 – Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 25 – Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.

Art. 26 – Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.

Art. 27 – Desrespeitar a integridade física e mental do paciente ou utilizar-se de meio que possa alterar sua personalidade ou sua consciência em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 28 – Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.

Parágrafo único: Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 29 – Participar, direta ou indiretamente, da execução de pena de morte.

Art. 30 – Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime.

Capítulo V

RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

Art. 31 – Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 32 – Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Art. 33 – Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Art. 34 – Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Art. 35 – Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar

a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 36 – Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1º: Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§ 2º: Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos.

Art. 37 – Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento.

Parágrafo único: O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina.

Art. 38 – Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Art. 39 – Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 40 – Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza.

Art. 41 – Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único: Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis

ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Art. 42 – *Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.*

Capítulo VI

DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

É vedado ao médico:

Art. 43 – *Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspender meios artificiais para prolongar a vida do possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.*

Art. 44 – *Deixar de esclarecer o doador, o receptor ou seus representantes legais sobre os riscos decorrentes de exames, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos casos de transplantes de órgãos.*

Art. 45 – *Retirar órgão de doador vivo quando este for juridicamente incapaz, mesmo se houver autorização de seu representante legal, exceto nos casos permitidos e regulamentados em lei.*

Art. 46 – *Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou de tecidos humanos.*

Capítulo VII

RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS

É vedado ao médico:

Art. 47 – *Usar de sua posição hierárquica para impedir, por motivo de crença religiosa, convicção filosófica, política, interesse econômico ou qualquer outro, que não técnico-científico ou ético, que as instalações e os demais recursos da instituição sob sua direção, sejam utilizados por outros médicos no exercício da profissão, particularmente se forem os únicos existentes no local.*

Art. 48 – *Assumir emprego, cargo ou função para suceder médico demitido*

ou afastado em represália à atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.

Art. 49 – *Assumir condutas contrárias a movimentos legítimos da categoria médica com a finalidade de obter vantagens.*

Art. 50 – *Acobertar erro ou conduta antiética de médico.*

Art. 51 – *Praticar concorrência desleal com outro médico.*

Art. 52 – *Desrespeitar a prescrição ou o tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível benefício para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.*

Art. 53 – *Deixar de encaminhar o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado de volta ao médico assistente e, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que por ele se responsabilizou.*

Art. 54 – *Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou por seu representante legal.*

Art. 55 – *Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade ao ser substituído ao fim do seu turno de trabalho.*

Art. 56 – *Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.*

Art. 57 – *Deixar de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à comissão de ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.*

Capítulo VIII

REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 58 – *O exercício mercantilista da Medicina.*

Art. 59 – Oferecer ou aceitar remuneração ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, bem como por atendimentos não prestados.

Art. 60 – Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico, para efeito de cobrança de honorários.

Art. 61 – Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo estimado dos procedimentos.

Art. 62 – Subordinar os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.

Art. 63 – Explorar o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe, na condição de proprietário, sócio, dirigente ou gestor de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos.

Art. 64 – Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente atendido pelo sistema público de saúde ou dele utilizar-se para a execução de procedimentos médicos em sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais.

Art. 65 – Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos, ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários.

Art. 66 – Praticar dupla cobrança por ato médico realizado.

Parágrafo único: A complementação de honorários em serviço privado pode ser cobrada quando prevista em contrato.

Art. 67 – Deixar de manter a integralidade do pagamento e permitir descontos ou retenção de honorários, salvo os previstos em lei, quando em função de direção ou de chefia.

Art. 68 – Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, indústria farmacêutica, óptica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou comercialização de produtos de prescrição médica, qualquer que seja sua natureza.

Art. 69 – Exercer simultaneamente a

Medicina e a Farmácia ou obter vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza, cuja compra decorra de influência direta em virtude de sua atividade profissional.

Art. 70 – Deixar de apresentar separadamente seus honorários quando outros profissionais participarem do atendimento ao paciente.

Art. 71 – Oferecer seus serviços profissionais como prêmio, qualquer que seja sua natureza.

Art. 72 – Estabelecer vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciam ou comercializam planos de financiamento, cartões de descontos ou consórcios para procedimentos médicos.

Capítulo IX

SIGILO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 73 – Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

Parágrafo único: Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento; c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

Art. 74 – Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.

Art. 75 – Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos, em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente.

Art. 76 – Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 77 – Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito, salvo por expresse consentimento do seu representante legal.

Art. 78 – Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.

Art. 79 – Deixar de guardar o sigilo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

Capítulo X

DOCUMENTOS MÉDICOS

É vedado ao médico:

Art. 80 – Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.

Art. 81 – Atestar como forma de obter vantagens.

Art. 82 – Usar formulários de instituições públicas para prescrever ou atestar fatos verificados na clínica privada.

Art. 83 – Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 84 – Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Art. 85 – Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade.

Art. 86 – Deixar de fornecer laudo médico

ao paciente ou a seu representante legal quando aquele for encaminhado ou transferido para continuação do tratamento ou em caso de solicitação de alta.

Art. 87 – Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§ 1º: O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º: O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.

Art. 88 – Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.

Art. 89 – Liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa.

§ 1º: Quando requisitado judicialmente o prontuário será disponibilizado ao perito médico nomeado pelo juiz.

§ 2º: Quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional.

Art. 90 – Deixar de fornecer cópia do prontuário médico de seu paciente quando requisitado pelos Conselhos Regionais de Medicina.

Art. 91 – Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal.

Capítulo XI

AUDITORIA E PERÍCIA MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 92 – Assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame.

Art. 93 – Ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado.

Art. 94 – Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Art. 95 – Realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

Art. 96 – Receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.

Art. 97 – Autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.

Art. 98 – Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou como auditor, bem como ultrapassar os limites de suas atribuições e de sua competência.

Parágrafo único: O médico tem direito a justa remuneração pela realização do exame pericial.

Art. 101 – Deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa.

Parágrafo único: No caso do sujeito de pesquisa ser menor de idade, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão.

Art. 102 – Deixar de utilizar a terapêutica correta, quando seu uso estiver liberado no País.

Parágrafo único: A utilização de terapêutica experimental é permitida quando aceita pelos órgãos competentes e com o consentimento do paciente ou de seu representante legal, adequadamente esclarecidos da situação e das possíveis consequências.

Art. 103 – Realizar pesquisa em uma comunidade sem antes informá-la e esclarecê-la sobre a natureza da investigação e deixar de atender ao objetivo de proteção à saúde pública, respeitadas as características locais e a legislação pertinente.

Art. 104 – Deixar de manter independência profissional e científica em relação a financiadores de pesquisa médica, satisfazendo interesse comercial ou obtendo vantagens pessoais.

Art. 105 – Realizar pesquisa médica em sujeitos que sejam direta ou indiretamente dependentes ou subordinados ao pesquisador.

Art. 106 – Manter vínculo de qualquer natureza com pesquisas médicas, envolvendo seres humanos, que usem placebo em seus experimentos, quando houver tratamento eficaz e efetivo para a doença pesquisada.

Art. 107 – Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado; atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação, bem

Capítulo XII

ENSINO E PESQUISA MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 99 – Participar de qualquer tipo de experiência envolvendo seres humanos com fins bélicos, políticos, étnicos, eugênicos ou outros que atentem contra a dignidade humana.

Art. 100 – Deixar de obter aprovação de protocolo para a realização de pesquisa em seres humanos, de acordo com a legislação vigente.

como omitir do artigo científico o nome de quem dele tenha participado.

Art. 108 – Utilizar dados, informações ou opiniões ainda não publicados, sem referência ao seu autor ou sem sua autorização por escrito.

Art. 109 – Deixar de zelar, quando docente ou autor de publicações científicas, pela veracidade, clareza e imparcialidade das informações apresentadas, bem como deixar de declarar relações com a indústria de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos, implantes de qualquer natureza e outras que possam configurar conflitos de interesses, ainda que em potencial.

Art. 110 – Praticar a Medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado.

não possa comprovar e especialidade ou área de atuação para a qual não esteja qualificado e registrado no Conselho Regional de Medicina.

Art. 116 – Participar de anúncios de empresas comerciais qualquer que seja sua natureza, valendo-se de sua profissão.

Art. 117 – Apresentar como originais quaisquer ideias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

Art. 118 – Deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, o seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único: Nos anúncios de estabelecimentos de saúde devem constar o nome e o número de registro, no Conselho Regional de Medicina, do diretor técnico.

Capítulo XIII

PUBLICIDADE MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 111 – Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade.

Art. 112 – Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

Art. 113 – Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido cientificamente por órgão competente.

Art. 114 – Consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.

Art. 115 – Anunciar títulos científicos que

Capítulo XIV

DISPOSIÇÕES GERAIS

- I – O médico portador de doença incapacitante para o exercício profissional, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade.
- II – Os médicos que cometerem faltas graves previstas neste Código e cuja continuidade do exercício profissional constitua risco de danos irreparáveis ao paciente ou à sociedade poderão ter o exercício profissional suspenso mediante procedimento administrativo específico.
- III – O Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina e a categoria médica, promoverá a revisão e atualização do presente Código quando necessárias.
- IV – As omissões deste Código serão sanadas pelo Conselho Federal de Medicina.

ANEXO II

CÓDIGO DE
PROCESSO
ÉTICO-PROFISSIONAL

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.897/2009

(Publicada no D.O.U. de 6 maio de 2009, Seção I, p. 75-77, revoga a Resolução CFM nº 1.617/2001).

Aprova as normas processuais que regulamentam as Sindicâncias, Processos Ético-profissionais e o Rito dos Julgamentos nos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, modificado pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e, consubstanciado nas Leis nº 6.838, de 29 de outubro de 1980, e Lei 9.784, de 29 de janeiro de 1999; e

CONSIDERANDO que as normas do Processo Ético-Profissional devem submeter-se aos dispositivos constitucionais vigentes;

CONSIDERANDO as propostas formuladas pelos Conselhos Regionais de Medicina para a elaboração de revisão do Código de Processo Ético-Profissional;

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 exerçam legalmente;

CONSIDERANDO o que ficou decidido na Sessão Plenária de 17 de abril de 2009,

RESOLVE:

Art. 1º – Aprovar o Código de Processo Ético-Profissional anexo, que passa a fazer parte desta resolução.

§ 1º: Tornar obrigatória a sua aplicação a todos os Conselhos de Medicina.

§ 2º: As normas do novo Código são aplicadas de imediato aos processos ético-profissionais em trâmite, sem prejuízo da validade dos atos processuais realizados sob a vigência do Código anterior.

Art. 2º – O presente Código entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Resolução CFM nº 1.617/2001 e demais disposições em contrário.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE, Presidente
LÍVIA BARROS GARÇÃO, Secretária-Geral

Brasília-DF, 17 de abril de 2009.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.897/09

Vivemos em um estado democrático de direito obediente aos preceitos constitucionais, em primeiro lugar, e aos demais dispositivos legais que seguem a hierarquia clássica da Pirâmide de Kelsen, que é definida como:

- 1) Constituição Federal;
- 2) Leis complementares;
- 3) Leis ordinárias;
- 4) Decretos e Súmulas; e
- 5) Portarias e outras peças de legislação.

Desta forma, qualquer edição de norma administrativa deve estar inserida dentro desse contexto hierárquico-normativo.

O CFM, como autarquia federal responsável pela fiscalização técnica e ética da medicina, está adstrito ao princípio da legalidade objetiva, que permite a realização de atos prévia e expressamente previstos em lei.

Nesse sentido, buscou o CFM direcionar o Código de Processo Ético-Profissional dentro dos mandamentos constitucionais e da legislação vigente. Para isso, o CFM munuiu-se

das propostas formuladas pelos Conselhos Regionais de Medicina e seus respectivos corpos jurídicos e corregedores, além da colaboração de várias outras pessoas interessadas na área do direito médico.

É certo que toda a norma processual já nasce desatualizada, tendo em vista o cada dia mais comum e mutante avanço do ordenamento jurídico em sua essência, ou seja, na realidade social que envolve todos os cidadãos.

Ocorre que a busca por uma celeridade e efetividade mais presentes nos processos disciplinares em trâmite perante os Conselhos de Medicina deve sempre se pautar por bases constitucionais e legais que garantam maior possibilidade de defesa possível ao acusado.

Assim, as novidades inseridas nesta revisão processual buscam uma maior efetividade da atividade judicante dos Conselhos de Medicina, com respeito ao devido processo legal, à ampla defesa e ao contraditório, princípios erigidos na Constituição da República como garantia individuais fundamentais.

PEDRO PABLO MAGALHÃES CHACEL, Conselheiro Relator

CÓDIGO DE PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL

Capítulo I

DO PROCESSO EM GERAL

Seção I

Das Disposições Gerais

Art. 1º – *Os Processos Ético-Profissionais e as sindicâncias, nos Conselhos de Medicina, reger-se-ão por este Código e tramitarão em sigilo processual.*

Art. 2º – *A competência para apreciar e julgar infrações éticas será atribuída ao Conselho Regional de Medicina onde o médico estiver inscrito, ao tempo do fato punível ou de sua ocorrência.*

§ 1º: *No caso de a infração ética ter sido cometida em local onde o médico não possua inscrição, a apuração dos fatos será realizada onde ocorreu o fato.*

§ 2º: *A apreciação e o julgamento de infrações éticas de Conselheiros obedecerá às seguintes regras:*

I - a sindicância realizar-se-á pelo Conselho Regional de Medicina onde o fato ocorreu;

II - decidida a instauração de Processo Ético-Profissional a instrução ocorrerá no Conselho Regional de Medicina, remetendo ao Conselho Federal de Medicina para desaforamento do julgamento.

§ 3º: *O processo terá a forma de autos judiciais, com as peças anexadas por termo, e os despachos, pareceres e decisões serão exarados em ordem cronológica e numérica.*

§ 4º: *Os Presidentes dos Conselhos de Medicina poderão delegar aos Corregedores a designação, mediante o critério de distribuição ou sorteio, dos Conselheiros Sindicante, Instrutor, Relator e Revisor.*

§ 25º: *Os Conselhos de Medicina poderão ser compostos em Câmaras, sendo obrigatória a existência de Câmara(s) de Julgamento de Sindicâncias.*

Seção II

Da Sindicância

Art. 6º – *A sindicância será instaurada:*

I - ex officio;

II - mediante denúncia por escrito ou tomada a termo, na qual conste o relato dos fatos e a identificação completa do denunciante;

III - pela Comissão de Ética Médica, Delegacia Regional ou Representação que tiver ciência do fato com supostos indícios de infração ética, devendo esta informar, de imediato, tal acontecimento ao Conselho Regional.

§ 1º: *As denúncias apresentadas aos Conselhos Regionais de Medicina somente serão recebidas quando devidamente assinadas e, se possível, documentadas.*

§ 2º: *Não ocorrendo a hipótese do § 1º, caberá ao Conselheiro Corregedor fixar prazo de 10 (dez) dias para a complementação da denúncia.*

§ 3º: *Uma vez não cumprido pelo denunciante o disposto no § 2º, caberá ao Conselheiro Corregedor, encaminhar a matéria à primeira sessão de Câmara, com despacho fundamentado.*

Art. 7º – *Instaurada a sindicância, nos termos dos incisos I, II e III do art. 6º, o Presidente do Conselho ou o Conselheiro Corregedor nomeará um Sindicante para, no prazo de até 30 (trinta) dias, prorrogável a critério do Presidente ou Corregedor, apresentar relatório contendo a descrição dos fatos, circunstâncias em que ocorreram,*

identificação das partes e conclusão sobre a existência ou inexistência de indícios de infração ética.

Art. 8º – Do julgamento do relatório da sindicância poderá resultar:

- I - arquivamento fundamentado da denúncia ou baixa em diligência e/ou pedido de vista dos autos por 30 (trinta) dias;
- II - homologação de procedimento de conciliação;
- III - instauração do Processo Ético-Profissional.

§ 1º: Do termo de abertura do Processo Ético-Profissional constarão os fatos e a capitulação de indícios de delito ético.

Art. 9º – A critério do Conselheiro Sindicante, será facultada a conciliação de denúncias de possível infração ao Código de Ética Médica, com a expressa concordância das partes, até o encerramento da sindicância.

§ 1º: Realizada a audiência e aceito, pelas partes, o resultado da conciliação, o Conselheiro Sindicante elaborará relatório circunstanciado sobre o fato, para aprovação pela Câmara, com a respectiva homologação pelo Pleno do Conselho Regional de Medicina.

§ 2º: O procedimento de conciliação orientar-se-á pelos critérios de oralidade, simplicidade, informalidade e economia processual.

§ 3º: Não caberá recurso no procedimento de conciliação, se aceito, pelas partes, o resultado da mesma.

§ 4º: Resultando inexitosa a conciliação, a sindicância prosseguirá em seus termos.

§ 5º: Não será facultada conciliação nos casos de lesão corporal ou morte.

§ 6º: Na conciliação serão permitidos ajustamentos de conduta por meio de compromissos documentalmente assumidos pelas partes.

Art. 10 – Na conciliação não será permitido acerto pecuniário.

Capítulo II

DO PROCESSO EM ESPÉCIE

Seção I

Da Instrução

Art. 11 – Decidida a instauração de Processo Ético-Profissional, o Presidente do Conselho ou o Conselheiro Corregedor terá o prazo de 5 (cinco) dias para nomear o Conselheiro Instrutor, o qual terá 120 (cento e vinte dias) dias para instruir o processo.

§ 1º: O prazo de instrução poderá ser prorrogado, quantas vezes for necessário, por solicitação motivada do Conselheiro Instrutor, a critério do Presidente ou do Conselheiro Corregedor do Conselho.

§ 2º: Após a instauração de Processo Ético-Profissional, o mesmo não poderá ser arquivado por desistência das partes, exceto por óbito do denunciado, quando então será extinto o feito com a anexação da certidão de óbito.

§ 3º: Durante a instrução, surgindo novos fatos ou evidências, o Instrutor poderá inserir outros artigos não previstos na capitulação inicial, garantido o contraditório e a ampla defesa, sendo remetida ao plenário para apreciação.

§ 4º: Ocorrendo óbito do denunciante, o PEP seguirá ex officio, salvo se o cônjuge ou companheiro(a), ascendente, descendente ou colateral até 4º grau se habilitarem nos autos quando devidamente intimados para tal fim.

Art. 12 – O Conselheiro Instrutor promoverá, ao denunciado, citação para apresentar defesa prévia no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de juntada do aviso de recebimento, assegurando-lhe vistas dos autos do processo na secretaria do Conselho ou fornecendo-lhe cópia da íntegra dos autos.

Parágrafo único: A citação deverá indicar os fatos considerados como possíveis infrações ao Código de Ética Médica e sua capitulação.

Art. 13 – Se o denunciado não for encontrado, ou for declarado revel, o Presidente do Conselho ou o Conselheiro Corregedor designar-lhe-á um defensor dativo.

Art. 14 – O (s) denunciante(s) será(ão) qualificado(s) e interrogado(s) sobre os fatos, as circunstâncias da suposta infração e as provas que possam indicar, tomando-se por termo suas declarações.

Art. 15 – Os advogados das partes ou o defensor dativo não poderão intervir ou influir de qualquer modo nas perguntas e nas respostas, sendo-lhes facultado apresentar perguntas por intermédio do Conselheiro Instrutor.

Art. 16 – Antes de iniciar o interrogatório, o Conselheiro Instrutor cientificará ao denunciado que está desobrigado de responder às perguntas que lhe forem formuladas.

Art. 17 – O denunciado será qualificado e, depois de cientificado da denúncia, interrogado sobre os fatos relacionados com a mesma, inclusive se conhece o denunciante e as testemunhas arroladas, e o que tem a alegar sobre os fatos.

Art. 18 – Se houver mais de um denunciado, cada um será interrogado individualmente.

Art. 19 – Consignar-se-ão as perguntas que o(s) depoente(s) deixar(em) de responder, juntamente com as razões de sua abstenção.

Art. 20 – As partes poderão arrolar até 5 (cinco) testemunhas, em até 30 dias após a apresentação da defesa prévia.

§ 1º: As perguntas das partes serão requeridas ao Conselheiro Instrutor, que, por sua vez, as formulará às testemunhas.

§ 2º: Serão recusadas as perguntas que não tiverem estrita relação com o processo ou importarem em repetição de outra(s) já respondida(s).

Art. 21 – A testemunha declarará seu nome, profissão, estado civil e residência bem como se é parente e em que grau de alguma das partes, ou quais suas relações com qualquer delas, e relatará

o que souber, explicando, sempre, as razões de sua ciência.

Parágrafo único: A(s) testemunha(s) será(ão) inquirida(s) separadamente e sucessivamente, primeiro a(s) do(s) denunciante(s) e depois a(s) do(s) denunciado(s), providenciando-se que uma não ouça o depoimento das outras.

Art. 22 – O Conselheiro Instrutor, quando julgar necessário, poderá ouvir outras testemunhas, além das arroladas pelas partes, sempre fundamentando sua decisão.

Art. 23 – O Conselheiro Instrutor não permitirá que as testemunhas manifestem suas apreciações pessoais, salvo quando inseparáveis da narrativa do fato.

Art. 24 – Os depoimentos serão reduzidos a termo e assinados pelos depoentes, pelas partes e pelo Conselheiro Instrutor.

Art. 25 – A acareação será admitida entre denunciante, denunciado e testemunhas, sempre que suas declarações divergirem sobre fatos ou circunstâncias relevantes.

Art. 26 – Se o intimado sendo denunciante, denunciado, salvo revel, ou testemunha, for médico e não comparecer ao depoimento sem motivo justo, ficará sujeito às infrações previstas no Código de Ética Médica.

Art. 27 – Se o intimado, sendo denunciante ou testemunha, não for médico e não comparecer ao depoimento sem motivo justo, ficará sujeito às sanções previstas em Lei.

Art. 28 – Concluída a instrução, será aberto o prazo de 15 (quinze) dias para apresentação das razões finais, primeiramente ao(s) denunciante(s) e, em seguida, ao(s) denunciado(s), com prazo comum entre mais de um denunciante e entre mais de um denunciado.

Parágrafo único: Estando todas as partes presentes à última audiência, poderão ser intimadas pessoalmente para apresentação de razões finais, devendo ser registrada em ata, passando a correr dali os respectivos prazos.

Art. 29 – Após a apresentação das alegações finais e análise do parecer processual da Assessoria Jurídica, o Conselheiro Instrutor proferirá relatório circunstanciado que será encaminhado ao Presidente ou ao Corregedor do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único: Até a data da Sessão de julgamento, o Conselheiro Corregedor, verificando a existência de qualquer vício ou irregularidade, poderá intervir nos autos e, por meio de despacho fundamentado, determinar a realização de atos a serem executados.

Seção II

Do Julgamento

Art. 30 – O Presidente do Conselho ou o Conselheiro Corregedor, após o recebimento do processo, devidamente instruído, terá o prazo de 10 (dez) dias para designar o Conselheiro Relator e o Revisor, os quais ficarão responsáveis pela elaboração de relatórios a serem entregues em 60 (sessenta) e 30 (trinta) dias, respectivamente, podendo ser prorrogados, quantas vezes for necessário, por motivo justificado e a critério do Presidente ou Corregedor do Conselho.

§ 1º: O Relator e o Revisor poderão, dentro dos prazos acima estabelecidos, solicitar ao Presidente ou ao Conselheiro Corregedor que remeta os autos ao Conselheiro Instrutor para novas diligências, indicando quais as providências cabíveis e estabelecendo o prazo para cumprimento da requisição.

§ 2º: O Conselheiro Instrutor poderá ser designado Conselheiro Relator ou Revisor.

Art. 31 – Recebidos os relatórios do Relator e Revisor, o Presidente ou o Conselheiro Corregedor determinará a inclusão do processo na pauta de julgamento.

Art. 32 – As partes serão intimadas da data de julgamento com a antecedência mínima de 10 (dez) dias.

Art. 33 – Na abertura da sessão de julgamento, as partes e seus representantes e/ou seus representantes legais, após as exposições efetuadas pelo Relator e Revisor, vedada qualquer manifestação de voto, o Presidente da Sessão dará a palavra, sucessivamente, ao(s) denunciante(s) e ao(s) denunciado(s), pelo tempo improrrogável de 10 (dez) minutos, para sustentação oral.

Parágrafo único: Feita a sustentação oral, os Conselheiros poderão solicitar esclarecimentos sobre o processo ao Relator, Revisor e, por intermédio do Presidente da Sessão de julgamento, às partes.

Art. 34 – Após os esclarecimentos, discussão e decisão das preliminares e discussão dos fatos, vedada qualquer manifestação de voto conclusivo pelos Conselheiros, será concedido o tempo final de 5 (cinco) minutos sucessivamente, ao(s) denunciante(s) e denunciado(s) e/ou seus representantes legais, para novas manifestações orais.

Art. 35 – Após a manifestação final das partes, o Presidente da Sessão de julgamento, dará, pela ordem, a palavra aos Conselheiros que a solicitarem, para:

I - requerer vista dos autos do processo, apresentando-o com relatório de vista em até 30 (trinta) dias, para novo julgamento, não sendo necessária a participação do mesmo número e dos mesmos Conselheiros que participaram da sessão anterior;

II - requerer a conversão dos autos do processo em diligência, com aprovação da maioria dos Conselheiros presentes no plenário ou câmara, caso em que determinará as providências que devam ser tomadas pelo Conselheiro Instrutor, no prazo de 60 (sessenta) dias prorrogáveis, ao qual remeterá o processo, retornando os autos ao Presidente ou Corregedor para pautar novo julgamento.

Art. 36 – No julgamento, após a votação das preliminares, quando houver, os votos serão apresentados pelos Conselheiros Relator e Revisor de forma integral, oral e sequencial, quanto ao mérito, capitulação

e apenação, seguidos da manifestação de voto, voto divergente quando houver e, ao final, pelos demais Conselheiros.

§ 1º: O Presidente da sessão votará, na forma estabelecida no Regimento Interno de cada Conselho.

§ 2º: O Conselheiro presente ao julgamento, respeitando o quorum máximo previsto em lei, não poderá abster-se de votar, exceto quando estiver presente como observador.

§ 3º: Quando houver divergência nos votos no tocante à penalidade deve ser votada inicialmente a aplicação da pena de cassação, em seguida, penalidade pública ou confidencial, conforme o caso específico.

§ 4º: A votação deverá ser colhida individualmente de cada conselheiro em todos os julgamentos.

Art. 37 – Proferidos os votos, o Presidente anunciará o resultado do julgamento, designando para redigir o acórdão o Relator ou o Revisor e, se estes forem vencidos, a redação caberá ao Conselheiro que propôs o voto vencedor.

Art. 38 – As partes e seus procuradores e o defensor dativo serão intimados da decisão nos termos do art. 67 deste Código.

Art. 39 – O julgamento far-se-á a portas fechadas, sendo permitida apenas a presença das partes e seus procuradores, Assessoria Jurídica dos Conselhos de Medicina, Corregedores e funcionários responsáveis pelo procedimento disciplinar nos Conselhos de Medicina necessários para o bom funcionamento do Tribunal de Ética Médica, até o encerramento da sessão.

Art. 40 – As penas disciplinares aplicáveis pelos Conselhos Regionais são as previstas em Lei.

Capítulo III

DOS IMPEDIMENTOS

Art.41 – É impedido de atuar em Processo Ético-Profissional e na sindicância o Conselheiro que:

- I - tenha interesse direto ou indireto na matéria;
- II - tenha participado como perito, testemunha ou representante, ou se tais situações ocorrem quanto ao cônjuge, companheiro ou parente e afins até o terceiro grau;
- III - esteja litigando, judicial ou administrativamente, com o interessado ou respectivo cônjuge ou companheiro(a).
- IV - Tenha relação de parentesco, quais sejam: cônjuge ou companheiro, ascendentes, descendentes e colaterais até 4º grau com o advogado da parte.

Art.42 – O Conselheiro que incorrer em impedimento deve comunicar o fato ao Presidente do Conselho, abstendo-se de atuar.

Capítulo IV

DAS NULIDADES

Art.43 – Nenhum ato será declarado nulo, se da nulidade não resultar prejuízo para as partes.

Art.44 – A nulidade ocorrerá nos seguintes casos:

- I - por suspeição arguida contra membros do Conselho, sendo apreciada na sessão de julgamento e acolhida pelo Plenário;
- II - por falta de cumprimento das formalidades legais prescritas no presente Código.

Art.45 – Nenhuma das partes poderá arguir nulidade a que haja dado causa, para a qual tenham concorrido ou referente à formalidade cuja observância só à parte contrária interesse.

Art.46 – Não será declarada nulidade de ato processual que não houver influído na apuração da verdade substancial ou na decisão da causa.

Art.47 – As nulidades considerar-se-ão sanadas:

- I - se não forem arguidas em tempo oportuno;
- II - se, praticado por outra forma, o ato atingir suas finalidades;

III - se a parte, ainda que tacitamente, aceitar seus efeitos.

Art. 48 – Os atos cuja nulidade não for sanada na forma do art. 47 serão renovados ou retificados.

Parágrafo único: Declarada a nulidade de um ato, considerar-se-ão nulos todos os atos dele derivados.

Art. 49 – A nulidade dos atos deve ser alegada na primeira oportunidade em que couber à parte falar nos autos, sob pena de preclusão.

officio, das decisões de cassação do exercício profissional proferida pelas Câmaras.

§ 1º: Os recursos terão efeito suspensivo, podendo ocorrer o agravamento da pena, se interposto recurso pelo denunciante.

§ 2º: Considera-se unanimidade a concordância de todos os conselheiros quanto ao mérito.

Art. 51 – Após o recebimento do recurso, a outra parte será intimada para, querendo, apresentar as contrarrazões, no prazo de 30 (trinta) dias.

Capítulo V

DOS RECURSOS

Seção I

Disposições Gerais

Art. 50 – Caberá recurso, no prazo de 30 (trinta) dias:

- I - às Câmaras de Sindicância do Conselho Federal de Medicina, das decisões de arquivamento proferidas pelas Câmaras de Sindicância dos Conselhos Regionais;
- II - ao Pleno do Conselho Regional, das decisões proferidas nos Processos Ético-Profissionais, por maioria, pelas Câmaras, onde houver;
- III - às Câmaras do Conselho Federal de Medicina, das decisões proferidas nos Processos Ético-Profissionais, por unanimidade, pelas Câmaras dos Conselhos Regionais ou das decisões proferidas nos Processos Ético-Profissionais, por maioria ou unanimidade, pelo Pleno dos Conselhos Regionais;
- IV - ao Pleno do Conselho Federal de Medicina, das decisões proferidas nos Processos Ético-Profissionais, por maioria, pelas Câmaras do CFM ou das decisões de cassação do exercício profissional proferidas pelos Conselhos Regionais.
- V - ao Pleno do Conselho Regional, ex

Seção II

Da Revisão do Processo

Art. 52 – Caberá a revisão do Processo Ético-Profissional condenatório, pelo Conselho Federal de Medicina, a qualquer tempo, contado da publicação do acórdão.

Parágrafo único: Da revisão do processo disciplinar findo será admitida quando se descobrirem novas provas que possam inocentar o médico condenado ou por condenação baseada em falsa prova.

Art. 53 – Julgada procedente a revisão, será declarada sem efeito a penalidade aplicada, restabelecendo-se todos os direitos do médico.

Parágrafo único: Da revisão do Processo Ético-Profissional não poderá resultar agravamento de penalidade.

Art. 54 – O pedido de revisão do Processo Ético-Profissional transitado em julgado será dirigido ao Presidente do Conselho Federal de Medicina, que nomeará um Conselheiro Relator para elaboração de relatório, o qual será apresentado ao Pleno para análise e julgamento das novas provas apresentadas pelo médico condenado.

§ 1º: No julgamento da revisão serão aplicadas, no que couber, as normas prescritas no Capítulo II do presente Código.

§ 2º: O pedido de revisão não terá efeito suspensivo.

Art. 55 – São partes legítimas para a revisão:

- I - o profissional punido, pessoalmente ou por intermédio de procurador habilitado;*
- II - o cônjuge ou companheiro(a), descendente, ascendente e irmã(o), em caso de falecimento do condenado;*
- III - o curador, se interdito.*

Parágrafo único: Quando, no curso da revisão, falecer o profissional requerente, será ele substituído por qualquer das pessoas referidas no inciso II, ou nomeado curador para a defesa, quando nenhum substituto se apresentar no prazo de 60 (sessenta) dias.

Art. 56 – Julgando procedente a revisão, o Conselho Federal de Medicina poderá anular o Processo Ético-Profissional, alterar a capitulação, reduzindo a pena ou absolver o profissional punido.

Capítulo VI

DA EXECUÇÃO

Art. 57 – Transitada em julgado a decisão e, no caso de recurso, publicado o acórdão na forma estatuída pelo Regimento Interno do Conselho Federal de Medicina, serão os autos devolvidos à instância de origem do processo, para execução.

Art. 58 – As execuções das penalidades impostas pelos Conselhos Regionais e pelo Conselho Federal de Medicina serão processadas na forma estabelecida pelas respectivas decisões, sendo as penalidades anotadas no prontuário do médico infrator.

§ 1º: As penas públicas serão publicadas no Diário Oficial, em jornal de grande circulação, em jornal local onde o médico exerce suas funções e nos jornais ou boletins dos Conselhos.

§ 2º: No caso de cassação do exercício profissional e da suspensão por 30 (trinta) dias, além dos editais e das comunicações endereçadas às autoridades interessadas será apreendida a carteira profissional do médico infrator.

Capítulo VII

DA REABILITAÇÃO

Art. 59 – Decorridos 5 (cinco) anos após o cumprimento da pena e sem que tenha sofrido qualquer outra penalidade ético-disciplinar, poderá o médico requerer sua reabilitação ao Conselho Regional de Medicina onde está inscrito, com a retirada de seu prontuário dos apontamentos referentes a condenações anteriores.

§ 1º: Exclui-se da concessão do benefício do caput deste artigo o médico punido com a pena de cassação do exercício profissional.

§ 2º: Quando a sanção disciplinar resultar da prática de crime, o pedido de reabilitação depende, também, da correspondente reabilitação criminal.

Capítulo VIII

DA PRESCRIÇÃO

Art. 60 – A punibilidade por falta ética sujeita a Processo Ético-Profissional prescreve em 5 (cinco) anos, contados a partir da data do conhecimento do fato pelo Conselho Regional de Medicina.

Art. 61 – São causas de interrupção de prazo prescricional:

- I - o conhecimento expresso ou a citação do denunciado, inclusive por meio de edital;*
- II - a apresentação de defesa prévia;*
- III - a decisão condenatória recorrível;*
- IV - qualquer ato inequívoco, que importe apuração dos fatos.*

Art. 62 – Todo processo disciplinar paralisado há mais de 3 (três) anos, pendente de despacho ou julgamento, será arquivado ex officio ou sob requerimento da parte interessada, sem prejuízo de serem apuradas as responsabilidades pela paralisação.

Art. 63 – A execução da pena aplicada prescreverá em 5 (cinco) anos, tendo como termo inicial a data da publicação do acórdão.

Art. 64 – Quando o fato objeto do Processo Ético-Profissional também constituir crime, a prescrição reger-se-á pelo prazo previsto na lei penal.

Art. 65 – Deferida a medida judicial de suspensão da apuração ética, o prazo prescricional fica suspenso até a revogação da medida, quando o prazo voltará a fluir.

III - por edital, publicado uma única vez, no Diário Oficial e em jornal local de grande circulação, quando a parte não for encontrada;

IV - por Carta Precatória, no caso das partes e testemunhas encontrarem-se fora da jurisdição do Conselho, e através dos procedimentos pertinentes, se no exterior.

Capítulo IX

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 66 – Aos Conselheiros Corregedor, Sindicante ou Instrutor caberá prover todos os atos que julgarem necessários à conclusão e elucidação do fato, devendo requerer ou requisitar a órgãos da administração pública direta, indireta e fundacional, da União, dos Estados, dos Municípios, do Distrito Federal e de Instituições privadas, quaisquer documentos peças ou informações necessários à instrução de sindicâncias ou Processos Ético-Profissionais.

Art. 67 – A citação e notificações serão feitas às partes e aos seus advogados:

I - por carta registrada, com Aviso de Recebimento;

II - pessoalmente, quando frustrada a realização do inciso anterior;

Art. 68 – Os prazos contarão, obrigatoriamente, a partir da data da juntada aos autos, da comprovação do recebimento da citação, intimações e notificações, inclusive da juntada das cartas precatórias.

Art. 69 – As gravações, para serem admitidas nos autos, deverão estar acompanhadas da sua transcrição, devidamente rubricada pela parte interessada.

Art. 70 – Aos Processos Ético-Profissionais em trâmite, aplicar-se-á, de imediato, o novo Código, sem prejuízo da validade dos atos processuais realizados sob a vigência do Código anterior.

Art. 71 – Este Código entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Resolução CFM nº 1.617/2001 e as demais disposições em contrário.

ANEXO III

REGULAMENTO
DAS COMISSÕES
DE ÉTICA

RESOLUÇÃO CFM N.º 1.657/2002

(Alterada Parcialmente pela Resolução CFM nº 1.812/2007)

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

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 nº 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 exerçam 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 aplica-

dos 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,

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.*

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE, Presidente
RUBENS DOS SANTOS SILVA, Secretário-Geral

Brasília, 11 de dezembro de 2002.

REGULAMENTO DAS COMISSÕES DE ÉTICA

ANEXO DA Resolução CFM nº 1.657/2002, de 11 de dezembro de 2002

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 (dezesseis) 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 atuem, 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 oficializar 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 reunirá-se 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 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.

§ 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.

§ 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.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.812/2007

(Publicada no D.O.U., de 27 de fevereiro de 2007, Seção I, pág. 39)

Altera o art. 6º da Resolução CFM nº 1.657/2002, de 11 de dezembro de 2002, publicada em 20 de dezembro de 2002, que estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 1.657, de 11 de dezembro de 2002, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, publicado em 25 de julho de 1958, por intermédio de seu representante legal, consoante delegação de competência conferida pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, modificada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004 e,

CONSIDERANDO que é atribuição do Conselho Federal de Medicina estabelecer normas sobre a organização, funcionamento e eleições das Comissões de Ética Médica, a teor da Resolução CFM nº 1.657/2002;

CONSIDERANDO que não há óbice que o mandato dos membros da referida Comissão seja revisto pelo Conselho Federal de Medicina;

CONSIDERANDO que, de acordo com o Art. 6º do Anexo da Resolução CFM nº 1.657, de 11 de dezembro de 2002, o mandato dos membros da Comissão de Ética é de 30 (trinta) meses;

CONSIDERANDO que o mandato dos membros da Comissão de Ética poderá ser inferior a 30 (trinta) meses;

CONSIDERANDO que sempre houve Comissões de Ética Médica cujo mandato durava 24 (vinte e quatro) meses;

RESOLVE:

Art. 1º – *O artigo 6º do Anexo da Resolução CFM nº 1.657 de 11 de dezembro de 2002, passa a vigorar com a seguinte redação: “Art. 6º - O mandato das Comissões de Ética será de até 30 (trinta) meses.”*

Art. 2º – *Revoga-se o artigo 6º do Anexo da Resolução CFM nº 1.657, de 11 de dezembro de 2002.*

Art. 3º – *Os demais artigos da Resolução CFM nº 1.657/2002 e seus anexos permanecem inalterados.*

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

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE, Presidente do CFM
LÍVIA BARROS GARÇÃO, Secretária-Geral

Brasília-DF, 11 de janeiro de 2007.

RESOLUÇÃO CRMPR Nº 14/1986

(Aprovado em Sessão Plenária Realizada em 14/04/86)

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3268, de 30 de setembro de 1957, e regulamentada pelo Decreto nº 44045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a Resolução do Conselho Federal de Medicina, nº 1215, de 11 de julho de 1985;

CONSIDERANDO a Resolução do CFM nº 1124, de 29 de agosto de 1983;

CONSIDERANDO o Artigo 28 do Decreto nº 20931, de 11 de janeiro de 1932;

CONSIDERANDO que cabe ao CRMPR fiscalizar o exercício da profissão médica no Estado do Paraná;

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

CONSIDERANDO a exigência e necessidade da participação ativa de todos os médicos na defesa ético-profissional da medicina;

RESOLVE:

Art. 1º – *Determinar a criação de Comissões de Ética Médica em todos os estabelecimentos ou entidades em que se exerce a Medicina no Estado do Paraná.*

Art. 2º – *Determinar a regulamentação do funcionamento, competência, atribuição e organização das Comissões de Ética Médica.*

Art. 3º – *Que a presente Resolução entrará em vigor a partir de 31 de março de 1986.*

Sala das sessões, 03 de fevereiro de 1986.

RESOLUÇÃO CRMPR N.º 178/2009

(Publicada no Diário Oficial do Paraná de 19/10/2009, Ed. 8079, p. 83)

Revoga a Resolução CRMPR N.º 061/97, que dispõe sobre Comissões de Ética Médica nos Hospitais.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA DO PARANÁ, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e Lei n.º 11.000, de 15 de dezembro de 2004, 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 exerçam legalmente;

CONSIDERANDO que as Resoluções editadas pelos Conselhos Regionais devem obedecer aos critérios estabelecidos pelas normas emanadas do Conselho Federal de Medicina;

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

ritório nacional, conforme as Resoluções do Conselho Federal de Medicina n.º 1.657/2002 e n.º 1.812/2007;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária n.º 2.361ª de 05/10/2009;

RESOLVE:

Art. 1º – *Revogar a Resolução do CRMPR N.º 061/97; por não contemplar o estabelecido nas Resoluções do Conselho Federal de Medicina N.º 1.657/2002 e 1.812/2007;*

Art. 2º – *As instituições prestadoras de serviço médico na jurisdição deste Conselho deverão observar os critérios recomendados nas Resoluções supracitadas.*

Art. 3º – *Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.*

Cons. MIGUEL IBRAIM ABBOUD HANNA SOBRINHO, Presidente.

Cons.ª MARÍLIA CRISTINA MILANO CAMPOS, Secretária-Geral.

Curitiba, 17 de setembro de 2009.



ANEXO IV

DIRETRIZES
GERAIS PARA OS
REGIMENTOS
INTERNOS

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.481/97

(Publicada no D.O.U. de 8 de setembro de 1997, Página 19.802, e Republicada no D.O.U. de 20 de maio de 1998, Página 106.)

Determina que as instituições prestadoras de serviços de assistência médica no País deverão adotar nos seus Regimentos Internos do Corpo Clínico as diretrizes desta Resolução. Revoga-se a Resolução CFM n.º 1.445/94.

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

CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer diretrizes gerais para a elaboração de Regimentos Internos dos estabelecimentos de assistência médica do País, que assegurem condições de relacionamento harmonioso entre instituições e profissionais visando a melhoria da assistência prestada à saúde da população;

CONSIDERANDO que nesses Regimentos devem estar claramente expressos os deveres e direitos dos médicos e dos dirigentes das instituições prestadoras de assistência médica, visando garantir o exercício ético da Medicina;

CONSIDERANDO, ainda, ser obrigatório o registro e aprovação desses Regimentos nos Conselhos Regionais de Medicina, conforme dispõe a Resolução CFM 1.124/83;

CONSIDERANDO o aprovado em Sessão Plenária de 08 de agosto de 1997;

RESOLVE:

Art. 1º – *Determinar que as instituições*

prestadoras de serviços de assistência médica no País deverão adotar nos seus Regimentos Internos do Corpo Clínico as diretrizes gerais abaixo relacionadas.

Art. 2º – *Os Diretores Técnico e Clínico das Instituições acima mencionadas terão o prazo de 60 dias para encaminhar ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição em que atuam documentação comprobatória do atendimento a esta Resolução, a saber:*

§ 1º: *Cópia do Regimento Interno com as devidas alterações;*

§ 2º: *Cópia da ata da Assembleia de Corpo Clínico que aprovou o Regimento Interno com as alterações previstas nesta Resolução.*

§ 3º: *Caso o Regimento Interno da Instituição já atenda o previsto nesta Resolução, os Diretores Técnico e Clínico deverão encaminhar cópia do mesmo e da ata da Assembleia que o aprovou.*

Art. 3º – *Revogar a Resolução CFM nº 1.445/94.*

Art. 4º – *Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação*

WALDIR PAIVA MESQUITA, Presidente

ANTÔNIO HENRIQUE PEDROSA NETO, Secretário-Geral

Brasília-DF, 08 de agosto de 1997.

DIRETRIZES GERAIS PARA OS REGIMENTOS INTERNOS DE CORPO CLÍNICO DAS ENTIDADES PRESTADORAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA NO BRASIL

DEFINIÇÃO

O Corpo Clínico é o conjunto de médicos de uma instituição com a incumbência de prestar assistência aos pacientes que a procuram, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural.

Obs. Nas instituições em que a expressão “corpo clínico” designar a totalidade de profissionais de nível superior que nela atuem, estas diretrizes aplicar-se-ão ao conjunto de médicos reunidos sob qualquer outra denominação.

OBJETIVOS

O Corpo Clínico terá como objetivos, entre outros:

- contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos;
- assegurar a melhor assistência à clientela da Instituição;
- colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Instituição;
- estimular a pesquisa médica;
- cooperar com a administração da Instituição visando a melhoria da assistência prestada;
- estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

COMPOSIÇÃO

O Regimento Interno deverá prever claramente as diversas categorias de médicos que compõem o Corpo Clínico, descrevendo suas características, respeitando o direito do médico de internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição (Art. 25 do Código de Ética Médica).

ORGANIZAÇÃO DO CORPO CLÍNICO

O Regimento Interno deverá prever a existência do Diretor Técnico e do Diretor

Clínico, sendo este obrigatoriamente eleito pelo Corpo Clínico, de forma direta e secreta, com mandato de duração definida. Da mesma forma se procederá em relação à Comissão de Ética da Instituição. A existência de Conselhos e outras Comissões e de outros Órgãos deverá ser explicitada, prevendo-se a representação do Corpo Clínico. As competências dos Diretores Técnico e Clínico e da Comissão de Ética estão previstas em Resoluções específicas do Conselho Federal de Medicina.

ELEIÇÃO

O Diretor Clínico, seu substituto e os membros da Comissão de Ética serão eleitos por votação direta e secreta em Processo Eleitoral especialmente convocado com essa finalidade, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, por maioria simples de votos.

COMPETÊNCIAS

O Regimento Interno deverá discriminar as competências do Corpo Clínico, garantindo aos seus integrantes, de acordo com sua categoria:

- frequentar a Instituição assistindo seus pacientes, valendo-se dos recursos técnicos disponíveis;
- participar das suas Assembleias e Reuniões Científicas;
- votar e, conforme a categoria pertencente, ser votado;
- eleger o Diretor Clínico e seu substituto, Chefes de Serviço, bem como a Comissão de Ética Médica;
- decidir sobre a admissão e exclusão de seus membros garantindo ampla defesa e obediência às normas legais vigentes.
- colaborar com a administração da instituição, respeitando o Código de Ética Médica, os regulamentos e as normas existentes.

DELIBERAÇÕES

O Corpo Clínico deliberará através de Assembleias convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros e em segunda convocação, após 1 hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos, exceto para a exclusão de membros, quando serão exigidos 2/3 dos votos. Mediante requerimento de 1/3 dos seus membros, o Corpo Clínico poderá convocar assembleias extraordinárias, com antecedência mínima de 24 horas.

DIREITOS E DEVERES

O Regimento Interno deverá prever os direitos dos seus integrantes, respeitando como fundamentais:

- a autonomia profissional;
- a admissão e exclusão de membros será decidida pelo Corpo Clínico garantindo-se ampla defesa e obediência às normas legais vigentes;
- o acesso à Instituição e seus serviços;
- a participação nas Assembleias e Reuniões;
- o direito de votar, e conforme o caso, ser votado;
- de receber a remuneração pelos serviços prestados de forma mais direta e imediata possível;
- compete aos membros do Corpo Clínico, a decisão final sobre a prestação do serviço médico do hospital. Fica resguardado no limite dos preceitos éticos o direito do médico decidir autonomamente em atender pacientes vinculados a convênios mesmo quando aceitos pelo Corpo Clínico.
- comunicar falhas observadas na assistência prestada pela Instituição e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes.

Os deveres dos integrantes do Corpo Clínico também deverão ser claramente expressos, prevendo-se, inclusive, a possibilidade de punições no âmbito da Instituição, por fatos de natureza administrativa, através de sindicância, garantindo-se ampla defesa aos acusados. A penalidade de exclusão deverá ser homologada em assembleia do Corpo Clínico. Devem ser claramente mencionados os deveres de:

- obediência ao Código de Ética Médica, ao Estatuto e ao Regimento Interno da Instituição;
- assistir os pacientes sob seu cuidado com respeito, consideração, e dentro da melhor técnica, em seu benefício;
- colaborar com seus colegas na assistência aos seus pacientes, quando solicitado;
- participar de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário. Para a prática, em outra área diferente da que foi admitido deve o médico interessado cumprir as formalidades previstas para o ingresso no Corpo Clínico.
- cumprir as normas técnicas e administrativas da Instituição;
- elaborar prontuário dos pacientes com registros indispensáveis à elucidação do caso em qualquer momento;
- colaborar com as Comissões específicas da Instituição.
- deverá também o médico restringir sua prática à(s) área(s) para a(s) qual(is) foi admitido, exceto em situações de emergência.

Caberá aos médicos que se julgarem prejudicados por decisões de qualquer natureza, recurso ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição em que se encontra registrada a Instituição.

ANEXO V

**TRIBUNAL
DE ÉTICA
DO CRMPR**

RESOLUÇÃO CRM/PR Nº 176/2009

(Aprovada na Reunião Plenária n.º 2.140.ª, de 09/02/2009. Publicada no Diário Oficial do Estado Nº 7.934, pág. 30, de 20 /03/2009.)

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

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, 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 o disposto pelo Código de Processo Ético-Profissional,

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

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

CONSIDERANDO o disposto no § 2º do Art. 36 do Código de Processo Ético-Profissional, que estabelece que o Conselheiro presente ao julgamento, respeitando o quorum máximo previsto em lei, não poderá abster-se de votar;

CONSIDERANDO o deliberado em Sessão Plenária nº 2140 realizada em 9 de fevereiro de 2009.

RESOLVE:

Art. 1º – O Tribunal de Ética do Conselho Regional de Medicina do Paraná terá a seguinte composição:

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

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

Art. 2º – O Pleno, composto pelos Conselheiros, julgará, em grau de recurso, as decisões tomadas nas Câmaras sobre Processos Ético-Profissionais, na forma prevista pelo Código de Processo Ético-Profissional.

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

Art. 3º – Compete às Câmaras o julgamento de Processos Ético-Profissionais e Sindicâncias e apreciar Pareceres e Consultas que lhes forem distribuídos.

§ 1º: O Presidente e o Secretário da sessão da Câmara serão escolhidos no seu início, pelos seus membros, sob sistema de rodízio.

§ 2º: O Presidente da Sessão da Câmara terá direito a voz e voto e, se necessário, também proferirá voto de desempate.

§ 3º: Considera-se quorum mínimo para funcionamento das Câmaras a presença de cinco (5) de seus integrantes.

§ 4º: Se necessário, para complementação do quorum mínimo, os Conselheiros poderão, por designação do Presidente do Conselho, substituir seus pares em outra Câmara.

§ 5º: O quorum do Pleno é de no mínimo 11 e de no máximo 21 conselheiros.

Art. 4º – Quando a decisão das Câmaras sobre Sindicância for pelo arquivamento, caberá recurso ao Conselho Federal de Medicina.

Art. 5º – Quando a decisão das Câmaras sobre Processo Ético-Profissional for por maioria, caberá recurso ao Pleno

do Conselho Regional de Medicina do Paraná e quando for por unanimidade ao Conselho Federal de Medicina.

Art. 6º – *Quando a decisão da Câmara sobre Processo Ético-Profissional for de cassação, seja por unanimidade ou por maioria, caberá recurso “ex officio” ao Pleno do Conselho Regional de Medicina do Paraná.*

Art. 7º – *Quando a decisão do Pleno sobre Processo Ético-Profissional for por maioria ou unanimidade, caberá recurso ao Conselho Federal de Medicina.*

Art. 8º – *Quando a decisão do Pleno sobre Processo Ético-Profissional for de cassação, caberá recurso “ex officio” ao Pleno do Conselho Federal de Medicina.*

Art. 9º – *O Conselheiro que votar pela absolvição do denunciado deverá, se vencido, votar quando da aplicação da pena.*

Art. 10 – *Na instalação e funcionamento das Câmaras e do Pleno serão observadas as disposições do Regimento Interno do Conselho Regional de Medicina do Paraná e, no tocante ao julgamento, observar-se-á a disciplina contida na Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e o dispositivo pelo Código de Processo Ético-Profissional.*

Art. 11 – *Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogada as disposições anteriores, especialmente a Resolução CRMPR nº 157/2008.*

Cons. MIGUEL IBRAIM ABOUD HANNA SOBRINHO, Presidente

Consª. MARÍLIA CRISTINA MILANO CAMPOS, Secretária-Geral

Curitiba, 09 de fevereiro de 2009.



ANEXO VI

LEGISLAÇÃO
ACESSÓRIA

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.638/2002

Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

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 médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

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

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

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

CONSIDERANDO que para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário devem prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica;

CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002.

RESOLVE:

Art. 1º – Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 2º – Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

- Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;
- À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;
- À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3º – Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4º – A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Art. 5º – Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

- *Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);*
- *Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;*
- *Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;*
- *Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do*

profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

- *Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.*
- *Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.*

Art. 6º – *A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.*

Art. 7º – *Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.*

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE, Presidente
RUBENS DOS SANTOS SILVA, Secretário-Geral

Brasília-DF, 10 de julho de 2002.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.658/2002

[Publicada no D.O.U. de 20 de dezembro de 2002, Seção I, pg. 422]

Normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências.

(Parcialmente alterada pela Resolução CFM nº 1.851, de 18/08/2008)

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;

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 números 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:*

- I - especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a recuperação do paciente;*
- II - estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;*
- III - registrar os dados de maneira legível;*

IV - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Único: Quando o atestado for solicitado pelo paciente ou seu representante legal para fins de perícia médica deverá observar:

- I - o diagnóstico;
- II - os resultados dos exames complementares;
- III - a conduta terapêutica;
- IV - o prognóstico;
- V - as consequências à saúde do paciente;
- VI - o provável tempo de repouso estimado necessário para a sua recuperação, que complementarmente o parecer fundamentado do médico perito, a quem cabe legalmente a decisão do benefício previdenciário, tais como: aposentadoria, invalidez definitiva, readaptação;
- VII - registrar os dados de maneira legível;
- VIII - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

(Artigo 3.º já com a nova redação dada ao artigo terceiro pela Resolução CFM nº 1851, de 18/08/2008, publicada no D.O.U. de 18 de agosto de 2008, Seção I, pg. 256).

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 números 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.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.851/2008

(Publicada no D.O.U. de 18 de agosto de 2008, Seção I, pg. 256)

Altera o art. 3º da Resolução CFM nº 1.658, de 13 de fevereiro de 2002, que normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e a Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, que altera a Lei nº 3.268/57 e

CONSIDERANDO que o médico assistente é o profissional que acompanha o paciente em sua doença e evolução e, quando necessário, emite o devido atestado ou relatório médicos e, a princípio, existem condicionantes a limitar a sua conduta quando o paciente necessita buscar benefícios, em especial, previdenciários;

CONSIDERANDO que o médico perito é o profissional incumbido, por lei, de avaliar a condição laborativa do examinado, para fins de enquadramento na situação legal pertinente, sendo que o motivo mais frequente é a habilitação a um benefício por incapacidade;

CONSIDERANDO o Parecer CFM nº 5/08, de 18 de abril de 2008;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 14 de agosto de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º – O artigo 3º da Resolução CFM nº 1.658, de 13 de dezembro de 2002, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 3º – Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos:

- I especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário

para a recuperação do paciente;

- II estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;

- III registrar os dados de maneira legível;

- IV identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Único: Quando o atestado for solicitado pelo paciente ou seu representante legal para fins de perícia médica deverá observar:

- I o diagnóstico;

- II os resultados dos exames complementares;

- III a conduta terapêutica;

- IV o prognóstico;

- V as consequências à saúde do paciente;

- VI o provável tempo de repouso estimado necessário para a sua recuperação, que complementarmente o parecer fundamentado do médico perito, a quem cabe legalmente a decisão do benefício previdenciário, tais como: aposentadoria, invalidez definitiva, readaptação;

- VII registrar os dados de maneira legível;

- VIII identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.”

Art. 2º – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE, Presidente
LIVIA BARROS GARÇÃO, Secretária-Geral

Brasília-DF, 14 de agosto de 2008.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.851/2008

A fim de não dar margem a interpretações conflitantes ao artigo 3º da RESOLUÇÃO CFM n.º 1.658/2002, que normatiza a emissão de atestados médicos, impõe-se a sua revisão, visto que disposições emanadas de instâncias inferiores têm trazido grande discussão no meio médico acerca da atuação, em especial, do médico perito frente ao médico assistente do paciente.

O aludido artigo 3º estabelece que: “Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos:

- a) especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a completa recuperação do paciente;
- b) estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;
- c) registrar os dados de maneira legível;
- d) identificar-se como emissor mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina”.

Adequando a discussão à constante evolução que sofre nossa sociedade, em especial, na área da Medicina, impõe ao órgão máximo da categoria, em última instância, disciplinar controvérsias reinantes no seio da classe, afastando, assim, eventual ingerência e fatores de conflito na relação médico-paciente e INSS.

Nesse sentido, antes de adentrar ao âmbito da discussão, deve-se observar a hierarquia das normas e seus planos hierárquicos, vendo-se que no ápice da pirâmide encontra-se o Conselho Federal de Medicina, tendo na base todos os Conselhos Regionais, que embora detenham autonomia funcional, devem obediência normativa àquele.

A vista disso, se tem que não podem existir ordenamentos conflitantes no seio dos Conselhos Federal e Regionais, disciplinando de forma diversa um mesmo tema.

Dentro dessa ordem de ideias, se faz necessário, para não dizer exigível, manifestação casuística do Conselho Federal acerca do referido artigo, frente à dinâmica dos fatos que se vivenciam.

É necessário que o Conselho Federal, de uma vez por todas, normatize a atuação do médico assistente e do médico-perito frente ao paciente, contudo, convém verificar as figuras desses profissionais, de forma isolada, para se poder concluir o presente trabalho.

Assim, temos que o médico assistente é o profissional que acompanha o paciente em sua doença e evolução e, quando necessário, emite o devido atestado ou relatório médicos e, a princípio, existem condicionantes a limitar a sua conduta quando o paciente necessita buscar benefícios, em especial, previdenciários.

De outro lado, o médico perito é o profissional incumbido, por lei, de avaliar a condição laborativa do examinado, para fins de enquadramento na situação legal pertinente, sendo que o motivo mais frequente é a habilitação a um benefício por incapacidade.

A atividade pericial, no âmbito Conselhal e associativo, se constitui hoje em uma área de atuação de todas as especialidades e é regulamentada pela Lei nº 10.876, de 2 de junho de 2004. Esta Lei estabelece que compete privativamente aos ocupantes do cargo de Perito Médico da Previdência Social e, supletivamente, aos ocupantes do cargo de Supervisor Médico-Pericial da carreira, o exercício das atividades médico-periciais inerentes ao Regime Geral da Previdência Social, especialmente:

- I – emissão de parecer conclusivo quanto à capacidade laboral para fins previdenciários;
- II – inspeção de ambientes de trabalho para fins previdenciários;
- III – caracterização da invalidez para benefícios previdenciários e assistenciais; e
- IV – execução das demais atividades definidas em regulamento.

Parágrafo Único: Os Peritos Médicos da Previdência Social poderão requisitar exames complementares e pareceres especializados a serem realizados por terceiros contratados ou conveniados pelo INSS, quando necessários ao desempenho de suas atividades.

Em função disso, a atividade médico-pericial, em especial do INSS, tem por finalidade precípua a emissão de parecer técnico conclusivo na avaliação de incapacidades laborativas, em face de situações previstas em lei, bem como a análise de requerimentos de diversos benefícios, sejam assistenciais, ou indenizatórios.

Portanto, é imperativo afastar, ou mesmo retirar, a atribuição do médico assistente de “sugerir” ao paciente condutas inerentes e específicas da atuação do médico perito, posto serem distintas as atuações desses profissionais. Expectativa gerada por sugestão,

não contemplada pelo entendimento do perito, cria situações não só de indisposição aos médicos peritos, mas pode gerar agressões físicas, inclusive fatais, como já ocorridas.

Acentua-se, forçosamente, que não se pode conferir ao médico assistente a prerrogativa de indicar o benefício previdenciário, conduta inerente à função do médico perito.

Propõe-se, então, retirar a palavra “completa” do item a) do artigo 3º e acrescentar um parágrafo único neste mesmo artigo, normatizando especificamente o atestado para fins de perícia médica.

GERSON ZAFALON MARTINS, Conselheiro Relator

PUBLICIDADE MÉDICA

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.701/2003

(Texto consolidado de acordo com retificações publicadas no D.O.U. em 22/12/03 e em 13/01/04)

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

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

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

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

CONSIDERANDO que os anúncios médicos deverão obedecer à legislação vigente;

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

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

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

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

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

RESOLVE:

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

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

- a) Nome do profissional;
- b) Especialidade e/ou área de atuação quando devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina;
- c) Número da inscrição no Conselho Regional de Medicina.

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

Art. 3º – É vedado ao médico:

- a) anunciar que trata de sistemas orgânicos, órgãos ou doenças específicas, por induzir a confusão com divulgação de especialidade;
- b) anunciar aparelhagem de forma a que lhe atribua capacidade privilegiada;
- c) participar de anúncios de empresas ou produtos ligados à Medicina;
- d) permitir que seu nome seja incluído em propaganda enganosa de qualquer natureza;
- e) permitir que seu nome circule em qualquer mídia, inclusive na Internet, em matérias desprovidas de rigor científico;

- f) fazer propaganda de método ou técnica não aceitos pela comunidade científica;
- g) expor a figura de paciente seu como forma de divulgar técnica, método ou resultado de tratamento, ainda que com a autorização expressa deste, ressalvado o disposto no artigo 10 desta resolução;
- h) anunciar a utilização de técnicas exclusivas;
- i) oferecer seus serviços através de consórcio ou similares;
- j) garantir, prometer ou insinuar bons resultados do tratamento.

(TEXTO ART. 3º RETIFICADO -D.O.U. DE 22 DEZ. 2003, SEÇÃO I, PAG. 106)

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

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

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

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

Art. 7º – Caso o médico não concorde com o teor das declarações a si atribuídas em matéria jornalística, as quais firam os ditames desta Resolução, deve encaminhar ofício retificador ao órgão de imprensa que a divulgou e ao Conselho Regional de Medicina sem prejuízo de futuras apurações de responsabilidade.

(ART. 7º RETIFICADO - D.O.U. DE 13/01 /2004, SEÇÃO I, PAG. 71)

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

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

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

- a) angariar clientela;
- b) fazer concorrência desleal;
- c) pleitear exclusividade de métodos diagnósticos e terapêuticos;
- d) auferir lucros de qualquer espécie;
- e) permitir a divulgação de endereço e telefone de consultório, clínica ou serviço.

§ 2º: Entende-se por sensacionalismo:

- a) a divulgação publicitária, mesmo de procedimentos consagrados, feita de maneira exagerada e fugindo de conceitos técnicos, para individualizar e priorizar sua atuação ou a instituição onde atua ou tem interesse pessoal;
- b) utilização da mídia, pelo médico, para divulgar métodos e meios que não tenham reconhecimento científico;
- c) a adulteração de dados estatísticos visando beneficiar-se individualmente ou à instituição que representa, integra ou o financia;
- d) a apresentação, em público, de técnicas e métodos científicos que devem limitar-se ao ambiente médico;
- e) a veiculação pública de informações que causem intranquilidade à sociedade.

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) emitir pareceres a consultas feitas ao Conselho Regional de Medicina a respeito de publicidade de assuntos médicos, interpretando pontos duvidosos, conflitos e omissões;
- b) convocar os médicos e pessoas jurídicas para esclarecimentos quando tomar conhecimento de descumprimento das normas éticas sobre a matéria, devendo determinar a imediata suspensão do anúncio;
- c) propor instauração de sindicância nos casos que tenham características de infração ao Código de Ética Médica;
- d) rastrear anúncios divulgados em qualquer mídia, inclusive Internet, adotando as medidas cabíveis sempre que houver desobediência a esta resolução;
- e) providenciar para que a matéria relativa a assunto médico, divulgado pela imprensa leiga, não ultrapasse, em sua tramitação na Comissão, o prazo de 60 (sessenta) dias;
- f) aprovar previamente o teor de outdoors, placas expostas ao ar livre, ou similares.

(ART. 15 RETIFICADO - D.O.U. DE 22/12/2003, SEÇÃO I, PAG. 106)

Art. 16 – A presente resolução entra em vigor na data de sua publicação e ficam revogadas todas as disposições em contrário, e especialmente a Resolução CFM nº 1.036/80.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE, Presidente
RUBENS DOS SANTOS SILVA, Secretário-Geral

Brasília-DF, 10 de setembro de 2003.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO Nº 1.701/2003

A questão da publicidade médica vem assumindo proporções importantes, mercê de disputa crescente pelo mercado, aumento da oferta de serviços e moderna tecnologia dos meios de divulgação.

Os aspectos éticos que permeiam a publicidade médica são aqueles prescritos nos artigos 131 a 140 do Código de Ética Médica.

As divulgações inverídicas, sensacionalistas e de fator que não tenha clara comprovação devem ser melhor definidas, estabelecendo-se um nítido balizamento ético, e ser objeto de resolução que abranja todos os médicos do país, bem como as instituições de saúde.

Apesar de a Resolução CFM nº 1.036/80 ser ainda moderna, necessário se faz um refinamento em razão da nova realidade médica e das técnicas de divulgação. A presente proposição de resolução visa atingir este objetivo, chamando atenção para aspectos tais como:

a) A proibição de não se anunciar tratamento de sistema orgânico ou doenças

específicas, para não gerar confusão ao usuário ou especialidade;

- b) A proibição de utilização da rede mundial de computadores para veiculação de matérias desprovidas de embasamento científico;
- c) A necessidade da sistemática consulta ao CODAME para verificação da eticidade da divulgação;
- d) A importância do diretor técnico na decisão da divulgação de clínicas e serviços;
- e) As definições de autopromoção e sensacionalismo;
- f) A definição de boletins médicos e atribuições da CODAME.

Entendemos, assim, que esta proposta atende e contempla todas as situações que hoje se apresentam, dirimindo dúvidas que a Resolução CFM nº 1.036/80, pela defasagem de tempo, deixa obscuras.

ANEXO VII

**CONSENTIMENTO
INFORMADO**

PARECER Nº 1831/2007 – CRM-PR

(Aprovado na Reunião Plenária nº 1.896, de 14/05/2007)

PROCESSO CONSULTA Nº 011/2007- PROTOCOLO Nº 3343/2007

ASSUNTO: CONSENTIMENTO INFORMADO

PARECERISTA: CONS.ª ROSENI TERESINHA FLORENCIO

EMENTA: Consentimento Informado, mais propriamente chamado de “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” é um documento assinado pelo paciente, no qual ele aceita o conteúdo do mesmo, após ter sido amplamente esclarecido. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve ser um processo dinâmico, de diálogo contínuo, passível de reavaliações. Deve ser respeitada a decisão do paciente, após ele ser plenamente esclarecido. Deve ser considerada a sua condição de compreensão, suas crenças, seus costumes e seu envolvimento familiar. O médico deve registrar todos os dados no prontuário do paciente, dando maior transparência ao diálogo do profissional com o paciente e seus familiares.

CONSULTA

Em documento encaminhado ao CRM-PR, a consulente M. B. M., da assessoria jurídica de estabelecimento hospitalar, formula consulta nos seguintes termos:

“Solicitamos orientação formal de questão que vem ocupando a rotina de todos os hospitais e que, considerando-se a legislação vigente, merece toda a atenção e cautela, tanto das instituições como dos profissionais médicos que nelas exercem suas atividades.

Nas hipóteses em que o paciente manifesta sua vontade sobre realizar ou não determinado procedimento, mediante documento ou mesmo verbalmente, qual a conduta a ser perseguida quando a família, diante da impossibilidade deste paciente reiterar sua posição (por exemplo, encontra-se inconsciente), coloca-se totalmente contrária ao seu desejo?

Igualmente questiona-se, ainda tendo-se como referência a mesma hipótese

acima, qual a conduta diante da oposição de alguns familiares à observância da vontade do paciente e a solicitação de outros no sentido de que seja respeitada a posição do doente quanto à realização ou não de determinado procedimento?

O registro em prontuário, acerca da necessidade da realização do procedimento para a recuperação do paciente e sobre a eventual negativa do doente e/ou seus familiares, traz garantias consideráveis ao médico?”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

As questões levantadas trazem à tona diversos aspectos de extrema importância a serem analisados, uma vez que aborda fatos ou hipóteses comuns no dia a dia de uma instituição hospitalar, para a qual não existe normativa específica ou disciplinamento casuístico.

Neste sentido, com o intuito de tentar lançar um pouco de luz em ambiente insólito, inicialmente abordaremos um pouco das normas que, por analogia, são utilizadas no enfrentamento de dúvidas que surgem na discussão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e sua autonomia.

Assim, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, nos seus Princípios, especificamente nos artigos 3º, 5º, 6º (itens a e b) e 7º (item a), sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido disciplina que:

Artigo 3 – Dignidade Humana e Direitos Humanos

- a) A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitados em sua totalidade.
- b) Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade.

Artigo 5 – Autonomia e Responsabilidade Individual

Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia.

Artigo 6 – Consentimento

a) Qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada. O consentimento deve, quando apropriado, ser manifesto e poder ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito.

Artigo 7 – Indivíduos sem a Capacidade para Consentir

Em conformidade com a legislação, proteção especial deve ser dada a indivíduos sem a capacidade para fornecer consentimento:

a) a autorização para pesquisa e prática médica deve ser obtida no melhor interesse do indivíduo envolvido e de acordo com a legislação nacional. Não obstante, o indivíduo afetado deve ser envolvido, na medida do possível, tanto no processo de decisão sobre consentimento assim como sua retirada.

O Conselho Nacional de Saúde elaborou a Resolução 196/96 (alterada em 22/03/2006), visando normatizar a pesquisa que envolve seres humanos. Não há, nessa Resolução, abordagem específica para outras situações, como as que envolvem o atendimento médico e hospitalar do indivíduo.

Nela, definiu-se o “Consentimento Livre e Esclarecido” como sendo a anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios

previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa.

Sobre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, assim se manifesta:

“As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais.

A eticidade da pesquisa implica em:

- a) Consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia). Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade;
- b) Ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;
- c) Garantia de que danos previsíveis serão evitados (não-maleficência);
- d) Relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garantem a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade).”

Manifesta-se, também, a respeito dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), colegiados interdisciplinares e independentes, com “munus público”, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos.

No item IV da Resolução, cita que “o respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”.

Os dados obtidos a partir dos sujeitos da pesquisa não poderão ser usados para outros fins que os não previstos no protocolo e/ou no consentimento.

Com referência ao Código de Ética Médica (CEM), merecem destaque alguns artigos (**referência ao Código vigente quando da elaboração do parecer**), que são a essência e a base, para a análise dessas questões. Temos, então:

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

Art. 6º – *O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.*

Art. 9º – *A Medicina não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer forma, ser exercida como comércio.*

Art. 21 – (É direito do médico)
Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no país.

Art. 46 – (É vedado ao médico) *Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou do seu representante legal, salvo em iminente perigo de vida.*

Art. 48 – (É vedado ao médico) *Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar.*

Art. 56 – (É vedado ao médico)
Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.

Art. 59 – (É vedado ao médico) *Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.*

Observemos que, diante do “iminente perigo de vida”, o médico deve agir conforme reza nos artigos 46 e 56 do CEM. Essa situação é comum na labuta dos médicos, especialmente dos anestesistas, emergencistas e intensivistas. Muitas vezes, eles não dispõem de condições e nem de tempo hábil para explicar ao paciente e/ou seus familiares sobre o que está ocorrendo e quais as medidas necessárias que devem ser tomadas para salvaguardar a vida, pois necessitam agir com rapidez diante do risco de vida imediato.

A prática da Medicina tem algumas peculiaridades, especialmente por ser uma ciência humana. O diagnóstico de uma doença e o tratamento indicado para a sua resolução podem ocasionar resultados inesperados e imprevisíveis numa pessoa e ser eficaz em outra que apresente os mesmos sintomas. No entanto, isto não indica que o médico não tenha agido com zelo e competência, ou que não tenha sido correto na feitura do diagnóstico e na terapêutica indicada.

Quanto ao modo adequado de abordar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, podemos nos valer das lições do Professor Genival Veloso de França que, na sua obra *Comentários ao Código de Ética Médica*, 3ª ed., ensina: “A informação deve ser simples, objetiva, aproximativa e honesta (...), em linguagem simples e acessível sobre os riscos, vantagens e desvantagens, a fim de configurar-se um consentimento esclarecido (princípio da informação adequada)”.

O Código de Defesa do Consumidor (CDC), instrumento avançado e valioso a serviço da cidadania, é um conjunto de normas claras e harmoniosas, que trata das relações de consumo de bens e serviços, valorizando a teoria do risco-proveito (responsabilidade objetiva).

Para esclarecermos a questão da consulente, a respeito “das garantias dos médicos”, vejamos alguns artigos do Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078, de 11/09/1990):

Art. 8º – *Os produtos e serviços colocados no mercado de consumo não acarretarão riscos à saúde ou segurança dos consumidores (...).*

Art. 14 – *O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores (...).*

§ 4º: *A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante verificação da culpa.*

Artigo 63, §1º – *“Incorrerá nas mesmas penas (Pena: Detenção de 6 meses a 2 anos e multa) quem deixar de alertar, mediante recomendações escritas e ostensivas sobre a periculosidade do serviço a ser prestado”.*

Foram prudentes os profissionais que elaboraram a Legislação do CDC, retirando dos médicos e dos profissionais liberais, lato sensu, a responsabilidade do resultado certo. Isto seria uma exigência incoerente. Ou, no caso da Medicina, um desconhecimento do que significam as incertezas do mundo biológico, com consequências que podem não estar ao alcance da determinação do homem.

Não há como o médico responder por resultados! Mas, terá sempre de agir com retidão profissional e humanidade, lembrando que um dia jurou ajudar ao seu semelhante.

No campo da responsabilidade civil de que se ocupa o CDC em sua quase inteireza, o médico, a ser considerado um fornecedor de serviços submetido à teoria do risco-proveito, estará, naturalmente, obrigado a se proteger no desempenho dessa condição.

Contudo, não há como deixar de existir, na Medicina, lugar para a benevolência e a solidariedade humana, porque a relação do consumidor com o prestador de serviços, regida pelo CDC e inspirada no risco-proveito, se aceite na íntegra, não acolheria mais o ato milenar da caridade.

Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ressalvadas algumas situações, pouco significado ele tem no campo do ato médico, pois não protege nem isenta médicos ou pacientes de resultados desfavoráveis que venham a ocorrer. Se a parte a quem foi destinado o tratamento sentir-se prejudicada, com ou sem razão, poderá atribuir o insucesso à conduta do médico; o médico responderá pela conduta tomada.

O consentimento por escrito deve ser obtido no âmbito da pesquisa e em todos os procedimentos médicos nos quais existam a mínima possibilidade de risco para o paciente.

Mesmo para os tratamentos já consagrados pela ciência, deve o paciente ser informado sobre os benefícios e os riscos a que está se expondo, devendo ser esclarecido sobre o seu diagnóstico, prognóstico e tratamento, conforme preceitua o artigo 59 do Código de Ética Médica. Esse dever de informar, apesar do seu caráter ético, comporta variantes baseadas nos hábitos, educação e aspectos culturais; além da conveniência de que seja individualizado, em função das condições psicológicas, espirituais e da personalidade de cada paciente. Essas variações, no entanto, não desobrigam o médico de informar a quem for a pessoa responsável pelo paciente ou a quem estiver mais interessada e em condições adequadas para cuidar dele.

CONCLUSÃO

Baseados nos esclarecimentos descritos, respondemos aos quesitos, como segue:

Quando um paciente opina sobre um determinado procedimento, após ser amplamente esclarecido pelo profissional médico e estando ele em plenas condições de decidir por si mesmo, deve a sua opinião ser respeitada pelo médico e pelos familiares do doente. O médico pode orientar o paciente sobre as questões relacionadas ao envolvimento familiar, buscando sempre o apoio de todos, de tal forma que, nos momentos das decisões mais difíceis, estejam plenamente cientes do desejo desse paciente.

Não podemos permitir atitudes de coação ou de domínio sobre o paciente, em detrimento da vontade própria do mesmo. Não deve haver “pactos” entre o médico e familiares, baseados em mentiras e omissões, sem levar em consideração a maioria moral do enfermo.

Ainda, não pode imperar a “atitude paternalista” do médico, nem tampouco a atitude de transferir as decisões exclusivamente ao paciente. Deve prevalecer sim o diálogo, o bom-senso e a dedicação do médico, a fim de garantir a autonomia consciente do paciente.

Lembrar que o consentimento é dinâmico e o paciente pode mudar a sua opinião, conforme o seu entendimento e a evolução dos fatos, estando sempre e acima de tudo a dignidade do ser humano e o seu bem-estar.

Claro está que tudo o que for possível deve ser anotado no prontuário médico, trazendo maior transparência às informações. O diálogo, a honestidade na transmissão dessas informações e as explicações claras e simples facilitam o consenso das decisões.

O médico deve esgotar todos os esforços no sentido de esclarecer, orientar e buscar o apoio do paciente e seus familiares, diante da conduta que entende ser a melhor para recuperar a saúde desse paciente. Pode, ainda, solicitar ao paciente que busque a opinião de outro médico, caso

entenda que a escolha feita pelo doente não lhe pareça ser a solução ideal, naquele momento.

Estando o paciente sem condições de reafirmar a sua decisão, como ocorre nos estados de alteração da consciência (estado de coma, sob o efeito de drogas, sedativos ou anestésicos, distúrbios mentais, entre outros), o médico deve dialogar com o responsável legal do paciente, no sentido de reavaliar a decisão anteriormente tomada pelo paciente. Considerar sempre que a atitude tomada não deve implicar em risco ou perigo de vida, conforme a avaliação do médico, devendo nesse caso intervir, buscando o bem do doente.

Diante de atritos e divergências entre as opiniões dos familiares do paciente, estando ele sem condições de se expressar naquele momento, deve o médico reuni-los, esclarecer e orientar sobre todas as dúvidas existentes e procurar manter a melhor decisão em benefício do paciente, salvo se, como exposto acima, houver risco iminente de vida. Tudo deve ser anotado no prontuário médico do paciente.

Não podemos considerar que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido seja um documento visando exclusivamente a proteção do médico e da Instituição, em situações de processos éticos e judiciais, mas sim, uma possibilidade de o enfermo poder manifestar a sua liberdade e autonomia na escolha de decisões, após ser devidamente esclarecido.

Cons^a. ROSENI TERESINHA FLORENCIO, Parecerista

Curitiba, 30 de abril de 2007.

ANEXO VIII

PESSOAS
JURÍDICAS



PESSOAS JURÍDICAS

LEGISLAÇÃO GERAL

Leis e Regulamentações Básicas que dispõem sobre a inscrição das Pessoas Jurídicas nos Conselhos de Medicina

- Lei nº 3.268, de 30/09/57
 - Dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências.
- Lei nº 6.839, de 30/10/1980
 - Dispõe sobre o registro de empresas nas entidades fiscalizadoras do exercício de profissões.
- Resolução CFM nº 997, de 23/05/1980
 - Cria, nos CRMs e no CFM, os Cadastros Regionais e o Cadastro Central dos Estabelecimentos de Saúde de Direção Médica.
- Resolução CFM nº 1.716, de 11/02/2004
 - Dispõe sobre o cadastro, registro, responsabilidade técnica, anuidade, taxas de registros e cancelamento das empresas, instituições, entidades ou estabelecimentos prestadores e/ou intermediadores de assistência à saúde, registrados nos Conselhos Regionais de Medicina.
- Estrutura o Corpo Clínico dos estabelecimentos de saúde e disciplina a admissão e exclusão dos seus membros em registro do Regimento Interno;
- Resolução CFM nº 1.342, de 08/03/1991
 - Dispõe sobre as atribuições do Diretor Técnico e do Diretor Clínico.
- Resolução CFM nº 1.352, de 17/01/1992
 - Permite ao profissional médico assumir a responsabilidade, seja como Diretor Técnico, seja como Diretor Clínico, em, no máximo, 2 (duas) instituições prestadoras de serviços médicos;
- Resolução CFM nº 1.481, de 08/08/1997
 - Determina que as instituições prestadoras de serviços de assistência médica no País deverão adotar nos seus Regimentos Internos do Corpo Clínico as diretrizes desta Resolução;
- Modelo do Regimento Interno do Corpo Médico (disponível no site do CRMPR – www.crmpr.org.br);

Regulamentação para que os estabelecimentos de saúde sejam dirigidos por responsáveis técnicos médicos

- Decreto n.º 20.931, de 11/01/1932
 - Regula e fiscaliza o exercício da Medicina, da Odontologia, da Medicina Veterinária e das profissões de Farmacêutico.
- Resolução CFM nº 997, de 23/05/1980
 - Cria, nos CRMs e no CFM, os Cadastros Regionais e o Cadastro Central dos Estabelecimentos de Saúde de Direção Médica.

Resolução vigente, correspondente a anuidade e capital social das empresas

- Resolução CFM nº 1.928, de 18/08/2009
 - Fixa os valores das anuidades e taxas para o exercício de 2010 e dá outras providências.

Regimento Interno do Corpo Clínico, Diretor Técnico e Diretor Clínico

- Resolução CFM nº 1.124, de 29/08/1983

Comissão de Ética Médica

- Resolução CFM nº 1.657, de 11/12/2002
 - Estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências.
- Resolução CFM nº 1.812, de 11/01/2007
 - Altera o art. 6º da Resolução CFM nº 1.657/2002, que estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências.
- Resolução CRMPR nº 14/86, de 03/02/1986
 - Determina a criação de Comissões de Ética Médica em todos os estabelecimentos ou entidades em que se exerce a Medicina no Estado do Paraná.
- Resolução CRMPR nº 178/2009, de 19/10/2009

- Revogou a Resolução CRMPR nº 61/97, de 12/05/1997, contemplando assim o estabelecido nas Resoluções do CFM nº 1.657/2002 e 1.812/2007.

Comissão de Revisão de Prontuários

- Resolução CFM nº 1638, de 10/07/2002
 - Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH)

- Lei nº 9.431, de 06/01/1997
 - Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.
- Portaria GM/MS nº 2.616, de 12/05/1998
 - Determina diretrizes e normas para a prevenção e o controle de infecções hospitalares.

Operadoras de Planos de Saúde e Afins

- Lei nº 9.656, de 03/06/1998
 - Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.
- Resolução CFM nº 1.590, de 15/12/1999
 - É obrigatório o registro, junto ao Conselho Regional de Medicina competente, das operadoras de planos de saúde e de medicina de grupo, dos planos de autogestão e das cooperativas médicas, devidamente registrados junto ao Ministério da Saúde / ANS.
- Resolução CFM nº 1.642, de 07/08/2002
 - 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 jurisdição, bem como respeitar a autonomia profissional dos médicos, efetuando os pagamentos diretamente aos mesmos e sem sujeitá-los a quaisquer restrições.

Cadastro ou registro de Pessoa Jurídica

Serviços disponíveis

- Inscrição de prestadoras de serviços médicos, recadastramento de prestadoras de serviços médicos, inscrição de operadoras, cooperativas e planos de saúde, renovação do Certificado de Inscrição (CIE), 2.ª Via do Certificado de Inscrição (CIE), certidões, atualização de endereço, mudança de Diretor Técnico e Médico, orientações de Comissão de Ética Médica e de Regimento Interno, visto em contrato social e cancelamentos de PJ.

para cada procedimento, orientações e taxas de serviços e anuidades.

Encaminhamento

- Os requerimentos e demais documentos devem ser protocolados na Sede do Conselho, em uma das Delegacias Regionais (ver endereços na parte final deste Manual) ou ainda encaminhados pelo meio postal para o seguinte endereço: Rua Victório Viezer, 84, Vista Alegre – CEP. 80810-340 - Curitiba- PR.

Formulários e documentos

- Os modelos (em pdf) de formulários ou requerimento de serviços, incluindo inscrição e recadastramento de prestadoras de serviços médicos, relação dos médicos, de termo de compromisso para publicidade, renovação ou 2.ª via do Certificado de Inscrição (CIE), solicitação de descontos e de Regimento Interno, estão disponíveis no site do CRMPR (<http://www.crmpr.org.br/pes-soajuridica/>). Também estão relacionados todos os documentos necessários

Atualização de endereço

- Para atualização de endereço a empresa deverá apresentar cópia do alvará atualizado. Para as empresas que estão em dia com a parte documental e financeira, o Diretor Técnico do estabelecimento deve encaminhar uma solicitação constando o n.º do CNPJ, informando da alteração de endereço e solicitar 2.ª via do CIE atualizado. O prazo de entrega é de aproximadamente cinco dias.

• **DELEGACIA REGIONAL DE APUCARANA**

Rua Dr. Oswaldo Cruz, 510 – sala 502 / Edifício Palácio do Comércio – Centro / 86800-720 – Apucarana-PR
Fone: (43) 3424-1417
e-mail: apucarana@crmpr.org.br
Diretor Regional Dr. Hélio Shindy Kissina

• **DELEGACIA REGIONAL DE CAMPO MOURÃO**

Rua Harrison José Borges, 1154 – sala 303 / Ed. Likes – Centro / 87303-130 / Campo Mourão- PR /
Fone/fax: (44) 3525-1048
e-mail: campomourao@crmpr.org.br
Diretor Regional: Dr. Homero César Cordeiro

• **DELEGACIA REGIONAL DE CASCAVEL**

Rua Jequetibá, 559 - Recanto Tropical esq. Rua Guaíra / 85807-250 / Cascavel- PR
Fone/fax: (45) 3327-1894
e-mail: cascavel@crmpr.org.br
Diretor Regional: Dr. André Pinto Montenegro

• **DELEGACIA REGIONAL DE FOZ DO IGUAÇU**

Rua Almirante Barroso, 1293 – sala 604/ Cond. Centro Empr. Pedro Basso / 85851-010
Foz do Iguaçu – PR
Fone/fax: (45) 3572-4770
e-mail: fozdoiguacu@crmpr.org.br
Diretor Regional: Dr. Rodrigo Lucas de Castilho Vieira

• **DELEGACIA REGIONAL DE GUARAPUAVA**

Rua Marechal Floriano Peixoto, 1811 – sala 82 / Guarapuava-PR
Fone/fax: (42) 3623-7699 / e-mail: guarapuava@crmpr.org.br
Diretor Regional: Dr. Marcos Hernandes Tenório Gomes

• **DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA**

Av. Higienópolis, 32 sala 1403 / Cond. Empr. Newton Câmara/ 86020-040 – Londrina-PR /
Fone: (43) 3321-4961 / Fax: 3339-5347
e-mail: londrina@crmpr.org.br ou ldcrmpr@sercomtel.com.br
Diretor Regional: Dr. Álvaro Luiz de Oliveira

• **DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ**

Ruas das Azaléias, 209 / 87060-040 – Maringá- PR
Fone/fax: (44) 3224-4329/3262-8462
e-mail: maringa@crmpr.org.br
Diretor Regional: Dr. Natal Domingos Gianotto

• **DELEGACIA REGIONAL DE PARANAVÁI**

Av. Rio Grande do Norte, 930, sobreloja 104 / 87701-020 / Paranavaí – PR
Fone/Fax: (44) 3423-3513

e-mail: paranavai@crmpr.org.br

Diretora Regional: Dr.^a Hortência Pereira Vicente Neves

• **DELEGACIA REGIONAL DE PATO BRANCO**

R. Ibioporã, 333, sl. 401 – Centro / 85501-280 /
Fone/fax: (46) 3225-4352
e-mail: patobranco@crmpr.org.br
Diretora Regional: Dr.^a Vanessa Bassetti Prochmann

• **DELEGACIA REGIONAL DE PONTA GROSSA**

Rua XV de Novembro, 512 sala 73 – Centro / 84010-020 – Ponta Grossa-PR
Fone/fax: (42) 3224-5292
e-mail: pontagrossa@crmpr.org.br
Diretor Regional: Dr. Northon Arruda Hilgemberg

• **DELEGACIA REGIONAL DE SANTO ANTÔNIO DA PLATINA**

Rua Rui Barbosa, 567 – salas 201 e 203 / 86430-000 – Santo Antônio da Platina-PR
Fone/fax: (43) 3534-5455
e-mail: santoantonio@crmpr.org.br
Diretor Regional: Dr. Celso Aparecido Gomes de Oliveira

• **DELEGACIA REGIONAL DE TOLEDO**

Rua Guarani, 1393 – sala 102 – Centro / 85900-190 / Toledo-PR / Fone/fax: (45) 3252-3174
e-mail: toledo@crmpr.org.br
Diretor Regional: Dr. José Afrânio Davidoff Júnior

• **DELEGACIA REGIONAL DE UMUARAMA**

Praça da Bíblia, 3336 – sala 302 / Edifício Cemed – Zona 01 / 87501-670 – Umuarama-PR
Fone/fax: (44) 3622-1160
e-mail: umuarama@crmpr.org.br
Diretor Regional: Dr. Jansen Rodrigues Ferreira

• **DELEGACIA REGIONAL DE FRONTEIRA DE PORTO UNIÃO/UNIÃO DA VITÓRIA**

R. Prudente De Moraes, 300 – 89400-000 – Porto União-SC/ Fone: (42)523-1844 / Fax: 522-0936
Delegado Regional do Cremesc: Dr. Ayrton Rodrigues Martins

• **DELEGACIA REGIONAL DE FRONTEIRA DE RIO NEGRO / MAFRA**

Rua Nicolau Bley Neto, 100 – 83880-000 – Rio Negro - PR / Fone/Fax: (47) 643-6140
e-mail: rionegro@crmpr.org.br
Diretora Regional: Dr.^a Rita Sibebe Schiessel Flores



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Visla Alegre
Curitiba – Paraná – CEP 80810-340
Telefone (41) 3240-4000 – Fax (41) 3240-4001
www.crmpr.org.br
crmpr@crmpr.org.br