

CREMEGO
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS

PARECERES
2001-2006

**CREMEGO
GESTÃO 2003-2008**

**DIRETORIA
OUTUBRO 2003 - JANEIRO 2007**

ILIAM CARDOSO DOS SANTOS

Presidente

SALOMÃO RODRIGUES FILHO

1º Vice-Presidente

LUEIZ AMORIM CANÊDO

2º Vice-Presidente

ADRIANO ALFREDO BROCOS AUAD

1º Secretário

REGINALDO BENTO RODRIGUES

2º Secretário

CARLOS ALBERTO XIMENES

1º Tesoureiro

MAURO PEREIRA MACHADO

2º Tesoureiro

CÉLIO HEITOR DE PAULA

Corregedor de Sindicância

ANA MARIA DE OLIVEIRA

Corregedora de Processos

CIRO RICARDO PIRES DE CASTRO

Diretor de Fiscalização

CONSELHEIROS

ADRIANO ALFREDO BROCOS AUAD | ANA MARIA DE OLIVEIRA | ANTÔNIO
JOSÉ DE ARAÚJO | BRAGMAR EMÍLIO BRAGA | BRENO PRADO DE SOUSA
| CACILDA PEDROSA DE OLIVEIRA | CAIED SALIN
CARLOS ALBERTO XIMENES | CÉLIO HEITOR DE PAULA | CIRO RICARDO
PIRES DE CASTRO | DANIEL DO PRADO FIGUEIREDO JÚNIOR | EDUARDO
ALVES TEIXEIRA | ELIAS HANNA | ERSO GUIMARÃES | EVANDÉLIO ALPINO
MORATO | FERNANDO PACELI NEVES DE SIQUEIRA | GUILHERME LOPES
BARBOSA | HAROLDO DE OLIVEIRA TORRES | HEITOR ALARICO
GONÇALVES DE FREITAS | ILIAM CARDOSO DOS SANTOS | ILION FLEURY
JÚNIOR | IVANE CAMPOS MENDONÇA | JOSÉ GARCIA NETO | JOSÉ VIEIRA
FILHO | JOSÉ WESLEY BENÍCIO SOARES | LÍVIA BARROS GARÇÃO | LUEIZ
AMORIM CANÊDO | MAURÍCIO MACHADO DA SILVEIRA | MAURO
PEREIRA MACHADO | PAULO ROBERTO PRATA MENDONÇA | PAULO RASSI
| PRISCILA RIBEIRO GUIMARÃES | REGINALDO BENTO RODRIGUES |
ROBSON PAIXÃO DE AZEVEDO | RÔMULO SALES DE ANDRADE |
SALOMÃO RODRIGUES FILHO | SILAS PEREIRA LIMA | SIMONE MORAES
STEPHANI | SIZENANDO DA SILVA CAMPOS JÚNIOR | WALTER VOSGRAU
FAGUNDES | WANDERLY BARROSO CAMPOS



CREMEGO

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS

PARECERES 2001-2006

Goiânia (GO)
2007

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS
RUA: T-28, N. 245 – Setor Bueno – CEP: 74210-040 – Goiânia (GO)
Fone: (62)3250-4900 – Fax: (62)3250-4949
www.crmgo.org.br – e-mail: crmgo@crmgo.org.br

Pareceres 2001–2006

Comissão de Publicação e Editoração de Pareceres

Breno Prado de Sousa
Fernando Paceli Neves de Siqueira
Ionira Fátima Pimentel
José Wesley Benício Soares
Rosane Rodrigues da Cunha

Organização

Ionira Fátima Pimentel

Projeto Gráfico/Capa/Diagramação

Raphael Pita / Ricardo Meirelles

Revisão Final e Normalização

Iêda Gonçalves de Aguiar

Digitação

Danielly Bailão Moreira
Humberto Milek Rabelo
Marco Aurélio Batista Borges

Equipe Técnica

Ionira Fátima Pimentel (CRB 1ª Região/1613)
Rosane Rodrigues da Cunha (MTb 764/JP)

Controle de Texto

Breno Prado de Sousa
Fernando Paceli Neves de Siqueira
José Wesley Benício Soares

Tiragem

10.000 exemplares

Copyright ©2007

Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás
Catálogo na fonte: Ionira F. Pimentel (CRB 1ª Região/1613)

Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás.

Pareceres 2001-2006 / Comissão de publicação e editoração: Breno Prado de Sousa, Fernando Paceli Neves de Siqueira, Ionira Fátima Pimentel (org), José Wesley Benício Soares, Rosane Rodrigues da Cunha. – Goiânia : CRM (GO), 2007.

136 p. : 17x23 cm.

ISBN

1 – Fiscalização profissional – pareceres. I-Pimentel, Ionira F., org. II-Título.

CDD 614.19



*Primeira operação com anestesia pelo éter - 16.10.1846
Robert C. Hincley, 1893 - Boston Medical Library*

Apresentação

Ao longo de seu cinqüentenário, celebrado em 2007, o Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (Cremego) vem cumprindo sua missão de supervisionar, normatizar, disciplinar, fiscalizar e julgar o exercício da medicina em Goiás.

Todas as ações do conselho são embasadas no compromisso institucional de zelar pelo ético exercício da medicina, pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente e pelo melhor atendimento à população.

Nesse sentido, o Cremego tem investido na orientação da classe médica, pois estamos certos de que a boa medicina não se faz com a punição de erros, mas com a prevenção de falhas.

Por isso, o Conselho está sempre de portas abertas para ouvir as queixas, sanar dúvidas, solucionar conflitos e orientar a classe médica.

Neste livro, apresentamos uma parte do trabalho realizado por conselheiros do Cremego, especialistas em diversas áreas da medicina, que, a partir de diferentes solicitações, elaboraram pareceres que ajudam a normatizar e a disciplinar o trabalho médico.

Selecionamos os principais pareceres emitidos entre 2001 e 2006, procurando abordar várias áreas da medicina e contribuir significativamente para o bom e ético trabalho dos médicos goianos, já reconhecido nacional e internacionalmente.

Agradecemos o apoio de todos os colaboradores e dos relatores que contribuíram para tornar este livro uma realidade, o qual traduz a importância dada pelo Cremego à orientação da classe médica.

Dr. Iliam Cardoso dos Santos

Presidente

Outubro 2003-Janeiro 2007



*Uroscopia. David Teniers, século XVII
Museu de Belas Artes de Bruxelas*

Sumário

A	Acúmulo de cargos	17	
	Acupuntura	17	
	Aids/HIV	17	
	Anestesiologia	18	
	Atendimento de urgência/emergência	19	
	Atendimento domiciliar	19	
	Atendimento médico	22	
	Atendimento pré-hospitalar	23	
	Atestado de óbito	23	
	Atestado de saúde ocupacional	26	
	Atestado médico	31	
	Ato médico	36	
	Auditoria médica	39	
	Autonomia profissional	41	
Auxiliar de cirurgia	42		
B	Banco de sangue	45	
	Biometria	45	
C	Caixa de primeiros socorros	49	
	Carimbo	49	
	Cartão de desconto	50	
	Cirurgia bariátrica	50	
	Cirurgia crânio-maxilo-facial	52	
	Cirurgia eletiva	53	
	Cirurgia plástica	53	
	Cirurgia plástica reparadora	53	
	Citologia	53	
	Comissão de controle de infecção hospitalar	54	
	Comunicação de acidente de trabalho	55	
	Concurso público	55	
	Consentimento informado	55	
	Conservação de cadáveres	57	
	Consulta fisioterapêutica	57	
	Consulta médica	57	
	Consulta oftalmológica	60	
	Contrato de trabalho	62	
	Convênio	62	
	Cooperação técnico-científica	64	
	Cota de atendimento	64	
	Curso de especialização	64	
	D	Declaração de Helsinki	67
		Dermatologia	67

D	Direção clínica	67
	Direção técnica	68
	Direito do paciente	70
	Direito médico	71
	Discriminação	71
	Doença infecto-contagiosa	71
E	Embalsamamento	75
	Enfermagem	75
	Ensino médico	80
	Entidade médica	80
	Equipe cirúrgica	82
	Equipe multidisciplinar	83
	Especialidade médica	83
	Estágio	84
	Esterilização	86
	Estudante de fisioterapia	87
	Estudante de medicina	87
	Exercício ilegal da medicina	90
F	Farmacêutico	95
	Ficha clínica	95
	Fisioterapeuta	95
	Fonoaudiologia	98
	Formolização	102
	Formulários	102
G	Gastroenterologia	105
	Gastroplastia	105
	Ginecologia	105
	Greve de médicos	105
H	Hebiatria	109
	Hepatite C	109
	Hipotermia	112
	Honorários médicos	115
I	Imunologia	121
	Instrumentador cirúrgico	121
	Interface medicina/enfermagem	121
	Interface medicina/odontologia	125
J	Junta médica	131

L	Laboratório	135
	Lâminas	135
	Laqueadura	135
	Laudo	135
	Lavagem de ouvido	137
	Leishmaniose visceral	137
	Liberdade do exercício profissional	137
M	Mapa diário de atendimento	147
	Medicamento	147
	Medicina alternativa	148
	Médico cooperado	148
	Médico do trabalho	148
	Médico itinerante	155
	Médico perito	155
	Médico plantonista	157
	Médico preceptor	157
	Médico residente	157
	Mercantilização da medicina	158
Método de diagnóstico	158	
N	Necropsia	167
	Neurologia	168
	Notificação compulsória de doenças	168
O	Obesidade mórbida	173
	Oftalmologia	173
	Omissão de socorro	178
	Optometria	178
	Otorrinolaringologia	179
P	Patologia	183
	Peças cirúrgicas	183
	Pediatria	185
	Perícia médica	185
	Pesquisa em seres humanos	186
	Piercing	187
	Planejamento familiar	187
	Planos de saúde	190
	Plantão à distância (ver Sobreaviso)	
	Plantão médico	193
	Prescrição médica	198
Prestação de serviços médicos	198	

P	Pronto-socorro	199
	Prontuário médico	199
	Psiquiatria	204
	Publicidade médica	204
R	Radiologia	209
	Regimento interno	209
	Registro de empresa	210
	Relação médico/paciente	210
	Relacionamento entre profissionais	211
	Relatório médico	212
	Remuneração profissional	212
	Reprodução assistida	215
	Residência médica	216
Responsabilidade profissional	219	
S	Sangue	225
	Secretário de saúde	226
	Seguro	226
	Sigilo médico	226
	Sobreaviso	230
	Solicitação de exames	233
T	Tabela da AMB	237
	Taxas	237
	Técnico em necropsia	237
	Técnico em radiologia	237
	Telemedicina	239
	Título de especialista	241
	Transfusão de sangue	242
Transporte inter-hospitalar	243	
U	UTI móvel	249
	Vasectomia	253
V	Índice cronológico	255
	Índice onomástico	273



*Primeiro transplante renal em 22/12/1954. Joel Babb, 1996
The Harvard Medical Library, Cambridge, USA*

Acúmulo de cargos

Parecer Consulta nº 41/2003. Legalidade do exercício dos cargos de diretor clínico, diretor técnico e secretário de saúde em uma mesma gestão, bem como sobre as especialidades (cirurgião e anestesia), estando em regime de plantões alcançáveis, em uma unidade que conta com serviços de pronto-socorro. Relator: Wanderly Barroso Campos. Aprovado em 18 de novembro de 2004.

Ementa: não vislumbram ilícitos éticos o exercício simultâneo de direções técnica e clínica, ainda que o profissional médico tenha outros cargos públicos. Conforme resoluções, pareceres e o Código de Ética Médica, um único profissional não pode exercer simultaneamente as funções de anestesia e cirurgião geral, considerando que tais especialistas devem compor a equipe mínima do pronto-socorro.

Acupuntura

Parecer Consulta nº 48/2001. A acupuntura como especialidade médica. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 23 de janeiro de 2003.

Ementa: o CFM reconhece a acupuntura como especialidade médica desde sessão plenária ocorrida no dia 11/08/1995, entendendo que são passíveis de tratamento por acupuntura a maioria dos quadros algícos e inflamatórios, além de distúrbios funcionais, transtornos de ansiedade, quadros depressivos não psicóticos, enfermidades psicossomáticas e também doenças alérgicas.

Parecer Consulta nº 45/2003. Viabilidade ética da atuação de estudantes de fisioterapia na realização de pesquisa na área da especialidade acupuntura. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 24 de novembro de 2005.

Ementa: a acupuntura é reconhecida pelo CFM como especialidade médica, não podendo ser exercida por outro profissional senão médico. Portanto, os projetos de pesquisa a serem realizados por estudantes de fisioterapia não de-

vem ser desenvolvidos em seres humanos, nem em estabelecimentos hospitalares e muito menos sob supervisão/orientação de médicos.

Aids/HIV

Parecer Consulta nº 15/2001. Conduta de médicos do HDT. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 04 de outubro de 2001.

Ementa: o sigilo é a regra, e o segredo pertence ao paciente, o médico é apenas um guardião de tal confidência. O CFM, pela resolução nº 1.352/92, admite a quebra do sigilo por justa causa em relação aos pacientes com Aids aos seus comunicantes sexuais.

Parecer Consulta nº 06/2002. Avaliação da sensibilidade dos profissionais médicos para abordagem sindrômica das infecções sexualmente transmissíveis, quanto aos aspectos éticos e bioéticos. Relator: Wanderly Barroso Campos. Aprovado em 05 de dezembro de 2002.

Ementa: o Ministério da Saúde adotou como estratégia de combate às DSTs a abordagem sindrômica como método de manejo clínico de portadores de DST. Um estudo multicêntrico no Brasil permitiu a adoção desta estratégia. A presente pesquisa está, portanto, de acordo com a política nacional de combate às DSTs/Aids da Secretaria de Políticas de Saúde do MS. É preciso, porém, submetê-la a um CEP para aprovação ética e científica, em conformidade com a Resolução nº 196, de 10/10/1996, do Conselho Nacional de Saúde. O referido Comitê, após avaliação criteriosa, poderá autorizar o início bem como o acompanhamento de toda a pesquisa até a sua publicação.

Parecer Consulta nº 14/2002. Conduta adotada em casos de pacientes com HIV. Relatora: Ana Maria de Oliveira. Aprovado em 04 de março de 2004.

Ementa: com respeito à quebra de sigilo no caso do paciente com HIV, todos os pareceres e resoluções do CFM indicam a possibilidade de quebra de sigilo no caso de parceiros sexuais de HIV/Aids. Este procedimento cuidadoso deverá ser informado à paciente desde que esgotadas todas as possibilidades de o paciente informar por si mesmo.

Parecer Consulta nº 64/2002. Solicitação de exames de HIV de detentos sem a autorização destes. Relatora: Ana Maria de Oliveira. Aprovado em 08 de maio de 2003.

Ementa: quando a solicitação partir da necessidade clínico-epidemiológica e for feita por profissional médico, restará garantido o momento preliminar de adequado aconselhamento e demais informações pertinentes ao diagnóstico, prognóstico e tratamento e garantido o acompanhamento integral e clínico. Reprovável a realização de testes para diagnóstico de qualquer situação clínica, no caso infecção pelo HIV, sem o prévio conhecimento e consentimento do paciente.

Parecer Consulta nº 20/2003. Se, em algum momento, a “medicina especializada” indicou a Hepatite C como enfermidade passível de ser considerada no mesmo patamar lesivo da “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida”. Relatora: Ana Maria de Oliveira. Aprovado em 24 de novembro de 2005.

Ementa: o potencial lesivo da Hepatite C é semelhante ao da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida pelo HIV. Entretanto, o Manual de Perícia Médica do Ministério da Saúde enquadra na Lei de Isenção de Imposto de Renda a categoria “Hepatopatia Grave” e não a “Hepatite C”.

Anestesiologia

Parecer Consulta nº 40/2001. Conduta de colegas médicos cirurgiões de taxarem os honorários dos serviços de anestesiologia em procedimentos particulares em 40% do valor cobrado pelo profissional, atrelando assim todos os procedimentos, sem períodos (noturno ou diurno), finais de semana ou sequer as acomodações (enfermaria, suíte, apartamento etc). Relator: Umberto de Sá Cavalcante. Aprovado em 27 de maio de 2002.

Ementa: não havendo entendimento entre o cirurgião e o anestesista, cabe a este acordar diretamente com o paciente ou seu responsável o acerto de seus honorários. No entanto, sugerimos que, para um melhor desempenho do trabalho médico e bem-estar do paciente, o entendimento entre a equipe médica é o melhor caminho.

Parecer Consulta nº 59/2001. Justificativa perante os convênios de assistência médica quanto ao uso de medicações anestésicas de qualidade comprovadamente superiores, as quais oferecem uma maior segurança à realização de atos anestésico-cirúrgicos. Vistas: Haroldo de Oliveira Torres. Aprovado em 22 de outubro de 2002.

Ementa: para a prática da anestesia, deve o médico anestesista avaliar previamente as situações de segurança hospitalar, somente praticando o ato anestésico se estiverem asseguradas as condições mínimas para a sua realização, cabendo ao diretor técnico da instituição garantir tais condições. Não está o médico anesthesiologista obrigado a fazer justificativas de drogas usadas em seu cotidiano profissional. Quanto a responder justificativas, deverá ser feito quando solicitado e não de maneira aleatória e generalizada. Uma ficha de anestesia preenchida de modo adequado, completa e legível é a melhor justificativa para o uso de qualquer droga nos procedimentos anestésicos.

Parecer Consulta nº 03/2003. Hierarquias dos Conselhos Estaduais e Federais em relação às Sociedades Estaduais e Federais de cada especialidade médica junto ao MEC. Relator: Iliam Cardoso dos Santos. Aprovado em 29 de abril de 2003.

Ementa: não existe conflito de competência, poderes, autonomia, disposições legais, sendo que todas as instituições obedecem aos seus regimentos, estatutos, finalidades e convênios oficialmente assinados.

Parecer Consulta nº 41/2003. Legalidade do exercício dos cargos de diretor clínico, diretor técnico e secretário de saúde em uma mesma gestão, bem como sobre as especialidades (cirurgião e anestesia), estando em regime de plantões alcançáveis, em uma unidade que conta com serviços de pronto-socorro. Relator: Wanderly Barroso Campos. Aprovado em 18 de novembro de 2004.

Ementa: não vislumbram ilícitos éticos o exercício simultâneo de direções técnica e clínica, ainda que o profissional médico tenha outros cargos públicos. Conforme resoluções, pareceres e o Código de Ética Médica, um único profissional não pode exercer simultaneamente as funções de anestesia e cirurgião geral, con-

siderando que tais especialistas devem compor a equipe mínima do pronto-socorro.

Parecer Consulta nº 60/2003. Responsabilidade de preenchimento do formulário e a necessidade ou não de o anestesista se informar dos medicamentos administrados por outros médicos durante o ato cirúrgico. Relator: Haroldo de Oliveira Torres. Aprovado em 18 de novembro de 2004.

EMENTA: o anesthesiologista deve sempre se informar de todo fármaco administrado durante o ato anestésico-cirúrgico, devendo também registrar em seu formulário todo o procedimento realizado.

**Parecer Consulta nº 60/2003.
Aprovado em 18/11/2004.**

Interessado: Dr. A. M. A.

Assunto: **responsabilidade de preenchimento do formulário e a necessidade ou não de o anesthesiologista se informar dos medicamentos administrados por outros médicos durante o ato cirúrgico.**

Relator: Haroldo de Oliveira Torres
Processo Consulta nº 21.560/2003

DOS QUESTIONAMENTOS:

Dr. A. M. A., de Ceres (GO), em carta a este Conselho apresentou os seguintes questionamentos relacionados à prática da anesthesiologia:

1º – Os medicamentos utilizados pelo cirurgião durante o ato cirúrgico, com o paciente sob cuidados do anestesista, devem ser anotados no formulário de medicamentos utilizados no centro cirúrgico pelo anestesista ou pelo cirurgião? (formulário anexo).

2º – O anestesista deve procurar se informar dos medicamentos e das doses dos medicamentos aplicados pelo cirurgião durante o ato cirúrgico?

O colega argumenta em sua missiva que faz a consulta **“por dúvidas quanto à responsabilidade sobre o preenchimento do formulário e sobre a necessidade ou não de o anestesista informar-se dos medicamentos administrados por outros médicos durante o ato cirúrgico”**.

DO PARECER:

Trata-se de matéria relevante que envolve aspectos técnicos, pela possibilidade de intercorrências, e ético-legais, pela obrigação de todo ato médico ser devidamente registrado. Importa também considerar uma adequada documentação para a realização da auditoria médica. O assunto extrapola as duas perguntas formuladas, com necessidade de definição de algumas situações. Quando o colega se referiu a medicamentos, não fez menção se eles seriam de ação sistêmica (seria uma solução de manitol?) ou localizada (seria glicose hipertônica para completar tratamento de síndromes varicosas de membros inferiores?). Também não citou a qual via de administração do medicamento estaria se referindo: cutânea (pomadas ou cremes)? ocular (colírios)? sublingual (antiarrítmicos)? subcutânea (insulina)? intramuscular? intravenosa? Intraóssea?

Outra dúvida que ficou nos questionamentos apresentados seria quem realmente estaria administrando os medicamentos. O próprio cirurgião, todo paramentado para seu ato cirúrgico, com capotes e luvas estéreis, ou um auxiliar médico ou paramédico?

Considerando as variáveis e possibilidades elencadas, passamos a responder, e, para melhor entendimento, inverteremos a ordem das questões.

2ª – o anestesista deve procurar se informar dos medicamentos e das doses dos medicamentos aplicados pelo cirurgião durante o ato cirúrgico?

Considerando que ambos os profissionais participam de um trabalho em equipe que tem um só objetivo muito bem definido pelo artigo 2º do Código de Ética Médica, que afirma: “O alvo de toda 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”;

Considerando que a anestesia só estará amplamente amparada por este princípio se o profissional que a executa estiver atento por todo o tempo a todas as manobras cirúrgicas que interferem na fisiologia humana, sejam elas de caráter dissecador, hemostasiante, extirpador, implantador, fixador ou quaisquer outras, incluindo aí especialmente quaisquer

utilizações de medicamentos, seja qual via ou dose;

Considerando que a Farmacologia, no Capítulo de Interações Medicamentosas, alvo de inúmeros tratados e textos nas mais diversas especialidades médicas, não faz nunca referência a quem administra as drogas e sempre citam doses e/ou vias de administração para definir possíveis interações;

Considerando que a resolução nº 1.363/1993 define, no inciso V do seu artigo 1º, que “Todas as conseqüências decorrentes do ato médico são de responsabilidade direta e pessoal do médico anestesista” e que interações já citadas certamente podem interferir com o curso e progressão da anestesia em favor do paciente;

Respondemos, portanto, a questão afirmando que sim. O anesthesiologista deve sempre se informar e ser informado e/ou consultado de todo e qualquer fármaco administrado durante o ato anestésico-cirúrgico que estiver sob sua responsabilidade, incluindo quem administra, qual a via, a dose e o horário de aplicação em seu paciente. Sempre que possível, a prioridade para a aplicação dos fármacos deverá ser dada ao anesthesiologista ou ser executada sob sua visão direta.

1ª – Os medicamentos utilizados pelo cirurgião durante o ato cirúrgico, com o paciente sob cuidados do anestesista, devem ser anotados no formulário de medicamentos utilizado no centro cirúrgico pelo anestesista ou pelo cirurgião? (formulário anexo).

Seguindo a mesma linha de raciocínio da resposta anterior, e

Considerando que o artigo 31 do CEM diz que “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”;

Considerando os termos do artigo 33 do CEM, que afirma: “É vedado ao médico assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou efetivamente”;

Considerando também os termos do artigo 116 do CEM, que reza: “É vedado ao médico expedir boletim médico falso ou tendencioso”;

Entendemos que todo medicamento efetivamente administrado pelo anesthesiologista deve ser por ele registrado em seu formulário,

que, na verdade, nada mais é do que seu prontuário daquele paciente. Vale ressaltar que, em razão das peculiaridades da especialidade da Anestesiologia, vem sendo prática universal há vários anos o anesthesiologista ter seu ato médico registrado em documento específico, a Ficha de Anestesia.

O preenchimento de tal ficha deve atender *in toctun* o que preceituam os artigos citados do CEM e o inciso III do artigo 1º da resolução nº 1.363/1993, que afirma: “Os sinais vitais do paciente serão verificados e registrados em ficha própria durante o ato anestésico, assim como a ventilação, oxigenação e circulação serão avaliadas intermitentemente”.

Enfim, considerando que os atos do cirurgião e do anesthesiologista são simultâneos e imbricados, a obediência ao que preceitua o CEM deverá ser avaliada caso a caso, levando em conta que todo medicamento deverá sempre ser registrado pelo cirurgião, se indicado por ele e de repercussões limitadas preponderantemente ao seu ato (caso da glicose hipertônica na esclerose de microvarizes), ou pelo anestesista, quando por ele administrado e quando se sabe que a droga poderá ter sabidamente repercussões sistêmicas (caso das infiltrações com adrenalina) que potencialmente obriguem o anesthesiologista a utilizar-se de outras drogas e/ou manobras imprescindíveis ao bem-estar de seu paciente.

Este é o meu parecer; salvo melhor juízo.

Haroldo de Oliveira Torres
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 93/2005. Cirurgia com anestesia local sem a participação do médico anestesista e conduta antiéptica do anestesia ante tempo cirúrgico muito prolongado em cirurgia videolaparoscópica. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 03 de março de 2005.

Ementa: a presença do anestesista em sala de operação é quase sempre mandatária, mas isto depende do procedimento que vai ser realizado e do julgamento do cirurgião. Se o anestesista tem conhecimento de que o paciente esteja correndo riscos maiores do que o necessário, é seu dever comunicar ao Conselho Regional de Medicina.

Atendimento de urgência/emergência

Parecer Consulta nº 56/2001. Portaria Normativa nº 342/2001 do Ipasgo. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 18 de abril de 2002.

Ementa: o não atendimento de qualquer urgência ou emergência, sendo o paciente beneficiário ou não do Ipasgo, é visto e tido como omissão de socorro, incorrendo, portanto, o diretor técnico em infração ao Código de Ética Médica.

Parecer Consulta nº 43/2002. Condições mínimas para o funcionamento de um hospital, para atendimento médico de urgência e outras orientações. Relator: Ciro Ricardo Pires de Castro. Aprovado em 16 de janeiro de 2003.

Ementa: o médico que trabalha em atendimento de urgência e emergência deve fazê-lo da melhor maneira possível, visando sempre ao bem-estar do paciente, usando o melhor de sua capacidade profissional e lutando sempre por boas condições de trabalho. Se as condições técnicas para este atendimento não cumprirem as normatizações do Ministério da Saúde, da Vigilância Sanitária e dos Conselhos de Medicina, o médico deve formalizar junto ao Conselho de Medicina denúncia contra o médico responsável pelo serviço, o diretor técnico ou o gestor de saúde (médico), baseado no artigo 17 do Código de Ética Médica.

Parecer Consulta nº 23/2003. Estágio em maternidade, na sala de parto, para militares do Corpo de Bombeiros. Relator: Afif Afrânio Rassi. Aprovado em 24 de julho de 2003.

Ementa: os militares que compõem o Corpo de Bombeiros e designados para o resgate de parturientes em avançado trabalho de parto (período expulsivo), poderão receber orientação e esclarecimentos dos médicos da maternidade de como proceder nessas circunstâncias. As orientações devem abranger, também, o material necessário para assepsia, secção e ligadura do cordão umbilical, bombinha para aspiração nasal do recém-nascido etc.

Parecer Consulta nº 46/2003. Notificação de irregularidades do exercício de enfermagem no Serviço de Atendimento de Urgência (SAU) da Unimed. Relator: Guilherme Lopes Barbosa. Aprovado em 04 de agosto de 2003.

Ementa: se a Unidade de Serviços de Atendimento de Urgências desenvolve atividades de pronto-atendimento nas áreas de Clínica Médica, Pediatria e Ortopedia, não possuindo unidade de internação prolongada e, sim, de observação, com fluxo de pacientes mais intenso no período diurno, e pelo que faculta o art. 3º da Resolução Cofen nº 143/1992, o Conselho Regional de Enfermagem poderá adequar suas exigências às características do nível de complexidade do serviço, o que poderia ser acompanhado pelas fiscalizações periódicas sem prejuízos para a categoria. Quanto à anotação de responsabilidade, o serviço de saúde deverá requerer a certidão de responsabilidade técnica junto ao Coren.

Atendimento domiciliar

Parecer Consulta nº 09/2001. Preenchimento de fichas de evolução de pacientes atendidos em seus domicílios pela equipe multidisciplinar e implicações legais quanto à questão do sigilo na utilização de um único prontuário por toda a equipe. Relator: Galdino da Silva Neto. Aprovado em 04 de abril de 2002.

Ementa: as anotações nas Fichas de Evolução podem ser feitas de autos de parecer, tanto de folhas separadas como em folha única. No caso de folha única, deve-se observar sempre o sigilo médico. Não há implicação legal, do ponto de vista do sigilo profissional, na utilização de um prontuário único por toda a equipe, desde que preservados os direitos do paciente.

Parecer Consulta nº 09/2002. Projeto do Programa Ipasgo Domiciliar. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 08 de agosto de 2002.

Ementa: o projeto de implantação do programa de atendimento domiciliar do Ipasgo não apresenta índices de comprometimento técnico ou ético do trabalho médico. Ao contrário, propõe-se a implantar um atendimento humanizado e com mais resolutividade, em benefício de seus

usuários. Não vislumbro qualquer óbice à sua implantação, resta-nos a expectativa de que os resultados atendam aos seus propósitos.

Atendimento médico

Parecer Consulta nº 39/2001. Obrigatoriedade imposta pela Unimed/Goiânia a seus cooperadores de atenderem todos os pacientes do Ipasgo a partir de 05 de agosto do corrente ano, quando estes irão utilizar o sistema para consultas médicas. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 02 de maio de 2002.

Ementa: julgo inepta a obrigatoriedade de estender o atendimento dos pacientes do Ipasgo a todos os membros cooperados, pois que afronta o direito de liberdade no trabalho promulgado pela Constituição Federal do Brasil, incisos II e XIII do Art. 5º do Capítulo I – Dos Direitos e Garantias Fundamentais. Não decorrendo desta decisão prejuízo à cooperativa ou aos médicos cooperados, visto que a maioria se dispõe ao atendimento dos usuários, não comprometendo o convênio firmado entre as entidades assistenciais.

Parecer Consulta nº 54/2001. Obrigatoriedade de médicos especialistas realizarem procedimentos para os quais não foram contratados, obrigatoriedade de o médico plantonista permanecer no consultório médico. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 16 de maio de 2002.

Ementa: os atendimentos prestados em unidades médicas por profissionais médicos especialistas contratados devem restringir-se à área para os quais foram contratados, ressalvados os casos de urgência e emergência, quando da ausência de outro profissional escalado para estes atendimentos. O atendimento em consultório na unidade deve obedecer o critério do agendamento de rotina quando se tratar de ambulatório eletivo e, neste caso, o médico deverá estar presente no consultório no período necessário para os atendimentos. Na Unidade de Emergência, o mesmo não necessita permanecer obrigatoriamente dentro do consultório médico, porém deve estar presente na unidade e à disposição para eventuais atendimentos que se apresentem em seu turno de trabalho.

Parecer Consulta nº 56/2001. Portaria Normativa nº 342/2001 do Ipasgo. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 18 de abril de 2002.

Ementa: o não atendimento de qualquer urgência ou emergência, sendo o paciente beneficiário ou não do Ipasgo, é visto e tido como omissão de socorro, incorrendo, portanto, o diretor técnico em infração ao Código de Ética Médica.

Parecer Consulta nº 45/2002. Cumprimento dos prazos na consulta médica. Relator: Evandélio Alpino Morato. Aprovado em 07 de novembro de 2002.

Ementa: não há resolução do Conselho Federal de Medicina que delimite o prazo de validade de uma consulta médica. Deve, todavia, o profissional médico observar os preceitos do Código de Ética Médica que dispõem sobre o seu relacionamento com pacientes e familiares.

Parecer Consulta nº 49/2003. Litude da restrição de atendimento a pacientes do Ipasgo, atendendo apenas em caráter particular. Relator: Paulo Rassi. Aprovado em 13 de novembro de 2003.

Ementa: o médico não pode discriminar os pacientes provenientes de planos de saúde, após ter acordado com o mesmo a forma de pagamento, dificultando o acesso aos consultórios, com adoção de limites de vagas ou outros artifícios. A atitude eticamente aceita, para situações desta natureza, é a suspensão global do atendimento ou o descredenciamento.

Parecer Consulta nº 71/2004. Legalidade ou não de se instituir cotas de atendimento para os usuários do Ipasgo. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 15 de abril de 2004.

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

Parecer Consulta nº 92/2005. Preenchimento da identificação do paciente em planilha de atendimento em unidades públicas pelo mé-

dico. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 29 de setembro de 2005.

Ementa: não deve ser de responsabilidade do médico o preenchimento no mapa diário de atendimento dos dados concernentes à identificação do paciente. Entretanto, deve o médico, no mapa diário de atendimento, preencher todos os dados necessários a estabelecer estatísticas de morbi-mortalidade.

Parecer Consulta nº 100/2005. Conduta de secretário de saúde ao enviar denúncia à Ouvidoria Geral do estado de Goiás em desfavor de médico que trabalha no Hospital de Urgências de Goiânia (Hugo). Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 02 de fevereiro de 2006.

Ementa: o secretário de saúde, responsável maior pela assistência à saúde prestada no Hospital de Urgências de Goiânia, tem como obrigação e dever legal da função repassar todas as denúncias que sejam de seu conhecimento, não configurando, neste caso, como denunciante.

Atendimento pré-hospitalar

Parecer Consulta nº 63/2001. Sistema de Emergência Móvel de Brasília, para que se esclareça a sua diferença dos planos de saúde, especialmente no que tange à forma como é prestado o atendimento. Relator: Ciro Ricardo Pires de Castro. Aprovado em 16 de janeiro de 2003.

Ementa: está subordinada às normas e à fiscalização da ANS: vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais, e, ainda à portaria nº 2.048, de 05/11/2002, do Ministério da Saúde que regulamenta o serviço de atendimento pré-hospitalar. Concluímos que a empresa Vida UTI Móvel nada mais é que uma empresa prestadora de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel e que também fornece comercialização de seus serviços a preços pré-estabelecidos em que o cliente pode realizar o pagamento antecipado dos serviços, mediante mensalidades ou serviços prestados. Não podemos considerá-la como Plano de Saúde.

Parecer Consulta nº 23/2003. Estágio em maternidade, na sala de parto, para militares do Corpo de Bombeiros. Relator: Afif Afrânio Rassi. Aprovado em 24 de julho de 2003.

Ementa: os militares que compõem o Corpo de Bombeiros e designados para o resgate de parturientes em avançado trabalho de parto (período expulsivo) poderão receber orientação e esclarecimentos dos médicos da maternidade de como proceder nessas circunstâncias. As orientações devem abranger, também, o material necessário para assepsia, secção e ligadura do cordão umbilical, bombinha para aspiração nasal do recém-nascido etc.

Atestado de óbito

Parecer Consulta nº 51/2002. Atestado de óbito nos casos de morte natural e violenta, situação em que é exigido encaminhamento ao IML e outras. Relatora: Livia Barros Garção. Aprovado em 06 de fevereiro de 2003.

Ementa: cabe ao médico assistente do enfermo a obrigação de atestar o óbito e deve constatá-lo pessoalmente. O médico plantonista não pode negar-se a liberar um atestado de óbito cujo diagnóstico seja do seu conhecimento ou esteja bem esclarecido e caracterizado no prontuário hospitalar a que tem acesso. Nos casos de dúvida quanto ao diagnóstico etiológico de uma morte natural, deverá encaminhar ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO), se houver na localidade. Quando a morte é suspeita, encaminhar ao Instituto Médico Legal, e o médico-legista tem que aceitar estes casos como situações de sua total responsabilidade, uma vez que poderão vir a transformar-se em casos de real violência, em que eles são os únicos médicos juridicamente competentes para atestá-los.

Parecer Consulta nº 51/2002
Aprovado em 06/02/2003

Interessado: L.B.J.

Assunto: **atestado de óbito nos casos de morte natural e violenta, situação em que é exigido o encaminhamento ao IML e outras.**

Relatora: Livia Barros Garção.

Processo Consulta: nº 15.529/2002.

O presente Parecer Consulta originou-se de consulta a este Regional por L.B.J. acerca de atestado de óbito nos casos de morte natural e violenta, situação em que é exigido encaminhamento ao IML e outros.

DA CONSULTA:

“Vimos através deste, dirigindo-nos a Vossa Excelência, solicitar, um parecer consulta sobre a ação do profissional médico diante das pautas:

I-Atestado de Óbito nos casos de morte natural (falecimento em casa), e morte violenta (trânsito, afogamento, arma de fogo, arma branca...);

II-Situação em que é exigido encaminhamento ao Instituto Médico Legal (IML); e a autoridade competente para promover esta ação;

III-Na ausência do médico-legal na cidade e/ou região, o procedimento correto;

IV - Diante da negativa do profissional médico em não fornecer atestado de óbito, como poderá ser responsabilizado;

V-O pedido de nomeação do perito.

As seguintes considerações:

- O Município possui um hospital público, com um corpo profissional contando com três (03) médicos;

- O Município é turístico, portanto, visitado por turistas não somente nas temporadas, como, também, em feriados prolongados, como o último próximo, 07 de setembro;

- O hospital possui um sala específica de necrotério para atendimento destes casos”.

DO PARECER:

Conceitos:

Declaração de óbito é um documento médico elaborado em documento impresso fornecido pelo Ministério da Saúde, sendo indispensável para que qualquer enterramento seja feito. Constitui, portanto, um ato exclusivamente médico.

Tal documento deve ser preenchido após o óbito, mediante documento de identidade, sem apresentar rasuras e/ou informações incorretas,

dada a importância de constituir a prova cabal de desaparecimento de um indivíduo e a determinação da causa jurídica de sua morte.

Declaração de óbito é documento essencial, porque somente por ele se registra e é expedida a certidão de óbito em cartório oficial. É o único documento que comprova o evento morte para todos os fins que sobrevirão àquela data.

É importante ressaltar que todas as informações constantes nesse documento são de total responsabilidade de quem assina e não apenas aquelas relacionadas com a especificação da causa do óbito.

A declaração de óbito tem que ser considerada de maneira definitiva e incontestada como o ato final de um tratamento médico. O vínculo médico/paciente não se esvai no momento do desenlace vital, ainda faltará o último ato médico que para sempre ficará escrito: a declaração de óbito.

A Legislação pertinente ao assunto:

1. O Decreto nº 20.931, de 11/02/1932, em seu artigo 15, dispõe: “São deveres dos médicos – atestar óbito em impresso fornecido pelas repartições sanitárias, com exata causa mortis, de acordo com a nomenclatura nosológica internacional de estatística demógrafo-sanitária. Artigo 16: É vedado ao médico – recusar-se a passar atestado de óbito de doente a quem venha prestando assistência, salvo quando houver motivo justificado, do que deverá dar ciência, por escrito, à autoridade sanitária”.

A lei nº 6.015/1973, com as corrigendas da lei nº 6.216, de 30/06/1975, em seu artigo 75, diz: “Nenhum sepultamento será feito sem certidão oficial de registro ao lugar do falecimento, extraído após lavratura do assento do óbito, em vista do atestado médico, se houver no lugar, ou, em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte”.

O Código de Ética Médica, em seu artigo 114, diz: “É vedado ao médico 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”.

“Artigo 115 – É vedado ao médico deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando

do assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.”

A resolução CFM nº 1601/2000, de 09/08/2000, publicada no *Diário Oficial* nº 160, de 18/09/2000, disciplina o fornecimento da declaração de óbito:

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

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

1)Morte Natural:

I) Morte sem assistência médica:

a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) - A declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do SVO.

b) Nas localidades sem SVO, a declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento, e, na ausência, qualquer médico da localidade.

II) Morte com assistência médica:

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

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

c) A declaração de óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência ou pelo SVO.

2) Morte Fetal:

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

3) Mortes violentas ou não naturais:

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

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

Art. 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM nº 1290/89”.

Resolução CFM nº 1.641/2002:

“**Art. 1º** - É vedado aos médicos conceder declaração de óbito em que o evento levou à morte possa ter sido alguma medida com intenção diagnóstica ou terapêutica indicada por agente não-médico ou realizada por quem não esteja habilitado para fazê-lo, devendo, neste caso, tal fato ser comunicado à autoridade policial competente a fim de que o corpo possa ser encaminhado ao Instituto Médico Legal para verificação da *causa mortis*.

Art. 2º - Sem prejuízo do dever de assistência, a comunicação à autoridade policial, visando o encaminhamento do paciente ao Instituto Médico Legal para exame do corpo de delito, também é devida, mesmo na ausência de óbito, nos casos de lesão ou dano à saúde induzida ou causada por alguém não-médico.

Art. 3º - Os médicos, na função de perito, ainda que *ad hoc*, ao atuarem nos casos previstos nesta resolução, devem fazer constar de seus laudos ou pareceres o tipo de atendimento realizado pelo não-médico, apontando sua possível relação de causa e efeito, se houver, com o dano, lesão ou mecanismo de óbito.

Art. 4º - Nos casos mencionados nos artigos 1º e 2º deve ser feita imediata comunicação ao Conselho Regional de Medicina local”.

DISCUSSÃO:

Do ponto de vista jurídico, a morte pode ser subdividida em:

- Morte natural - seria aquela decorrente de fenômenos biológicos cuja patogênese é

conhecida e quase sempre explicada pela medicina.

- A morte violenta é muito bem caracterizada em lei, ou seja, aquela que é resultante de ação exógena e lesiva, mesmo tardiamente, e implica em transferir a responsabilidade do cadáver ao Estado até que sua causa seja definida mediante perícia médico-legal. É uma morte considerada não natural, decorrente de um acidente ou de qualquer tipo de violência, ou seja, de causas definidas como “externas” pela OMS e envolve um elemento de prova, do ponto de vista jurídico.

- No âmbito da morte suspeita, não há dúvidas quanto à sua definição, uma vez que, havendo, deve-se encará-la como violenta até que se prove o contrário, devendo, portanto, ser comunicada a uma autoridade policial e seguir os mesmos trâmites periciais impostos à morte violenta.

CONCLUSÃO

Em síntese, cabe ao médico assistente do enfermo a obrigação de atestar o óbito e deve constatá-lo pessoalmente. O médico plantonista não pode-se negar a liberar um atestado de óbito cujo diagnóstico seja do seu conhecimento ou esteja bem esclarecido e caracterizado no prontuário hospitalar a que tem acesso. Nos casos de dúvida quanto ao diagnóstico etiológico de uma morte natural, deverá encaminhar ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO), se houver na localidade.

Quando a morte é suspeita, encaminhar ao Instituto Médico Legal, e o médico-legista tem de aceitar estes casos como situações de sua total responsabilidade, uma vez que poderão vir a transformar-se em casos de real violência, os quais eles são os únicos médicos juridicamente competentes para atestar.

Nos casos de óbitos caracterizados como de origem violenta, é vedado ao médico fornecer declaração de óbito, salvo se for legalmente nomeado perito *ad hoc* e referendado por termo de compromisso pela autoridade policial ou judiciária local para execução do exame pericial e posterior elaboração de declaração de óbito.

Nos casos onde ocorrer morte por causa natural de pessoas que não estavam tendo assistência médica e não havendo Serviço de Verificação de Óbito, o médico da localidade é obri-

gado a fornecer a declaração de óbito, após verificar pessoalmente a realidade da morte e examinar o corpo para afastar causa violenta. Mesmo não sabendo qual a patologia que causou a morte, fornecerá a declaração de óbito registrando no 1º espaço “Sem assistência médica” e no 2º espaço “Causa morte desconhecida”. Neste caso, o médico estará declarando apenas a morte, com a finalidade de sepultamento do cadáver.

Ao poder público municipal e estadual, cabe criar os Serviços de Verificação de Óbito, e ao médico, agir com discernimento, prudência, responsabilidade e consciência de suas obrigações regidas pelas leis e resoluções do CFM, ao elaborar um documento de tão grande importância, em que tem um papel quase onipotente e primordial, o de esclarecedor e colaborador dos motivos jurídicos e das causas biológicas que envolvem a morte do ser humano.

Lívia Barros Garção
Conselheira Relatora

Atestado de saúde ocupacional

Parecer Consulta nº 32/2001. Realização de exame admissional e demissional, bem como se o profissional fonoaudiólogo está apto ou não a executar “lavagem de ouvido”. Relatora: Lívia Barros Garção. Aprovado em 05 de dezembro de 2002.

Ementa: a lavagem de ouvido, sendo um procedimento possível de complicação, podendo acarretar prejuízo permanente à integridade física do indivíduo, não pode ser realizada por profissionais de enfermagem, incapazes legal e tecnicamente para tal mister. A lavagem de ouvido é ato médico, não podendo o fonoaudiólogo realizar tal ato, tendo em vista a falta de amparo legal. O médico do trabalho tem a grande responsabilidade de verificar se o candidato que está sendo examinado, no momento do exame admissional, tem condições de saúde adequadas para desempenhar as tarefas do cargo ao qual será admitido, reconhecendo também que o posto de trabalho não oferece riscos ou agravamento da saúde.

Parecer Consulta nº 55/2003. Emissão de Atestado de Saúde Ocupacional por médico que não tem especialidade em Medicina do Trabalho. Relatora: Ana Maria de Oliveira. Aprovado em 20 de novembro de 2003.

EMENTA: em obediência às normas e leis vigentes, para ter caráter de Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), o referido documento deve ser emitido em papel próprio da empresa, por qualquer médico, desde que esteja em pleno exercício profissional e tenha sido encarregado, de preferência por escrito, pelo médico coordenador no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Um atestado médico comum, prerrogativa do médico ante a necessidade de justificativa de falta ao trabalho, não constitui um Atestado de Saúde Ocupacional e, portanto, não tem valor legal, como o ASO.

Parecer Consulta nº 055/2003
Aprovado em 20/11/03

Interessado: J. B. M. S.

Assunto: **emissão de Atestado de Saúde Ocupacional por médico que não tem especialidade em Medicina do Trabalho.**

Relatora: Ana Maria de Oliveira

Processo Consulta: nº 20.699/2003.

O presente parecer trata-se de consulta efetuada pelo Dr. A. H. K. na qual solicita ao CRM que esclareça ao Dr. N. G. R. que os exames médicos de doenças infecto-contagiosas que ele emite no Posto de Saúde não têm validade perante o Ministério do Trabalho, não sendo um atestado de saúde ocupacional. "Já conversei pessoalmente com o mesmo, mostrando a Norma Reguladora nº 07, de como devem ser procedidos os exames e que devem ser procedidos por médicos com especialidade a fazer os exames para admissão de funcionários mesmo sabendo ser ilegal".

Buscando nos pareceres e resoluções do CFM/CRM e na legislação do país, obtivemos:

1º) A Norma Reguladora nº 07 – NR-7, que orienta a adequada operacionalização do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), refere:

"7.1.1 – Esta Norma Reguladora – NR estabelece a obrigatoriedade da elaboração e

implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL – PCMSO, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores.

NOTA. Todos os trabalhadores devem ter o controle de sua saúde de acordo com os riscos a que estão expostos. Além de ser uma exigência legal prevista ao artigo 168 do CLT, está respaldada na Convenção 16 da Organização Internacional do Trabalho – OIT, respeitando princípios éticos, morais e técnicos.

7.1.2 – Esta NR estabelece os parâmetros mínimos e diretrizes gerais a serem observados na execução do PCMSO, podendo os mesmos ser ampliados mediante negociação coletiva de trabalho.

7.3 – DAS RESPONSABILIDADES

7.3.1 – Compete ao empregador:

a) garantir a elaboração e efetiva implementação do PCMSO, bem como zelar pela sua eficácia;

b) custear, sem ônus para o empregado, todos os procedimentos relacionados ao PCMSO;

c) indicar, dentre os médicos dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT, da empresa, um coordenador responsável pela execução do PCMSO;

d) no caso da empresa estar desobrigada de manter médico do trabalho, de acordo com a NR 4, deverá o empregador indicar médico do trabalho, empregado ou não da empresa, para coordenar o PCMSO;

e) inexistindo médico do trabalho na localidade, o empregador poderá contratar médico de outra especialidade para coordenar o PCMSO.

NOTA

O custeio do Programa (incluindo avaliações clínicas e exames complementares) deve ser totalmente assumido pelo empregador, e, quando necessário, deverá ser comprovado que não houve nenhum repasse destes custos ao empregado.

O médico coordenador do Programa deve possuir, obrigatoriamente, especialização em Medicina do Trabalho em nível de pós-graduação, ou portador de certificado de Residência Médica em área de concentração em saúde do trabalhador, ou denominação equivalente, reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação, ambos ministrados por Universidade ou Faculdade que mantenha curso de Medicina, conforme item 4.4 da NR 4, com redação da Portaria DSST nº 11 de 17/09/90.

Os médicos do Trabalho registrados no Ministério do Trabalho até a data da publicação da Portaria nº 11, anteriormente citada, ou registrados no respectivo Conselho Profissional, têm seus direitos assegurados para o exercício da Medicina do Trabalho, conforme artigo 4º da mesma Portaria e ainda nos termos da Portaria SSMT nº 25 de 27/06/89.

7.3.1.1 – Ficam desobrigados de indicar médico coordenador as empresas de grau de risco 1 e 2, segundo Quadro 1 da NR 4, com até 25 (vinte e cinco) empregados e aquelas de grau de risco 3 e 4, segundo o Quadro 1 da NR 4, com até 10 (dez) empregados.

7.3.2 – Compete ao médico coordenador:

a) realizar os exames médicos previstos no item 7.4.1, ou encarregar os mesmos a profissional médico familiarizado com os princípios da patologia ocupacional e suas causas, bem como com o ambiente, as condições de trabalho e os riscos a que está ou será exposto cada trabalhador da empresa a ser examinado;

b) encarregar dos exames complementares previstos nos itens, quadros e anexos desta NR, profissionais e/ou entidades devidamente capacitados equipados e qualificados.

NOTA

O médico do trabalho coordenador pode elaborar e ser responsável pelo PCMSO de várias empresas, filiais, unidades, frentes de trabalho, inclusive em várias Unidades da Federação. Por outro lado, o profissional encarregado pelo médico coordenador de realizar os exames médicos, como pratica ato médico (exame médico) e assina o ASO, deve estar

registrado no CRM da Unidade da Federação em que atua.

O profissional médico familiarizado, que poderá ser encarregado pelo médico coordenador de realizar os exames médicos ocupacionais, deverá ser um profissional da confiança deste, que, orientado pelo PCMSO, poderá realizar os exames satisfatoriamente.

Quando o médico coordenador encarregar outro médico de realizar os exames, recomenda-se que essa delegação seja feita por escrito, e este documento fique arquivado no estabelecimento.

O médico do trabalho coordenador deverá ser indicado dentre os profissionais do SESMT da empresa, se esta estiver obrigada a possuí-lo. Caso contrário (ausência de médico do trabalho no SESMT) o médico do trabalho coordenador poderá ser autônomo ou filiado a qualquer entidade, como SESI, SESC, cooperativas médicas, empresas prestadoras de serviços, sindicatos ou associações, entre outras. Entretanto, é importante lembrar que o PCMSO estará sob responsabilidade técnica do médico, e não da entidade a qual o mesmo se encontra vinculado.

Inexistindo na localidade o profissional especializado (médico do trabalho), ou indisponibilidade do mesmo, a empresa poderá contratar médico de outra especialidade para coordenar o PCMSO.

Não há necessidade de registrar ou cadastrar o médico do trabalho coordenador do PCMSO, ou empresa prestadora de serviço, na Delegacia Regional do Trabalho.

ESTRUTURA DO PCMSO

Embora o Programa não possua um modelo a ser seguido, nem uma estrutura rígida, recomenda-se que em alguns aspectos mínimos sejam contemplados e constem do documento:

a) identificação da empresa, razão social, endereço, CGC, ramo de atividade de acordo com o quadro 1 da NR 4 e seu respectivo grau de risco, número de trabalhadores e sua distribuição por sexo, e ainda horários de trabalho e turnos;

b) definição, com base nas atividades e processos de trabalho verificados e auxiliado pelo PPRA e mapeamento de risco, dos critérios e procedimentos a serem adotados nas avaliações clínicas;

c) programação anual dos exames clínicos

cos e complementares específicos para os riscos detectados, definindo-se explicitamente quais trabalhadores ou grupos de trabalhadores serão submetidos a que exames e quando;

d) outras avaliações médicas especiais.

Além disso, também podem ser incluídas, opcionalmente, no PCMSO, ações preventivas para doenças não ocupacionais, como campanhas de vacinação, diabetes mellitus, hipertensão arterial, prevenção do câncer ginecológico, prevenção de DST/AIDS, prevenção e tratamento do alcoolismo, entre outros.

O nível de complexidade do Programa depende basicamente dos riscos existentes em cada empresa, das exigências físicas e psíquicas das atividades desenvolvidas, e das características biopsicofisiológicas de cada população trabalhadora. Assim, um Programa poderá se resumir à simples realização de avaliações clínicas bienais para empregados na faixa etária dos 18 aos 45 anos, não submetidos a riscos ocupacionais específicos, de acordo com o estudo prévio da empresa. Poderão ser enquadrados nessa categoria trabalhadores do comércio varejista, secretárias de profissionais liberais, associações, entre outros.

Por outro lado, um PCMSO poderá ser muito complexo, contendo avaliações clínicas especiais, exames toxicológicos com curta periodicidade, avaliações epidemiológicas, entre outras providências.

As empresas desobrigadas de possuir de possuir médico coordenador deverão realizar as avaliações por meio de médico, que, para a efetivação das mesmas, deverá necessariamente conhecer o local de trabalho. Sem essa análise do local de trabalho, será impossível uma avaliação adequada da saúde do trabalhador.

Para essas empresas recomenda-se que o PCMSO contenha, minimamente:

a) identificação da empresa, razão social, endereço, CGC, ramo de atividade, grau de risco, número de trabalhadores distribuídos por sexo, horários de trabalho e turnos;

b) identificação de riscos existentes;

c) plano anual de realização dos exames médicos, com programação das avaliações clínicas e complementares específicas para os riscos detectados, definindo-se explicitamente quais os trabalhadores serão submetidos a que exames e quando.

7.4 – DO DESENVOLVIMENTO DO PCMSO

7.4.1 – O PCMSO deve incluir, entre outros, a realização obrigatória dos exames médicos:

a) admissional;

b) periódico;

c) de retorno ao trabalho;

d) de mudança de função;

e) demissional.

7.4.2 – os exames de que trata o item 7.4.1 compreendem:

a) avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional e exame físico e mental;

b) exames complementares, realizados de acordo com os termos especificados nesta NR, e seus anexos.

7.4.4 – Para cada exame médico realizado, previsto no item 7.4.1, o médico emitirá o Atestado de Saúde Ocupacional – ASO, em duas vias.

7.4.4.3 – O ASO deverá conter no mínimo:

a) nome completo do trabalhador, o número de registro de sua identidade e sua função;

b) os riscos ocupacionais específicos existentes, ou a ausência deles, na atividade do empregado, conforme instruções técnicas expedidas pela Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho – SSST;

c) indicação dos procedimentos médicos a que foi submetido o trabalhador, incluindo os exames complementares e a data em que foram realizados;

d) o nome do médico coordenador, quando houver, com respectivo CRM;

e) definição de apto ou inapto para a função específica que o trabalhador vai exercer, exerce ou exerceu;

f) data e assinatura do médico encarregado do exame e carimbo contendo seu número de inscrição no CRM”.

2º) Resolução CFM nº 1.488/98, de 11/02/1998.

“Art. 1º - Aos médicos que prestam assistência médica ao trabalhador, independentemente de sua especialidade ou local em que atuem, cabe:

I – assistir ao trabalhador, elaborar seu prontuário médico e fazer todos os encaminhamentos devidos;

II – fornecer atestados e pareceres para o afastamento do trabalho sempre que necessário, considerando que o repouso, o acesso a terapias ou o afastamento de determinados agentes agressivos fazem parte do tratamento;

III – fornecer laudos, pareceres e relatórios de exame médico e dar encaminhamento, sempre que necessário, para benefício do paciente e dentro dos preceitos éticos, quanto aos dados de diagnóstico, prognóstico e tempo previsto de tratamento. “Quando requerido pelo paciente, deve o médico por à sua disposição tudo o que se refira ao seu atendimento, em especial cópia dos exames e prontuário médico”.

3º) Norma Reguladora 4 – Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho.

“4.1. As empresas privadas e públicas, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, manterão, obrigatoriamente, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho (104.001-4/12).

4.4. Os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho deverão ser integrados por Médico do Trabalho, Engenheiro de Segurança do Trabalho, Enfermeiro do Trabalho, Técnico de Segurança do Trabalho e Auxiliar de Enfermagem do Trabalho, obedecendo ao Quadro II, anexo. Subitem 4.4 com redação dada p/ Port. Nº 11 (104.012-0/11).

4.4.1. Para fins desta NR, as empresas obrigadas a constituir Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho deverão exigir dos profissionais que os integram comprovação de que satisfazem os seguintes requisitos:

b) médico do trabalho – médico portador de certificado de curso de especialização em Medicina do Trabalho, em nível de pós-graduação, ou portador de certificado de residência médica em área de concentração em saúde do trabalhador ou denominação equivalente, re-

conhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica, do Ministério da Educação, ambos ministrados por universidade ou faculdade que mantenha curso de graduação em Medicina”.

PARTE CONCLUSIVA

O Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), de acordo com a NR nº 07, é um programa obrigatório a instituições e empregadores que admitem trabalhadores e visa promover e preservar a saúde dos trabalhadores. Igualmente, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), no art. 161, e respaldada pela Convenção 161 da Organização Internacional do Trabalho, legaliza esta exigência.

Esta NR estabelece os parâmetros mínimos e diretrizes gerais a serem observados na execução do PCMSO.

De acordo com a NR nº 7, o PCMSO deve medir, entre outros, a realização obrigatória dos seguintes exames: admissional, periódico, de retorno ao trabalho, à mudança de função, demissional. A avaliação clínica ora mencionada compreende avaliação clínica, abrangendo a anamnese ocupacional, o exame físico e mental e exames complementares. Para cada exame médico realizado, o médico deve expedir a ASO em duas vias. O médico coordenador de PCMSO deve ser preferencialmente médico do trabalho ou o médico quem ele encarregar para expedir a ASO. Recomenda-se que, quando o coordenador encarregar outro médico de realizar os exames para ASO, ele deve fazê-lo por escrito.

O requerente fez referência a uma situação em que um profissional médico de um Posto de Saúde emite documento (atestado) como se este fosse um Atestado de Saúde Ocupacional. Ante o exposto, em obediência às normas e leis vigentes, para ter caráter de Atestado de Saúde Ocupacional o referido documento deve ser emitido em papel próprio da empresa, por qualquer médico, desde que esteja em pleno exercício profissional e tenha sido encarregado, de preferência por escrito, pelo médico coordenador no PCMSO.

Por tudo isso, um atestado médico comum, prerrogativa do médico ante a necessidade de justificativa de falta ao trabalho etc, como mencionado na consulta, não constitui

Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) e, portanto, não tem valor legal como ASO.

Este é o nosso parecer, s.m.j.

Ana Maria de Oliveira
Conselheira Relatora

Atestado médico

Parecer Consulta nº 25/2001. Preenchimento do formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Relator: Paulo Rassi. Aprovado em 25 de outubro de 2001.

Ementa: o preenchimento do Laudo de Exame Médico (LEM - atestado médico) deve ser prioritariamente realizado pelo médico assistente, de acordo com o art. 112 do CEM.

Parecer Consulta nº 34/2001. Necessidade de uma empresa de avaliação motora para medir o equilíbrio (teste ao estímulo auditivo e coordenação visual motora em relação aos pés) ter em seu quadro societário ou como empregado um médico responsável, e necessidade de registrar a empresa no CRM/GO. Relator: Caio Fernando Vicente da Silva. Aprovado em 02 de maio de 2002.

Ementa: atos que visem a diagnósticos, prognósticos ou terapêutica só podem ser praticados por médicos ou executados por outros profissionais quando supervisionados por médico.

Parecer Consulta nº 67/2001. Se é lícito ou não descontar faltas do médico assistente na eventualidade da cota de exames estar aquém do estabelecido, não correspondendo à porcentagem do mínimo estabelecido. Bem como se atestado médico certificando que médico assistente figurou como acompanhante em internação hospitalar de parente próximo maior de idade, com autonomia e independência, deve ser considerado no abono, faltas no regime de trabalho com ganho sobre produtividade. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 16 de maio de 2002.

Ementa: a análise do mérito trabalhista referente ao vínculo existente entre as partes não encontra pertinência nas atribuições deste egrégio Conselho de Medicina. Do ponto de vista ético, o atestado médico dentro de suas prerro-

gativas legais é direito do trabalhador e de inquestionável valor jurídico. A utilização deste com finalidade que não as ditadas pela ética profissional e legislativa pertinente fere a dignidade de quem o emite e o sujeita às penalidades previstas em lei.

Parecer Consulta nº 01/2002. Interpretação entre o atestado médico solicitado por usuário e a solicitação de laudo médico. Relator: Wanderly Barroso Campos. Aprovado em 06 de junho de 2003.

Ementa: o atestado e o laudo médicos são partes integrantes do ato médico, previstos no CEM, e, portanto, não podem ser usados para majoração do mesmo.

Parecer Consulta nº 001/2002 **Aprovado em 06/06/2003**

Interessado: M. C. G.

Assunto: **Interpretação entre o atestado médico solicitado por usuário e a solicitação de laudo médico.**

Relator: Wanderly Barroso Campos

Processo Consulta: 10.880/2001

O presente parecer pede esclarecimentos sobre o direito de majoração de honorários médicos quando um paciente solicita o laudo médico e não apenas o atestado médico.

Atestado médico: atestado, por definição, é todo documento originário de autoridades ou de profissionais, confirmando, por escrito, a realidade de fatos ocorridos. O atestado médico é privativo do profissional de medicina.

Art.112 do CEM – “É vedado ao médico: Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável. Parágrafo Único – O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração dos honorários”.

Laudo médico: laudos são pareceres especializados, por escrito, relatando determinada situação. Laudos médicos, portanto, são pareceres médicos emitidos a respeito de pacientes detalhando suas condições em determinado período ou momento. Os laudos

ou relatórios de atendimento são usualmente solicitados e devem ser fornecidos obedecendo, é claro, a formalidades próprias. Compete ao médico informar a seqüência de atendimentos efetuados, sua impressão e cuidados dispensados ao paciente. Ressalta-se a imperiosidade no que tange ao respeito do sigilo profissional (CARVALHAES, Cid C. J.; PETRONI. Paulo M. *Medicina e Direito*).

Art. 71 do CEM – “É vedado ao médico – Deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento, ou na alta, se solicitado”.

“O médico não pode deixar de fornecer laudo circunstanciado do paciente quando de sua transferência ou encaminhamento para fins de tratamento, ou na alta, se solicitado”. Mesmo que neste dispositivo não esteja especificado que tipo de informações ou quando elas não possam ser dadas, entende-se que o profissional deve sempre fornecer, quando intimado pelo seu assistido, o máximo de informações que venham favorecer seus interesses, salvo se, a seu juízo, essas informações possam trazer-lhe desconforto ou malefícios. Nesses casos, o médico deve desestimular tal intento. Isso quer dizer, em suma, que não se devem dar todas as informações que são solicitadas, notadamente quando esse fato possa trazer prejuízos para o solicitante, em vista dos seus próprios interesses. Deve entender também o médico que o fornecimento de tais documentos não constitui mera cortesia ou favor, mas um direito que tem o paciente de solicitá-los, pois isto é parte integrante do ato médico. A situação torna-se mais evidente quando esse pedido tem como finalidade passar informações a outro colega para complementação de tratamento ou para assegurar direitos do paciente (FRANÇA, Genival Veloso. *Comentários ao CEM*).

Portanto, concluímos que o atestado e o **laudo médicos** são partes integrantes do **ato médico**, previstos no CEM, e, portanto, **não podem ser usados para majoração do mesmo**.

Este é o parecer s.m.j.

Wanderly Barroso Campos
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 06/2003. Legalidade de exigência feita pelo Tribunal de Contas do Município de denominação técnica e CID em perícia médica. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 15 de abril de 2003.

Ementa: constitui ilícito ético ao médico a obediência à exigência contida no Art. 29, § 2º, III, da Resolução Normativa nº 0003/2000, do Tribunal de Contas dos Municípios, que exige a denominação técnica e o CID de moléstia constatada em perícia médica junto a Previdência Municipal. Também constitui ilícito ético o atendimento, por parte do médico, da exigência de empresas que se coloquem CID e diagnóstico nos atestados médicos de seus trabalhadores. Desaparecerá o ilícito se houver, nos dois casos, expressa e manifesta concordância do paciente ou trabalhador.

Parecer Consulta nº 62/2003. Emissão ou não de atestado médico por profissional que presta serviço de emergência nas unidades públicas. Relatora: Lívia Barros Garção. Aprovado em 08 de setembro de 2005.

Ementa: o médico que atende o paciente em qualquer serviço, seja público ou privado, em ambulatório, consultório, urgência/emergência, tem a obrigação de fornecer o atestado médico ao paciente, quando este solicitar.

Parecer Consulta nº 062/2003 **Aprovado em 8/9/2005**

Interessado: I. C. B. F.

Assunto: **emissão ou não de atestado médico por profissional que presta serviço de emergência nas unidades públicas.**

Relatora: Lívia Barros Garção

Processo Consulta: nº 22.498/2003

PARTE EXPOSITIVA

I - DA CONSULTA:

“Eu, I. C. B. F., médico cardiologista e do Trabalho, preocupado com a classe a que pertencço e em servir melhor a comunidade, venho através desta solicitar deste Colendo Conselho parecer a respeito quanto à emissão ou não de atestado médico por colega que presta serviço de Emergência nas Unidades Públicas (Cais, Hugo).

Diz o artigo transcrito de nosso Código de Ética Médica: É vedado ao médico.

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

Parágrafo Único – O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração dos honorários.

Como médico do trabalho é com frequência que recebo funcionário na empresa que não compareceu ao trabalho com a alegação de que se encontrava em tratamento de saúde e que o médico que o atendeu se recusou a lhe fornecer o atestado. Para sua recusa o colega alega que nos Cais e Hugo não se fornece atestado. Sabemos também que existem mesmo algumas Unidades que chegam a fixar cartazes com os dizeres de que não fornecem atestados. Isto não seria uma infração ao nosso Código de Ética, de acordo com o artigo supracitado?

Pelas leis trabalhistas, qualquer empregado que deixa de comparecer ao trabalho deve apresentar a devida justificativa, no caso de saúde, o atestado médico, para não ter seus dias descontados. Com a recusa de emissão do atestado médico, além de estar infringindo o Código de Ética Médica, o médico assistente também não estaria prejudicando o empregado? Quem seria responsabilizado pelos prejuízos do empregado: o médico, a instituição, ou ambos, e – quem sabe – até mesmo este Conselho, por omissão ou conivência?

Outra questão que gostaria de posicionamento deste Conselho é quanto aos atestados emitidos pelo Hospital de Queimaduras. Ou seja, o referido hospital só emite o atestado no final do tratamento e não no dia do primeiro atendimento. Tal procedimento tem trazido inúmeros problemas quanto ao fechamento do ponto de funcionários na empresa. Sabemos que de imediato não é possível determinar com exatidão quantos dias são necessários para a resolução de um processo. Mas também é verdade que podemos fazer uma estimativa e ao final emitir outro atestado.

No momento em que a sociedade se organiza e busca seus direitos e cobra deveres, não podemos ficar sem o devido amparo legal. Assim sendo, solicito deste respeitado Conselho

parecer se é ou não dever do médico que tenha assistido ao paciente fornecer o atestado, esteja ou não ele em Unidade Pública. Caso o parecer seja no sentido do dever de fornecer o atestado, solicito que cópia do parecer seja também encaminhada a todos os diretores das Unidades para ser repassado a seus subordinados. Da mesma maneira, caso o entendimento da emissão do atestado seja de acordo com o andamento da resolução de um processo, solicito envio do parecer ao Hospital de Queimaduras para sua orientação. Tenho certeza de que, mais esclarecidos, muitos de nossos colegas estarão livres de futuros processos e pedidos de indenização.

Tenho a liberdade para citar:

Art. 5º (Constituição Federal)

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

Art. 3º (Código Civil)

Ninguém se escusa de cumprir a lei, alegando que não a conhece.

Certo de Vossa compreensão, deixo patente aqui meus agradecimentos e reconhecimento pelo trabalho até então realizado no comando deste Conselho.

II - DO PARECER:

1 – CONSIDERAÇÕES GERAIS:

Flamínio Fávero, importante professor de Medicina Legal e ex-presidente do Cremesp, a respeito de atestado médico faz a seguinte observação: “O atestado é documento que não exige compromisso legal. Daí, contudo, não se pode inferir que não deve conter, sempre, a expressão exata da verdade”.

O Dr. Genival Veloso de França, ex-professor de Medicina Legal e ex-conselheiro do Conselho Federal de Medicina, em seu livro *Código de Ética Médica Comentado*, analisa de forma criteriosa e sábia este artigo, de onde destaco: “[...] o atestado é parte constitutiva e seqüencial do ato médico”.

“O ato médico se completa, no seu conjunto, quando ele apresenta todas as partes constitutivas: o exame propedêutico, o diagnós-

tico, o prognóstico, a prescrição e a emissão do atestado, podendo ser ainda acrescido de solicitação dos exames complementares”.

O Dr. Hélio Gomes, ex-professor de Medicina Legal, comenta: “O atestado médico é ato de grande importância e ninguém duvida disso, considerando que é um documento simples, claro, que deve conter apenas a verdade de um ato praticado pelo médico no exercício de sua profissão”.

Não pode o médico contribuir para o prejuízo de um paciente junto ao seu trabalho ou atividades habituais negando-se a fornecer um atestado que demonstre a incapacidade do mesmo de realizar tarefas ou atividades em razão de um processo patológico que apresenta no momento do atendimento, necessário e complementar ao tratamento instituído.

Ao fornecer o atestado médico a um paciente, o médico atesta a verdade de seus atos, a justiça e seu compromisso como ser humano, não prejudicando com sua omissão em emitir um documento necessário e de direito do paciente de justificar a(s) sua(s) ausência(s) ao trabalho ou outras atividades habituais de seu cotidiano.

Não existe nenhum amparo legal para o não fornecimento do atestado médico quando solicitado pelo paciente e o médico comprovar, mediante o exame propedêutico, a necessidade do referido documento. A omissão no fornecimento do atestado, se não houver uma justificativa plausível, é uma conduta antiética, passível de apuração pelo Conselho Regional de Medicina.

Quanto ao não fornecimento de atestado médico para o paciente após o primeiro atendimento, pelo Pronto Socorro de Queimaduras, considero que não está de acordo com o Código de Ética Médica e demais normas emanadas do CFM, pois o paciente necessita, de imediato, de atestado, e existe prazo para justificar sua ausência ou falta ao trabalho, escola etc e, ao postergar o fornecimento do atestado, poderá estar causando prejuízo ou constrangimento ao paciente (trabalhador, estudante etc). O ideal e correto é que se forneça um atestado com uma previsão de tempo para o restabelecimento da doença de que o paciente é portador e, se houver necessidade de fornecer outro(s) atestado(s) prorrogando o tempo para o pronto restabelecimento do paciente, o médico assistente deverá fornecê-lo,

por ser uma obrigação do profissional e um direito do paciente.

O atestado médico deve ser entendido como um documento de importância maior e a sua emissão, abalizada pelos princípios éticos e legais e não interpretado como um procedimento banal. Cercado dos devidos cuidados ao elaborar o atestado, o médico resguarda a sua integridade profissional e evita dissabor ao longo de sua árdua carreira (PETROIANU, Andy. *Ética, moral e deontologia médicas*).

Todo profissional médico conhece ou deveria conhecer o Código de Ética Médica, pois recebe do Conselho Regional de Medicina o Código juntamente com a carteira e identidade médicas, não podendo alegar desconhecimento das normas e dos princípios éticos que regem a profissão médica. O Código de Ética Médica e as resoluções emanadas do Conselho Federal de Medicina e dos Conselhos Regionais estão disponíveis na *internet*, podendo ser acessados através do Portal Médico.

2 – LEGISLAÇÃO:

A lei nº 605/1949, em seu art. 6º, dispõe:

“Parágrafo 1º - são motivos justificados:

f) doença do empregado, devidamente comprovada.

Parágrafo 2º - a doença será comprovada mediante atestado médico [...]”.

Código de Ética Médica:

“Princípios Fundamentais:

[...]

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

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

[...]

É vedado ao médico:

Art. 110 – Fornecer atestado sem praticar o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda à verdade.

[...]

Art. 112 - É vedado ao médico deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Parágrafo Único – O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração”.

O Conselho Federal de Medicina, esclarecendo melhor o que já estava codificado no Código de Ética Médica, normalizou a emissão de atestados médicos na resolução nº 1.658/2002, e, no seu Considerando um, ressalta o valor do ato médico ao atestar e o que isto pode representar para a sociedade quando não revelar a verdade, a justiça e a honestidade do profissional no exercício humano e solidário da medicina: “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”.

No Art. 3º: “Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos:

ciii) especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a completa recuperação do paciente;

civ) estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;

cv) registrar os dados de maneira legível;

cvi) identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número do registro no Conselho Regional de Medicina”.

Do parecer consulta do Conselho Federal de Medicina nº 455/1987, de lavra do conselheiro Genival Veloso de França, extraio o seguinte: “Como está tradicionalmente conceituado, o atestado médico é uma declaração simples e por escrito, dada por profissional de medicina, regularmente inscrito no Conselho competente, e cuja finalidade é afirmar o estado mórbido ou de higidez e as suas conseqüências. Vale dizer, afirmar o que resultou do exame feito pelo médico em seu paciente, no que diz respeito à sua sanidade e suas implicações mais diretas. Desse

modo, é o atestado médico um documento utilizado pelo profissional de medicina no exercício regular do seu mister, e quando este instrumento está revestido dos requisitos que lhe conferem validade, atesta a realidade da constatação feita pelo médico para as finalidades previstas em lei. E a exigência de sua veracidade é um direito que tem o Estado de proteger o bem jurídico da fé pública.”.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, na publicação *Ética Médica* (1996), define: “O atestado médico é um documento onde se materializa a constatação de um fato médico e suas possíveis conseqüências. Como ato preparatório à emissão do atestado médico deve o médico proceder aos exames necessários, buscando as justificativas correspondentes à medida. O atestado médico torna-se assim um documento redigido que se presta a afirmar a veracidade de fatos médicos ou a existência de obrigações”.

O Cremesp, em seu parecer consulta nº 35.795/2001, estabelece que o atestado médico deve ser fornecido com a data do efetivo atendimento prestado. Por todo o exposto fica bem claro que o médico que atende o paciente em serviço público ou privado, em ambulatório ou em serviço de urgência/emergência, tem a obrigação de fornecer o atestado médico ao paciente, quando este solicitar.

PARTE CONCLUSIVA

É obrigação do médico que atende o paciente em qualquer serviço, seja público ou privado, em ambulatório, consultório, urgência/emergência ou em regime hospitalar, fornecer o atestado informando a quem de direito que o mesmo necessita de afastamento de suas atividades e temporariamente, por ser um direito inquestionável. Não pode o médico alegar que o paciente necessitará de um acompanhamento posterior por outro médico em outro serviço. Naquele momento, quem tem a obrigação de fornecer o atestado, se solicitado pelo paciente, se este fizer jus, é o médico que está prestando a assistência, o qual não poderá omitir-se desse compromisso.

Este é o meu parecer, salvo melhor juízo.

Lívia Barros Garção
Conselheira Relatora

Parecer Consulta nº 75/2004. Paciente que tem encontrado barreiras administrativas perante à Junta Municipal de Saúde para ter aceito atestado médico. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 28 de outubro de 2004.

Ementa: é função da Junta Médica Pericial de instituições previdenciárias estabelecer investigação diagnóstica, seja por história clínica, exame clínico ou pareceres de outros especialistas, com o intuito de confirmar ou conceder benefício ou licença de saúde.

Parecer Consulta nº 86/2004. Legalidade ou não em se recusar um atestado de funcionário que foi desligado da empresa. Relator: Bragmar Emílio Braga. Aprovado em 28 de outubro de 2004.

Ementa: médico do Trabalho, de posse de atestado médico emitido por colega, deve examinar o paciente, avaliar seu estado clínico e sua capacidade laborativa, independentemente do contido no referido atestado. O médico do Trabalho tem competência e poder de divergir do colega, mas isto só pode ser feito após o exame direto do paciente.

Parecer Consulta nº 106/2005. Autenticidade de atestados médicos. Relator: Bragmar Emílio Braga. Aprovado em 02 de fevereiro de 2006.

Ementa: todo atestado médico emitido por médico legalmente habilitado, revestido de lisura e perícia, é válido e tem todas as prerrogativas legais a que se destina, devendo ser sempre levado em consideração pelo médico da empresa como peça importante para seu raciocínio clínico e suas conclusões, dele discordando somente se fundamentado em sólidas razões científicas ou éticas.

Ato médico

Parecer Consulta nº 32/2001. Realização de exame admissional e demissional, bem como se o profissional fonoaudiólogo está apto ou não a executar "lavagem de ouvido". Relatora: Lívia Barros Garção. Aprovado em 05 de dezembro de 2002.

Ementa: a lavagem de ouvido, sendo um procedimento possível de complicação, poden-

do acarretar prejuízo permanente na integridade física do indivíduo, não pode ser realizada por profissionais de enfermagem, incapazes legal e tecnicamente para tal mister. A lavagem de ouvido é ato médico, não podendo o fonoaudiólogo realizar tal ato, tendo em vista a falta de amparo legal. O médico do trabalho tem a grande responsabilidade de verificar se o candidato que está sendo examinado, no momento do exame admissional, tem condições de saúde adequadas para desempenhar as tarefas do cargo ao qual será admitido, reconhecendo também que o posto de trabalho não oferece riscos à saúde.

Parecer Consulta nº 34/2001. Necessidade de uma empresa de avaliação motora para medir o equilíbrio, teste ao estímulo auditivo e coordenação visual motora em relação aos pés, ter, em seu quadro societário ou como empregado, um médico responsável e a necessidade de registrar a empresa no CRM/GO. Relator: Caio Fernando Vicente da Silva. Aprovado em 02 de maio de 2002.

Ementa: atos que visem a diagnósticos, prognósticos ou terapêuticos só podem ser praticados por médicos ou executados por outros profissionais quando supervisionados por médico.

Parecer Consulta nº 034/2001 Aprovado em 02/05/02

Interessado: I.T.S.

Assunto: **necessidade de uma empresa de avaliação motora, para pedir o equilíbrio, teste ao estímulo auditivo e coordenação visual motora em relação aos pés, ter, em seu quadro societário ou como empregado, um médico responsável e a necessidade de registrar a empresa no Cremego.**

Relator: Caio Fernando Vicente da Silva
Processo Consulta: nº 8.333/2001.

O presente parecer consulta originou-se de consulta a esse Regional por I.T.S., contador autônomo, ao registrar uma firma cujas atividades compreendem avaliação motora para medir o equilíbrio, teste ao estímulo auditivo e coordenação visual motora em relação aos pés de atletas que desejam praticar futebol. Consulta este Conselho para saber da necessidade de a firma

ter ou não, no seu quadro societário ou como empregado, um médico responsável e a necessidade de a firma ser inscrita no Conselho.

PARECER:

As atividades a serem realizadas na avaliação física dos atletas tratam-se de ato médico. O decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, no seu artigo 24, relata que todas as instituições públicas ou particulares as quais pratiquem atos médicos só poderão funcionar sob responsabilidade e direção técnica de médicos, sendo indispensável, para seu funcionamento, também inscrição no Conselho Regional de Medicina. Portanto, atos que visem a diagnóstico, prognóstico ou terapêutica só podem ser praticados por médicos ou executados por outros profissionais quando supervisionados por médico.

Caio Fernando Vicente da Silva
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 53/2001. Procedimento de embalsamento. Relator: Caio Fernando Vicente da Silva. Aprovado em 02 de maio de 2002.

Ementa: a prática de embalsamento é ato exclusivo do médico. Profissional não-médico somente poderá atuar como auxiliar.

Parecer Consulta nº 60/2001. Orientação de imunobiológicos (vacinas e soros). Se essa atividade deve ser exclusiva da classe médica ou se pode a enfermeira encarregar-se das orientações necessárias. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 07 de novembro de 2002.

Ementa: a legislação federal e seus decretos reguladores, claros e específicos agora, revigorados em resolução específica do ato médico e suas modalidades, discutidos na resolução CFM nº 1.627/2001, deixa claro e definitivamente discutida a situação dos profissionais de outras áreas em relação a atos compartilhados pelos profissionais da saúde, não podendo ser atribuídos atos exclusivos do profissional médico a outras profissões em atos compartilhados.

Parecer Consulta nº 060/2001
Aprovado em 07/11/2002

Interessada: Dra. C.R.K.

Assunto: orientação de imunobiológicos (vacinas e soros). Se essa atividade deve ser exclusiva da classe médica ou se pode a enfermeira encarregar-se das orientações necessárias.

Relator: José Alberto Alvarenga

Processo Consulta: nº 10.101/2001.

O presente Parecer Consulta originou-se de consulta a esse Regional pela Dra. C.R.K. acerca de orientação na aplicação de imunobiológicos (vacinas e soros), se esta deve ser atividade exclusiva da classe médica ou se pode a enfermeira encarregar-se das orientações necessárias ou se a consulta médica é indispensável na realização destes atos.

PARTE EXPOSITIVA:

A lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências, refere, em seu artigo 11, inciso II, letra C, que o enfermeiro(a) exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe, como integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

O decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, que regulamenta a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências, em seu artigo 8º relata:

“Ao enfermeiro incumbe:

I – privativamente

[...]

e – consulta de enfermagem

f – prescrição de assistência de enfermagem

II – como integrante de equipe de saúde:

a – participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

b – prescrição na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

c – prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”.

O Código de Ética Médica, em seu artigo 30, dispõe:

“É vedado ao médico delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica”.

Quanto à delegação de competência, devemos lembrar que:

- a responsabilidade pela prescrição da terapêutica é exclusivamente médica, quer no plano judicial, quer no plano técnico;
- os serviços de saúde devem ter médicos responsáveis, tais profissionais devem constituir autoridades técnicas e jurídicas do serviço de saúde em questão;
- rotinas pré-estabelecidas no sistema local de saúde, particularmente as respaldadas por programas nacionais, podem ser implementadas por equipes multidisciplinares, respeitadas as condições descritas no parágrafo anterior.

A resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.627/2001, e seu anexo Exposição de Motivos, considerando a lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo decreto lei nº 44.405, de 19 de julho de 1958, entre outros, resolve:

“Art. 1º – Definir o ato profissional de médico como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e dirigido para:

I – a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia (prevenção primária);

II – a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (prevenção secundária);

III – a prevenção de invalidez ou reabilitação dos enfermos (prevenção terciária).

Parágrafo 1º – As atividades de prevenção secundária, bem como as atividades de prevenção primária e terciária que envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem em indicação de terapêutica (prevenção secundária) são atos privativos do profissional médico.

Parágrafo 2º – As atividades de prevenção primária e terciária que não impliquem na execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos podem ser atos profissionais compartilha-

dos com outros profissionais da área de saúde, dentro dos limites impostos pela legislação pertinente”.

Modalidades de atos médicos (anexo):

Os atos tipicamente médicos, mas compartilhados com agentes de outras profissões, são:

1 – Realização de atos profiláticos de enfermidades ou procedimentos higiênicos que possam ser ou vir a ser fomentadores de bem-estar individual ou coletivo;

2 – Realização de procedimentos profiláticos ou reabilitadores que não impliquem em diagnosticar enfermidades ou realizar procedimentos terapêuticos e procedimentos diagnósticos;

3 – Realização de exames subsidiários complementares do diagnóstico médico, nos termos da lei.

PARTE CONCLUSIVA:

A legislação federal e seus decretos reguladores, claros e específicos agora, revigorados em resolução específica do ato médico e suas modalidades, discutidos na resolução CFM nº 1.627/2001, deixa claro e definitivamente discutida a situação dos profissionais de outras áreas em relação a atos compartilhados pelos profissionais da saúde.

Os serviços de saúde públicos ou privados devem, pois, por seus diretores médicos, cumprir rigorosamente a legislação pertinente emanada pelo Conselho Federal de Medicina, jamais atribuindo atos exclusivos do profissional médico a outras profissões em atos compartilhados.

Esse é meu parecer, S.M.J.

Goiânia, 04 de abril de 2002

José Alberto Alvarenga
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 30/2003. Qual profissional está habilitado a exercer a atividade de preparo de corpo, bem como qual profissional está habilitado a exercer a atividade de respon-

sabilidade técnica de conservação de cadáveres. Relator: Eduardo Alves Teixeira. Aprovado em 14 de agosto de 2003.

Ementa: a formolização e/ou embalsamamento é ato exclusivo do médico. Pode, no entanto, ser praticado por técnico de necropsia, sob a responsabilidade de um médico, que deverá supervisionar a sua realização. O responsável técnico, ou diretor técnico, das clínicas de conservação e reconstituição de cadáveres deverá ser médico inscrito regularmente no Conselho Regional de Medicina. As atribuições do diretor técnico são as mesmas, as contidas na resolução CFM nº 1.342/1991.

Parecer Consulta nº 40/2003. Portaria normativa nº 177/2002 – Ipasgo. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 11 de setembro de 2003.

Ementa: deve a Diretoria Técnica do Ipasgo ser interpelada para, na maior brevidade possível, revogar o artigo 2º da mencionada portaria daquele instituto, bem como a tabela referida no anexo desta Portaria, que deverá ser substituída por semelhante, de autoria da Fonoaudiologia, pois, além de ferir direito constitucional que dá exclusividade ao médico de praticar tais atos, também fere o princípio dos direitos autorais da classe médica que a elaborou.

Parecer Consulta nº 59/2003. Emissão de laudos citohistoanatomopatológicos emitidos por profissionais não-médicos. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 03 de março de 2005.

Ementa: comete infração ética o médico que aceita laudo citohistoanatomopatológico emitido por profissionais não-médicos.

Parecer Consulta nº 63/2003. Liminar judicial que libera a solicitação de exames complementares pelos fisioterapeutas. Relator: Robson Paixão de Azevedo. Aprovado em 26 de fevereiro de 2004.

Ementa: é ilegal aos fisioterapeutas a prática de atos privativos dos profissionais médicos tais como exame clínico, solicitação de exames complementares, firmar diagnósticos clínicos, estabelecer prescrição ou alteração de terapêutica a ser instituída. Também é vedado ao médico radiologista ou ao patologista realizar exa-

mes complementares solicitados por fisioterapeutas.

Parecer Consulta nº 112/2005. Necessidade de consulta a ser realizada por fisioterapeutas no início do procedimento fisioterápico. Relatora: Lueiz Amorim Canedo. Aprovado em 02 de março de 2006.

Ementa: a avaliação do estado funcional (diagnóstico) do paciente, assim como a indicação do tipo de tratamento e quantas sessões de fisioterapia devem ser realizadas são atribuições médicas. Portanto, ao fisioterapeuta não cabe realizar consulta no início do procedimento.

Auditoria médica

Parecer Consulta nº 07/2001. Solicitação de exames complementares. Relator: Elias Hanna. Aprovado em 11 de julho de 2002.

Ementa: o parecer solicitado já foi contemplado pelo conselheiro relator Oliveira Guanaes de Aguiar no Parecer CFM 29/2000, no qual conclui que “o médico, para melhor servir ao paciente, deve ter autonomia e liberdade no exercício de sua profissão. Se houver, como parece-me no presente caso, pedidos reiterados de exames considerados desnecessários e com indícios de procedimento doloso, deve tal fato ser levado ao conhecimento do Conselho Regional competente, respeitado o princípio constitucional de defesa. Mas fere a ética médica a limitação de procedimentos permitidos ao médico, sendo também antiéticas as medidas punitivas que lhe possam ser impostas quando ultrapassados os limites estabelecidos como estatisticamente aceitáveis.

Parecer Consulta nº 26/2001. Legalidade ou não de se contratar profissionais não médicos (biomédicos, bioquímicos e/ou farmacêuticos) para realização de exames citopatológicos. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 25 de abril de 2002.

Ementa: os médicos auditores e diretores técnicos de empresas médicas cooperativas ou mercantis hipoteticamente idealizados pelo consulente estariam infringindo o CEM nos artigos 2º, 4º, 17, 30, 38 e 45.

Parecer Consulta nº 66/2001. Se é legal um profissional médico duvidar da veracidade de um pedido de exame feito por um especialista. Se é lícito as caixas de assistência constituírem “juízes”, os quais não têm a especialidade do médico que requisita tal exame. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 27 de maio de 2002.

Ementa: 1) Os profissionais médicos, independentemente de sua especialização, estão aptos a solicitarem quaisquer exames complementares para que os correlacione com seu raciocínio clínico e então se estabeleça o diagnóstico da doença. 2) Os relatórios de auditoria quando limitantes da ação profissional devem mostrar claramente os motivos elencados, justificando tecnicamente sua atuação, respeitados os ditames do Código de Ética Médica no que se refere ao sigilo e relacionamento entre médicos.

Parecer Consulta nº 04/2002. Conduta de médico auditor do Ipasgo. Relator: Elias Hanna. Aprovado em 12 de fevereiro de 2004.

Ementa: cabe ao auditor obter consentimento informado do paciente psiquiátrico e, na incapacidade deste, de seu representante legal. Apesar deste procedimento levar horas ou dias, uma vez que não poderá haver discriminação sob pretexto de um transtorno mental. Entenda-se discriminação como qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de dificultar o desfrute igualitário de direitos.

Parecer Consulta nº 07/2002. Implicações legais e éticas, quando da vistoria de auditor não houver justificativa por parte do médico, hospital, para tal procedimento. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 08 de agosto de 2002.

Ementa: compete ao médico auditor e ao gestor do SUS manterem-se atentos com o objetivo de identificar a realização de cirurgias desnecessárias, fraudes ou quaisquer outros ilícitos éticos, não se omitindo ou acumpliciando-se com tais ocorrências.

Parecer Consulta nº 15/2002. Conduta adotada pela auditoria da Affego Saúde. Relator: Rômulo Sales de Andrade. Aprovado em 11 de junho de 2002.

Ementa: a auditoria é um ato médico regulamentado pelo Conselho Federal de Me-

dicina. As partes interessadas que se julgarem lesadas podem e devem buscar seus direitos legais e constitucionais perante este Conselho.

Parecer Consulta nº 67/2002. Negativa de procedimento sugerido por médico, por entender o solicitante (médico) que deveria ter melhor definição do diagnóstico. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 18 de novembro de 2004.

Ementa: conforme estabelece a resolução CFM nº 1.614/2001, é lícita a solicitação de esclarecimentos ao médico assistente. A resposta obtida pelo médico auditor consulente trata-se de correspondência que demonstra inconformismo, não podendo ser caracterizada como antiética.

Parecer Consulta nº 70/2002. Definição e diferença entre auditor e perito. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 23 de janeiro de 2003.

Ementa: auditoria médica e perícia médica são habilidades profissionais médicas específicas e distintas em suas técnicas e atuações. A necessidade de conhecimento técnico e científico ensejam aperfeiçoamento e dedicação por parte dos que as praticam. O Código de Ética Médica, em seus artigos 118, 119, 120 e 121, estabelece os limites éticos da atuação profissional de auditor e perito.

Parecer Consulta nº 51/2003. Informação encaminhada pela Associação dos Hospitais de Anápolis ao Ipasgo sobre o novo procedimento a ser adotado em relação a prontuários médicos pelas Unidades Hospitalares de Anápolis. Relator: Rômulo Sales de Andrade. Aprovado em 22 de janeiro de 2004.

Ementa: o prontuário, que pertence ao paciente e não ao médico, nem tampouco ao hospital, o qual é apenas seu fiel depositário, pode sofrer auditoria, devendo o auditor ser médico e legalmente habilitado para exercer esta função. A auditoria deve ser realizada dentro das dependências do hospital, e este deve ter local adequado e conveniente para o profissional exercer sua função. Em caso de necessidade, e quando solicitado legalmente pela auditoria, as cópias dos prontuários podem ser enviadas para fins de instrução. Neste caso, a guarda e a responsabilidade de sigilo é transitoriamente

transferida a quem solicitou o documento. A auditoria, em suas várias fases, analisa dados assistenciais e detecta situações que podem gerar dúvidas, mas, baseando-se no princípio constitucional do contraditório, ouvindo as alegações do autor do fato, podem ou não fazer com que o objeto da ação seja esvaziado.

Parecer Consulta nº 57/2003. Auditorias em prontuários ambulatoriais em unidade de saúde pública realizadas por profissionais não-médicos. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 13 de novembro de 2003.

Ementa: as auditorias em prontuários hospitalares, ambulatoriais e/ou fichas clínicas podem ter caráter administrativo ou técnico. Se técnico, pode estar relacionada ao ato médico ou a qualquer ato de outro profissional não médico que tenha acesso e use tal prontuário para anotar ou extrair dados ou informações relevantes à saúde pública e que tenha interesse à instituição, qual seja pode a enfermeira desempenhar a função de auditoria quando há que se auditar o ato da enfermagem. Aos atos médicos, só cabe auditoria efetuada por profissional médico.

Parecer Consulta nº 99/2005. Médico auditor alterar procedimento determinado por outro médico. Relator: Evandélio Alpino Morato. Aprovado em 17 de novembro de 2005.

Ementa: conforme estabelecem os Arts. 81 e 121 do CEM, o médico auditor não pode alterar a prescrição ou tratamento de paciente determinado por outro médico.

Autonomia profissional

Parecer Consulta nº 64/2001. Consultas e exames com tratamentos alérgicos. Relator: Heitor Alarico Gonçalves de Freitas. Aprovado em 22 de outubro de 2002.

Ementa: cabe ao médico conduzir a consulta como bem lhe aprouver, prezando por realizar uma boa história clínica, um exame físico detalhado e a solicitação dos exames complementares que achar convenientes e imprescindíveis segundo os critérios da boa medicina. Quando, mesmo após as justificativas cabíveis,

um auditor ou plano de saúde mantiver a glosa que o médico considere equivocada ou mal intencionada (redução de custos etc), este deverá denunciar o auditor ou diretor técnico do plano de saúde neste Conselho.

Parecer Consulta nº 39/2002. Remuneração do Ipasgo aos médicos que realizam cesarianas e escolha do tipo de parto pela paciente. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 23 de janeiro de 2003

Ementa: não existe critério justo para se estabelecer o valor diferenciado da remuneração feita pelo Ipasgo. Considerando como índice almejado no país o de 30% de cesarianas, qualquer profissional que realize mais de cinco partos num mesmo mês de referência seria prejudicado, apesar de situar-se nos limites almejados. Portanto, é critério absolutamente injusto, ineficiente e inaceitável. É obrigatória a indicação de uma cesariana para que o médico a realize, sendo vedada a realização da mesma apenas pela opção da paciente ou de outrem.

Parecer Consulta nº 04/2003. Exames de Eletroencefalografia e Eletroencefalograma, se esses exames são privativos da especialidade Neurofisiologia. Vistas: Sizenando da Silva Campos Júnior. Aprovado em 17 de julho de 2003.

Ementa: todo médico legalmente habilitado e inscrito no CRM/GO pode executar qualquer ato médico, na sua jurisdição. Entretanto, para que o médico possa anunciar títulos científicos, é necessário que ele esteja registrado no quadro de especialista do CRM. Isso não quer dizer que o médico não possa exercer atos de especialidades, mas é recomendável que disponha de habilitação técnica específica.

Parecer Consulta nº 118/2005. Orientação sobre a possível imposição da Afego aos prestadores de serviços médico-hospitalares da utilização de medicamentos genéricos. Relator: Ciro Ricardo Pires de Castro. Aprovado em 19 de janeiro de 2006.

Ementa: os profissionais médicos têm autonomia para prescrever o que, em sã consciência, julgarem melhor para os seus pacientes, seguindo sistematicamente as normas emanadas pelo nosso Código de Ética Médica e pela Legislação específica para medicamentos genéricos.

Auxiliar de cirurgia

Parecer Consulta nº 01/2003. Legalidade no ato de acadêmicos do curso de Medicina estarem auxiliando cirurgias em unidade hospitalar privada, sem nenhum vínculo com escola de Medicina. Relator: Elias Hanna. Aprovado em 19 de fevereiro de 2004.

Ementa: é permitido solicitar os trabalhos de estudantes de Medicina para função de auxiliar de cirurgia, respeitando a aceitação pelo cirurgião responsável pelo paciente.



*A visita do médico. Frans van Mieris, 1657
Kunsthistorisches Museum, Viena*

B

Banco de sangue

Parecer Consulta nº 33/2002. Implantação do NAT no Hemocentro, visando a diminuir os riscos de transmissão do vírus da hepatite C e do HIV por transfusão de hemocomponentes. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 23 de janeiro de 2003.

Ementa: sobre a obrigatoriedade do NAT, consideramos que o setor público que se propõe a torná-lo obrigatório deve prover os meios de sua realização. É facultado ao setor público de saúde, que dispõe de uma unidade referenciada, regulamentar a realização do exame, nos limites das normas vigentes e do interesse público. Os responsáveis pelas irregularidades apuradas responderão pelo eventual mal que provocarem. Ninguém é obrigado a prestar serviço a quem não desejar, respeitando-se contratos vigentes e o atendimento em caso de risco de vida. Caso rompa o contrato entre a Secretaria Municipal de Saúde e os estabelecimentos representados pelo consulente, a responsabilidade pela apresentação de outra opção de fornecimento de serviços ao usuário é da própria Secretaria de Saúde.

Biometria

Parecer Consulta nº 21/2001. Aparelho de biometria para apuração da frequência dos servidores públicos. Relator: Benedito Alves Moreira. Aprovado em 09 de agosto de 2001.

Ementa: uso de aparelho que coleta e apura a frequência dos servidores públicos por meio da biometria (geometria da mão). Não há nada no Código de Ética Médica que inviabilize o uso deste sistema. Aconselha-se, entretanto, que o mesmo seja implantado em caráter experimental, a fim de se avaliar sua eficiência para posterior efetivação.



*The doctor. Samuel Luke Fildes, 1891
Galeria Tate, Londres.*

Caixa de primeiros socorros

Parecer Consulta nº 10/2001. Possibilidade de a empresa ter, juntamente com a caixa de primeiros socorros, outros medicamentos, como analgésicos, antitérmicos e antiácidos, uma vez que não há médico nas dependências da empresa. Relator: Wanderly Barroso Campos. Aprovado em 23 de janeiro de 2003.

Ementa: é permitida a dispensação de medicamentos anódicos que não dependem de prescrição médica e cuja venda é autorizada nos hotéis e estabelecimentos similares, como restaurantes, bares e outros, de acordo com o parágrafo único dos artigos 6º da lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, e 8º e 55, item I, ambos do decreto nº 74.170, de 10 de julho de 1974.

Carimbo

Parecer Consulta nº 47/2003. Legalidade da exigência da Unimed-Anápolis para confecção de carimbo padronizado constando o número do código do cooperado junto com o número do CRM. Relator: Ciro Ricardo Pires de Castro. Aprovado em 13 de novembro de 2003.

Ementa: a exigência da Unimed-Anápolis é legal e tem apenas cunho técnico-administrativo. Visa a agilizar e racionalizar o pagamento das faturas. O médico, ao se cooperar, assume o compromisso de acatar as normas definidas em assembléias e a seguir o estatuto da cooperativa. Não há irregularidade na exigência de carimbo com nome e código do cooperado nos documentos e prontuários ou faturas preenchidas pelos médicos cooperados, sendo esta decisão pertinente e legal, delegada à Diretoria da Unimed pela própria Assembléia dos cooperados.

Parecer Consulta nº 47/2003
Aprovado em 13/11/03

Interessada: Dra. S. P. I. M.

Assunto: **legalidade da exigência da**

Unimed/Anápolis para a confecção de carimbo padronizado, constando o número do código do cooperado junto com o número do CRM.

Relator: Ciro Ricardo Pires de Castro

Processo Consulta: nº 5.251/2000

DA CONSULTA:

Em 10/07/2003 a Dra. S. P. I. M. protocolou documento no Cremego, sob nº 20.808, com o seguinte teor:

1. Tendo em vista a exigência da Unimed/Anápolis para confecção de carimbo padronizado constando o número do código de matrícula do cooperado, solicito parecer deste Conselho, no sentido de verificar a legalidade de tal exigência, pois venho colocando o código do cooperado manualmente e legível na documentação da Unimed.

2. Pode esta cooperativa recusar pedido de exame e procedimentos sem o referido carimbo padronizado?

3. Não estaria a Unimed, com essa exigência, obrigando e utilizando o médico, por meio do seu carimbo com o registro profissional, para fazer propaganda e alusão da exclusividade do médico com a Unimed?

4. Será que no futuro teremos que andar com uma sacola de carimbos de CRM (um para cada convênio e local de trabalho)?

Para melhor avaliação do caso em tela, pedimos esclarecimentos à Unimed/Anápolis, que atendeu nossa solicitação enviando-nos o seguinte relatório: Em 28/03/2003, em circular/ofício nº 22/03, o Dr. J. A. da S. J., diretor administrativo da Unimed/Anápolis, em razão da falta de identificação adequada por parte significativa de cooperados que deixam de colocar o número do código de matrícula nas faturas, torna obrigatório o uso de carimbo constando o código de matrícula do cooperado em todas as faturas apresentadas, sob pena de glosa e devolução para correção e pagamento no mês seguinte, após satisfeita a exigência. Justifica tal medida pela necessidade de agilizar o pagamento da produção dos cooperados, pois o número de documentos que chega à Cooperativa é extremamente volumoso, e os funcionários levam de três a quatro dias apenas para codificá-los. Com esta medida, pretende evitar este trabalho, tendo

como consequência o pagamento da produção dos médicos cooperados com pelo menos três dias de antecedência. Em nenhum momento houve citação em relação ao número do CRM do médico, o qual, em seu entendimento, deve fazer parte de sua identificação em todas as suas referências, seja no carimbo, no receituário e no cartão de visitas.

PARECER:

Em resposta à solicitação de parecer sobre a legalidade da exigência da Unimed/Anápolis para a confecção de carimbo constando o número do código do cooperado, fazemos da forma que se segue:

A exigência da Unimed/Anápolis é legal e tem apenas cunho técnico-administrativo. Visa a agilizar e racionalizar o pagamento das faturas. O médico, ao se cooperar, assume o compromisso de acatar as normas definidas em assembléias e a seguir o estatuto da cooperativa. Não há irregularidade na exigência de carimbo com nome e código do cooperado nos documentos e prontuários ou faturas preenchidas pelos médicos cooperados, sendo esta decisão pertinente e legal, delegada à Diretoria da Unimed pela própria assembléia dos cooperados.

Não consigo vislumbrar nexos causal entre carimbo e propaganda ou promoção por parte da Unimed/Anápolis. Acredito que a melhor propaganda continua sendo o bom desempenho ético-profissional dos médicos cooperados.

A exemplo da Unimed/Anápolis, todas as outras Unimeds, inclusive a de Goiânia, fornecem os carimbos aos seus cooperados apenas com o nome e o código de matrícula, sem o número de registro profissional no CRM. A meu ver, esta é uma falha que precisa ser corrigida, pois afronta a resolução CFM nº 1.658/2002, artigo 3º, alínea D: "O médico deve, em todos os prontuários que preencher, identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo com número de registro no Conselho Regional de Medicina."

Este é o meu parecer, s.m.j.

Ciro Ricardo Pires de Castro
Conselheiro Relator

Cartão de desconto

Parecer Consulta nº 16/2001. Planos ou convênios de saúde que propõem cartões de descontos sobre honorários médicos, bem como se é ou não responsabilidade do diretor técnico/clínico, em casos de médicos que prestam atendimentos e realizam cirurgias em locais onde não residem. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 24 de outubro de 2001.

Ementa: a figura do médico itinerante é uma realidade em várias regiões do País, particularmente em locais desprovidos de recursos ou de especialistas em determinadas áreas. A concorrência desleal entre médicos, vedada pelo artigo 80 do Código de Ética Médica, é representada genericamente pelo médico que lança mão de métodos ilícitos e/ou espúrios para angariar clientela.

Parecer Consulta nº 65/2002. Cartões de Descontos oferecidos por empresas que vêm atuando como se fossem plano de saúde. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 16 de janeiro de 2003.

Ementa: a participação de médico ou de entidades médicas na prestação ou anúncio de serviços médicos por meio de cartões de descontos fere os artigos 3º, 9º, 10º, 80 e 92 do Código de Ética Médica, bem como a resolução CFM nº 1.649/2002.

Parecer Consulta nº 05/2003. Resolução CFM nº 1.649, que trata da proibição de médicos como proprietários, sócios ou dirigentes dos cartões de descontos. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 29 de abril de 2003.

Ementa: considero que o Sistema Unimed Desconto adotado pela Unimed/Mineiros apresenta as mesmas características danosas e anti-éticas que os demais cartões de descontos de outras empresas não vinculadas a cooperativas médicas.

Cirurgia bariátrica

Parecer Consulta nº 16/2002. Informações sobre o procedimento cirúrgico gastroplastia.

Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 11 de julho de 2002.

EMENTA: o procedimento está regulamentado no âmbito do Ministério da Saúde do Brasil desde 30 de março de 1999 – e vários centros nacionais se encontram gabaritados oficialmente para a sua realização, desde que cumpridos os protocolos exigidos conforme normatiza a Portaria GM nº 628, de 26 de abril de 2001.

Parecer Consulta nº 73/2002. Aptidão para a realização de procedimentos cirúrgicos sobre o aparelho digestivo. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 29 de abril de 2003.

EMENTA: a lei nº 3.268/1957, o decreto-lei nº 44.045/1958 e a resolução CFM nº 1.627/2001 falam claramente a respeito do solicitado, em nada sendo necessário acrescentar.

Parecer Consulta nº 73/2002 Aprovado em 29/4/2003

Interessado: Dr. A. T. C.

Assunto: **aptidão para a realização de procedimentos cirúrgicos sobre o aparelho digestivo.**

Relator: José Alberto Alvarenga
Processo Consulta nº 16.691/2002

Designado a emitir parecer consulta de nº 073/2002, por solicitação do médico Dr. A.T. C. quanto a ele estar apto ou não para a realização de procedimentos cirúrgicos sobre o aparelho digestivo com a finalidade de tratar obesidade mórbida (cirurgia bariátrica), passamos a relatar como se segue:

Informa sobre suas capacitações como médico, a saber:

1. Cirurgião geral, registrado sob o nº xxxx, em junho de 1994;

2. Especialista em Gastroenterologia Cirúrgica, registrado sob nº xxxx, em dezembro de 1995.

3. Especialista em Endoscopia Digestiva, registrado sob nº xxxx, em dezembro de 1995.

PARTE EXPOSITIVA:

1 – Lei nº 3.268, de 3 de setembro de 1957 (DOU de 04/10/1957):

“Art. 18 – Aos profissionais registrados de acordo com esta Lei será entregue uma carteira

profissional que os habilitará ao exercício da medicina em todo o País.

Art. 19 – A carteira profissional, de que trata o art. 18, valerá como documento de identidade e terá fé pública”.

2 – Decreto-lei nº 44.045, de 19 de julho de 1958:

“Art. 1º – Os médicos legalmente habilitados ao exercício da profissão em virtude de diplomas que lhes forem conferidos pelas Faculdades de Medicina oficiais ou reconhecidas do país só poderão desempenhá-lo efetivamente depois de se inscreverem nos Conselhos Regionais de Medicina que jurisdicionarem a área de sua atividade profissional.

Parágrafo único: A obrigatoriedade da inscrição a que se refere o presente artigo abrange todos os profissionais militantes, sem distinção de cargos ou funções públicas”.

3 – Resolução CFM nº 1.627/2001:

“Art. 1º – Definir como ato profissional do médico como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e dirigido para:

I - a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia (prevenção primária);

II – a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (prevenção secundária);

III - a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos (prevenção terciária)”.

4 – Anexo à resolução CFM nº 1.627/2001:

“Ato profissional é como se denomina de maneira rigorosamente científica uma ação, procedimento ou atividade que a legislação regulamentadora de uma profissão atribua aos agentes de uma dada categoria profissional; ainda que não lhes seja exclusiva, ou seja, privativa daqueles profissionais. Todo ato profissional deve ser praticado por pessoa adequadamente preparada, devidamente habilitada e que esteja exercendo legalmente sua profissão, de acordo com a legislação vigente. Os atos profissionais privativos ou exclusivos de uma profissão configuram o que se denomina o monopólio profissio-

nal, que decorre principalmente da necessidade que a sociedade tem daquele serviço e da importância que lhe atribui.

O exercício dos atos médicos é função privativa de quem é formado em Medicina em estabelecimento educacional oficial ou legalmente reconhecido, estando, portanto, legalmente capacitado. Ademais, exige-se que esteja formalmente habilitado pelo Conselho Regional de Medicina de seu Estado, e registrado no organismo competente de vigilância sanitária do sistema de saúde a que estiver vinculado”.

PARTE CONCLUSIVA:

Em análise do exposto, somos de parecer que a lei, decreto e resolução do Conselho Federal de Medicina falam claramente a respeito do solicitado, em nada sendo necessário acrescentar.

Este é o meu parecer, que coloco à disposição para análise e deliberações deste plenário.

José Alberto Alvarenga
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 39/2003. Procedimentos de cirurgia da obesidade mórbida. Relator: Paulo Roberto Prata Mendonça. Aprovado em 28 de outubro de 2004.

Ementa: a cirurgia bariátrica é uma grande cirurgia gastrointestinal realizada em pacientes muito obesos. Os profissionais médicos devem aumentar a segurança do procedimento adquirindo conhecimentos sobre os resultados em longo prazo. Esta cirurgia é indicada para pessoas com o IMC de 35 quando co-morbidades estejam presentes ou um IMC de 40 se não há doenças associadas à obesidade. As indicações fora das normatizações poderão ser encaminhadas ao CRM para análise e providências pertinentes a cada caso.

Parecer Consulta nº 68/2004. Indagações sobre cirurgia bariátrica. Relator: Paulo Roberto Prata Mendonça. Aprovado em 04 de março de 2004.

Ementa: a resolução CFM nº 1.634/2002 dispõe que a cirurgia bariátrica ainda não é especialidade médica e nem área de atuação reconhecidas, portanto não pode ser exigida por não apresentar bases legais. Quanto ao bom funcionamento de um serviço de cirurgia bariátrica, o hospital deve

organizar um grupo de médicos preparados para cuidar de pacientes criticamente doentes e avaliá-los quanto ao risco cirúrgico.

Cirurgia crânio-maxilo-facial

Parecer Consulta nº 52/2002. Prática de cirurgias buco-maxilo-facial, realizadas por cirurgiões dentistas em hospitais. Relator: Iliam Cardoso dos Santos. Aprovado em 23 de janeiro de 2003.

Ementa: a cirurgia buco-maxilo-facial é uma matéria já regulamentada e divulgada conforme resolução conjunta CFM/CRO (nº 1.536/98), que reconhece as áreas restritas ao médico, ao cirurgião-dentista, as áreas de atuação em conjunto, assim como as normas gerais que envolvem os procedimentos cirúrgicos.

Parecer Consulta nº 52/2002
Aprovado em 23/01/2003

Interessado: W.O.C.

Assunto: **prática de cirurgias buco-maxilo-faciais realizadas por cirurgiões dentistas em hospitais.**

Relator: Iliam Cardoso dos Santos
Processo consulta: nº 15.453/2002.

O presente parecer consulta originou-se de consulta a esse Regional por W.O.C. sobre como deve ser a prática de cirurgias buco-maxilo-faciais realizadas por cirurgiões dentistas em hospitais.

A cirurgia buco-maxilo-facial é uma matéria já regulamentada e divulgada conforme resolução conjunta CFM/CRO (nº 1.536/1998), que reconhece as áreas restritas ao médico, ao cirurgião-dentista, as áreas de atuações em conjunto, assim como as normas gerais que envolvem os procedimentos cirúrgicos.

Para uma melhor orientação ao solicitante, passaremos cópias de resoluções e pareceres que normatizam a relação médico/cirurgiões dentistas, com a recomendação de que elas sejam respeitadas:

Resolução CFM/CRO nº 1.536/1998

Parecer-consulta CFM nº 795/2000
Parecer-consulta CFM nº 542/2002 PC/CFM/
nº 25/2002
Parecer-consulta CFM nº 032/02

Relator: Dra. Eliane de Souza

Assunto: direito de internação do cirurgião-dentista

Ementa: o cirurgião-dentista buco-maxilo-facial, no atendimento de patologias específicas de sua área, tem o direito de internação destes pacientes, respeitando as normas da instituição onde será feita a internação.

É esse o nosso parecer, S.M.J.

Iliam Cardoso dos Santos
Conselheiro Relator

Cirurgia eletiva

Parecer Consulta nº 84/2004. Suspensão de cirurgias eletivas. Relator: Lueiz Amorim Canêdo. Aprovado em 19 de agosto de 2004.

Ementa: diante da interdição da Agência Transfusional, a suspensão das cirurgias eletivas é uma conduta absolutamente correta, uma vez que em nenhuma situação pode-se prever a necessidade ou não do uso de hemoderivados durante atos cirúrgicos. Quanto às situações de emergência, os pacientes devem ser encaminhados a outros serviços com disponibilidade de hemoderivados, sempre que for possível realizar estes encaminhamentos. Nas situações de emergência com risco de vida em que os pacientes não tiverem condições de serem encaminhados, a conduta cirúrgica deve ser adotada pelos médicos daquela localidade e caso haja qualquer complicação ou intercorrência pela falta de hemoderivados, as autoridades responsáveis por esta falha deverão ser responsabilizados civil, criminal e eticamente.

Cirurgia plástica

Parecer Consulta nº 31/2001. Rela-

ção médico/paciente. Relatora: Ivane Campos Mendonça. Aprovado em 04 de abril de 2002.

Ementa: o ato médico é um ato humanitário em si mesmo. A quebra da relação médico/paciente é, em si, um fato entristecedor e lamentável. Certo é que não há Medicina sem confiança e ato médico em relação médico/paciente desfeita.

Cirurgia plástica reparadora

Parecer Consulta nº 10/2002. Custo de procedimento médico. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 25 de abril de 2002.

Ementa: os resultados não são totalmente previsíveis na Medicina, pois é uma ciência não matemática. Em qualquer lesão, haverá sempre uma seqüela mínima, seja ela do ponto de vista da aparência física, funcional ou psíquica, sendo que é impossível inferir custos, resultados e prognósticos com exatidão, no caso em tela.

Citologia

Parecer Consulta nº 12/2003. Terceirização em serviços de Anatomia Patológica e áreas de atuação. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 03 de março de 2005.

Ementa: laboratórios que realizam exames pertencentes à especialidade de patologista e áreas de influências devem estar registrados no CRM com o indicativo do diretor técnico assim como os seus médicos assistentes. O laboratório tributário conveniado com a terceirização tem *status* de posto de coleta.

Parecer Consulta nº 59/2003. Emissão de laudos citohistoanatomopatológicos emitidos por profissionais não-médicos. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 03 de março de 2005.

Ementa: comete infração ética o médico que aceita laudo citohistoanatomopatológico emitido por profissional não-médico.

Comissão de controle de infecção hospitalar

Parecer Consulta nº 65/2003. Conduta ética de chefe de comissão de infecção hospitalar que, por mais de uma vez, tenha riscado e alterado a prescrição de antibiótico. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 19 de fevereiro de 2004.

EMENTA: o médico que se encontra na condição de chefe da Comissão de Infecção Hospitalar somente em situação de indiscutível conveniência para o paciente e em caso de impossibilidade de contato com o médico assistente poderá alterar prescrição ou tratamento de paciente, sendo recomendados o relatório e a discussão entre ambos dos benefícios de tal ato para o paciente em questão.

Parecer Consulta nº 065/2003 Aprovado em 19/02/2004

Interessado: V. J.

Assunto: **conduta ética de chefe de comissão de infecção hospitalar que, por mais de uma vez, tenha riscado e alterado a prescrição de antibiótico.**

Relator: Reginaldo Bento Rodrigues

Processo consulta: nº 22.758/2003

PARTE EXPOSITIVA

Em 10 de outubro de 2003, o Dr. V. J., presidente da Comissão de Ética Médica do Hospital São Lucas de Goiânia, protocola neste Conselho a seguinte consulta:

“Venho por meio desta solicitar de V. Sa. uma consulta sobre procedimento de chefe de comissão de infecção hospitalar que por mais de uma vez tenha riscado e alterado prescrição de antibióticos por mim receitados em ficha da prescrição diária de pacientes internados, seja em pós-operatório ou em tratamento clínico. Pergunto: isto é possível? É ético? Não teria a colega médica que sugerir, se fosse o caso, mediante contato pessoal ou “recado” por escrito e, se possível, lacrado? Deixo anexa ficha xerox de caso recente. Havia prescrito kefazol 1g ev 6/

6h e foi riscado e alterado p/ 1g ev 8/8h. O risco circundando a alteração de horário fui eu que fiz. Agradeço antecipadamente. Dr. V. J. (Presidente da Comissão de Ética do Hospital São Lucas – Goiânia (GO))”.

PARTE CONCLUSIVA

As Comissões de Infecções Hospitalares têm por finalidade combater tudo que possa concorrer para o aparecimento das infecções contraídas no espaço temporal da internação, e para isso uma das condutas usadas para tal é a monitorização racional do uso da antibioticoterapia. Entretanto, mesmo a Comissão de Infecção Hospitalar há que respeitar normas maiores que estão impressas no Código de Ética Médica, e nesse sentido é mister que se reporte aos seguintes artigos do Código de Ética Médica vigente:

“Art. 81: É vedado ao médico - Alterar prescrição ou tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável”.

“Art. 121: É vedado ao médico - Intervir, quando em função de auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Por outro lado, qualquer médico, mesmo não pertencendo à Comissão de Infecção Hospitalar em questão, tem a obrigação e o dever ético de, em situações de indiscutível conveniência ao paciente, alertar e até mesmo evitar quaisquer situações que possam agravar ou mesmo não contribuir para o bom tratamento do paciente, pois, no presente caso, se a Comissão de Infecção Hospitalar, na pessoa da médica assistente, não se manifestar, poderá ela estar incorrendo em infração ao artigo 79 do Código de Ética Médica, que apresenta a seguinte redação: É vedado ao médico - Acobertar erro ou conduta antiética de médico.

Portanto, no presente caso, chega-se à seguinte conclusão: o infectologista chefe da Comissão de Infecção Hospitalar, ao denotar equívocos ou erros de prescrição não somente de

antibioticoterapia, mas de qualquer outra droga deve de imediato entrar em contato com o médico assistente e alertá-lo; caso isso seja impossível, estará autorizado a fazer a devida alteração e emitir o devido relatório fundamentando tecnicamente a alteração da prescrição médica.

Reginaldo Bento Rodrigues
Conselheiro Relator

Comunicação de acidente de trabalho

Parecer Consulta nº 25/2001. Preenchimento do formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Relator: Paulo Rassi. Aprovado em 25 de outubro de 2001.

Ementa: o preenchimento do Laudo de Exame Médico (LEM - atestado médico) deve ser prioritariamente realizado pelo médico assistente, de acordo com o Art. 112 do CEM. Não obstante tal assertiva, o diretor da unidade pode, secundariamente, após acessar o prontuário do paciente, preencher o formulário fazendo referência, no campo Observações, a este fato.

Concurso público

Parecer Consulta nº 69/2001. Concurso para professor adjunto na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás para a área de Semiologia Médica. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 25 de abril de 2002.

Ementa: o cargo de professor adjunto de Semiologia Médica pressupõe a exigência de qualificação compatível com o cargo, o que justifica a exigência de especialização por meio de residência médica em Medicina Interna com concentração de pelo menos um ano em Clínica Médica. A exigência de residência e de doutorado na área de Medicina Interna constitui fator positivo e meritoso, não constituindo critério discriminatório ou tendencioso, por reconhecer o esforço dos detentores de tais títulos. O Estado, à forma dos particulares, pode fazer tais

exigências, já que, em princípio, presume-se que o detentor do título de especialista tem condições de melhor atender aos interesses de uma coletividade que depende de tratamentos específicos.

Consentimento informado

Parecer Consulta nº 57/2001. Portaria normativa nº 106/2001 do Ipasgo. Relator: Paulo Rassi. Aprovado em 08 de agosto de 2002.

Ementa: o exame anatomopatológico de fragmentos ou partes retiradas do organismo humano deve ser feito consoante dever do médico de agir com o máximo zelo e o melhor de sua capacidade profissional, sempre em favor do paciente e sem caráter obrigatório.

Parecer Consulta nº 57/2002. Indagação da necessidade do conhecimento e consentimento prévios do paciente quando da realização de exame de imagem assistido por médicos do curso de especialização. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 16 de janeiro de 2003.

Ementa: configura infração aos artigos 6º, 11, 46, 48, 63 e 102 do Código de Ética Médica o fato de qualquer paciente ter a realização de exame complementar por imagem em sua pessoa assistido por grupo de médicos de um curso de especialização sem seu conhecimento e consentimento prévio.

Parecer Consulta nº 57/2002
Aprovado em 16/01/2003

Interessada: Dra. M. D. P. C.

Assunto: **indagação da necessidade do conhecimento e consentimento prévios do paciente quando da realização de exame de imagem assistido por médicos do curso de especialização.**

Relator: Reginaldo Bento Rodrigues
Processo Consulta nº 15.957/2002.

DA CONSULTA:

Trata-se de questionamento efetuado pela Dra. M. D. P. C. com o seguinte teor:

“Configura infração ao Código de Ética Médica o fato de um paciente usuário de convênio ter a realização de um exame complementar por imagem em sua pessoa assistida por um grupo de 10 médicos de um curso de especialização, sem seu conhecimento e consentimentos prévios?”.

DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS PREVISTOS NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL:

Inciso X do Art. 5º:

“São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”.

DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA:

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

É vedado ao médico:

“Art. 46 - Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo iminente perigo de vida”.

“Art. 48 – Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar”.

“Art. 63 – Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais”.

“Art. 102 – Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua pro-

fissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente”.

COMENTÁRIOS

O princípio do direito à privacidade é um dos fundamentos da democracia e, portanto, é contemplado nas normas constitucionais no nosso país, reconhecendo neste direito uma das cláusulas pétreas da nossa Constituição, a qual garante a sua inviolabilidade.

O respeito à vida humana mencionado no artigo 6º passa pela consideração do médico para com o paciente no tocante à inviolabilidade de sua privacidade. Ao desconsiderar o pudor e a disponibilidade do paciente em se deixar examinar por equipe médica alheia à sua vontade, é notório que trará sofrimento psíquico ao paciente e, acima de tudo, quebrará o sigilo, portanto infringindo os artigos fundamentais do Código de Ética Médica.

O Capítulo IV do Código de Ética Médica contempla os aspectos dos Direitos Universais do Homem aprovados pela Assembléia Geral das Nações Unidas, em Paris, em 1978. Tal declaração leva em conta o reconhecimento à dignidade inerente a todos os homens. Destes direitos, é o direito de cada um ser autor do próprio destino, o direito à privacidade, o direito à liberdade bem como o direito de ser informado, particularmente quando o objeto da informação é o seu corpo ou sua saúde. Dessa maneira, todo ato médico necessita de um consentimento prévio antecedido pela informação detalhada do procedimento e em que condição deverá ocorrer tal procedimento.

O artigo 63 do Código de Ética Médica, quando trata da relação com pacientes e familiares, enfoca bem essa interação. A desconsideração unilateral dessa relação especialmente na individualidade e autonomia do paciente, agredindo o seu âmago, é ferimento importante da sua individualidade intelectual e espiritual.

A exposição do paciente em conferências médicas ou a equipes médicas sem a expressa autorização dele é agressão à individualidade e quebra do sigilo, pois ele foi confiado apenas ao examinador.

CONCLUSÃO

Configura infração aos artigos 6º, 11, 46,

48, 63 e 102 do Código de Ética Médica o fato de qualquer paciente ter a realização de um exame complementar por imagem em sua pessoa assistido por grupo de médicos de um curso de especialização sem seu conhecimento e consentimento prévios.

Esse é o nosso entendimento.

Reginaldo Bento Rodrigues
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 64/2002. Solicitação de exames de HIV de detentos sem a autorização destes. Relatora: Ana Maria de Oliveira. Aprovado em 08 de maio de 2003.

Ementa: quando a solicitação partir da necessidade clínico-epidemiológica e for feita por profissional médico, restará garantido o momento preliminar de adequado aconselhamento e demais informações pertinentes ao diagnóstico, prognóstico e tratamento e garantido o acompanhamento integral e clínico. Reprovável a realização de testes para diagnóstico de qualquer situação clínica, no caso infecção pelo HIV, sem o prévio conhecimento e consentimento do paciente.

Parecer Consulta nº 31/2003. Legalidade da realização de sessões clínicas nas dependências do Pronto Socorro Psiquiátrico do Departamento de Saúde Mental. Relator: Wanderly Barroso Campos. Aprovado em 18 de novembro de 2004.

Ementa: não constitui ilícito ético o exercício prático, sob supervisão do ensino médico, a residentes e estudantes de Medicina, que adota as sessões clínicas como modelo em escolas de Medicina ou em serviços médicos devidamente capacitados, respeitados os direitos dos pacientes materializados no consentimento esclarecido.

Conservação de cadáveres

Parecer Consulta nº 30/2003. Qual profissional está habilitado a exercer a atividade de preparo de corpo, bem como qual profissional está habilitado a exercer a atividade de responsabilidade técnica de conservação de cadáveres. Relator: Eduardo Alves Teixeira. Aprovado em 14 de agosto de 2003.

Ementa: a formolização e/ou embalsamento é ato exclusivo do médico. Pode, no entanto, ser praticado por técnico de necropsia, sob a responsabilidade de um médico, que deverá supervisionar a sua realização. O responsável técnico, ou diretor técnico, das clínicas de conservação e reconstituição de cadáveres deverá ser médico inscrito regularmente no Conselho Regional de Medicina. As atribuições do diretor técnico, são as mesmas, as contidas na resolução CFM nº 1.342/1991.

Consulta fisioterapêutica

Parecer Consulta nº 112/2005. Necessidade de consulta a ser realizada por fisioterapeutas no início do procedimento fisioterápico. Relator: Lueiz Amorim Canêdo. Aprovado em 02 de março de 2006.

Ementa: a avaliação do estado funcional (diagnóstico) do paciente, assim como a indicação do tipo de tratamento e quantas sessões de fisioterapia devem ser realizadas são atribuições médicas. Portanto, ao fisioterapeuta não cabe realizar consulta no início do procedimento.

Consulta médica

Parecer Consulta nº 45/2002. Cumprimento dos prazos na consulta médica. Relator: Evandélio Alpino Morato. Aprovado em 07 de novembro de 2002.

Ementa: não há resolução do Conselho Federal de Medicina que delimite o prazo de validade de uma consulta médica. Deve, todavia, o profissional médico observar os preceitos do Código de Ética Médica que dispõem sobre o seu relacionamento com pacientes e familiares.

Parecer consulta nº 45/2002
Aprovado em 07/11/2002

Interessado: A.R.T.

Assunto: **cumprimento dos prazos na consulta médica.**

Relator: Evandélio Alpino Morato
Processo Consulta: nº 14.255/2002.

O presente parecer consulta originou-se de consulta a esse Regional por A.R.T., com o envio de seis perguntas diretas a esse Regional, faço, então, a exposição com as repostas de forma concomitante.

1) Prazo de retorno após a consulta médica. Que prazos máximos para retorno seriam considerados absurdamente exíguos e que prazos máximos seriam considerados plenamente satisfatórios por este Conselho, independente da fonte geradora?

R – Esse quesito é plenamente contemplado pelos tópicos retirados do parecer consulta CFM nº 05/1992 - assunto: prazo de validade de consulta médica tendo, como relator o Cons. Nilo Fernandes Vieira, o qual passo a expor a seguir:

“Não encontramos nenhuma resolução do Conselho Federal de Medicina com relação à delimitação do prazo de validade de uma consulta médica”. No entanto, analisamos o Código de Ética Médica e encontramos no capítulo V - Relação com pacientes e familiares, o artigo 60, que menciona: É vedado ao médico: **“Exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos”**. Relendo o *Código de Ética Médica comentado*, do professor Leo Meyer Coutinho, é possível fazermos algumas considerações:

1 - A consulta médica compreende a anamnese, o exame físico, a conclusão diagnóstica, o prognóstico e a prescrição terapêutica, caracterizando um ato médico completo.

2 - Estas etapas da consulta médica podem ser iniciadas e concluídas num único período de tempo (tempo de consulta).

3 - Quando o médico necessita de exames complementares que não podem ser executados e apreciados num único período de tempo, o ato médico básico (a consulta) não foi concluído e terá continuidade quando o paciente retornar com os exames complementares.

4 - Nesta nova consulta (retorno com exames complementares), embora o médico possa argumentar que está despendendo seu tempo, não é correta a cobrança de nova consulta, a

não ser que o paciente exceda-se exageradamente no tempo para a realização dos exames solicitados, gerando a necessidade de nova consulta (anamnese e exame físico) para atualização das informações necessárias para se dar continuidade ao caso.

5 - Ao elaborar a receita, o médico faz a indicação da quantidade de medicamentos necessários para obter a cura. Se, após o término da medicação, o médico solicita o retorno do paciente para observar o resultado do tratamento, não é correta nova cobrança.

6 - Nos casos de tratamentos prolongados, quando há necessidade periódica de reavaliações e até modificações terapêuticas, cada consulta poderá ser cobrada.

7- As consultas de acompanhamento de um mesmo tratamento podem ser mensais, semanais ou com qualquer intervalo, porém, que não seja para benefício do médico, mas sim do paciente.

8- Não é rigorosamente o intervalo entre as visitas ao consultório que caracteriza continuidade ou nova consulta. “Um paciente pode ser atendido várias vezes num mês, e todas constituírem atos médicos completos que podem e devem ser cobrados”.

2) A situação de um médico atrasar-se no atendimento de um paciente com horário marcado é um fato. Os fatores que o levam a tal podem ser vários. Pergunto: todo atraso para o atendimento à consulta com hora marcada é absurdo? Ou todo atraso para tal é eticamente condenável?

R – A relação médico paciente deve ser sempre no sentido do respeito recíproco e na indispensável cordialidade que se exige em qualquer forma de exercício profissional. No entanto, o inesperado pode ocorrer, causando, com isso, o atraso nas consultas com hora marcada. O que se espera de um bom profissional é que o mesmo ou sua secretária avise de forma clara o motivo do atraso, o tempo provável do atraso e, caso haja algum paciente que não possa esperar, que remarque sua consulta para outro dia. O condenável é o atraso sem justificativa.

3) O paciente tem toda a liberdade com a recepcionista da clínica ao criti-

car atrasos quanto ao horário da consulta marcada?

R – Considerando o Art. 4º do CEM - “Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão” –, quando ocorrer atraso nas suas consultas, deve o médico, de imediato, comunicar o motivo do atraso a seus pacientes, do contrário estes terão todo o direito de se informarem do motivo e até de fazer críticas pelo atraso.

4) Após uma consulta médica, existe uma data padrão para todas as especialidades para o médico indicar a data de uma próxima consulta? Um novo exame oftalmológico após seis meses do anterior é absolutamente desnecessário ou irregular?

R – O médico assistente, que conhece as patologias de seu paciente, está qualificado para marcar da forma que julgar necessária, visando o melhor para o seu paciente, o tempo entre os exames oftalmológicos a serem realizados, observando as práticas reconhecidamente aceitas pelo CBO, portanto cabe ao médico assistente marcar seus retornos “consultas” quando achar necessário, independentemente do tempo.

5) O médico oftalmologista tem liberdade para sugerir datas de retorno para novas consultas?

R – Como já foi respondido no item anterior, o médico oftalmologista tem todo o direito de marcar os retornos “consultas” quando achar necessário, de acordo com a patologia, sempre visando o melhor para seu paciente.

6) Uma ótica pode dizer ao paciente que procure outro médico para repetição do exame de refração quando o primeiro médico considerou a receita aviada inadequada?

R – Considerando o art. 98 CEM - “É vedado ao médico exercer a profissão com interação ou dependências de farmácia, laboratório farmacêutico, ótica, ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação ou comercialização de produtos de prescrição médica de qualquer natureza, exceto quando se tratar de exercício da medi-

cina do trabalho” –, a ótica pode fazer o que achar melhor para seu cliente, o que não pode é haver interação entre ela e o médico.

Esse é meu parecer, SMJ.

Evandélio Alpino Morato
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 56/2002. Consulta médica. Relator: Guilherme Lopes Barbosa. Aprovado em 15 de abril de 2003.

Ementa: na área de atuação de Hebiatria, a consulta médica deve ser remunerada como todas as outras especialidades ou áreas de atuação.

Parecer consulta nº 56/2002
Aprovado em 15/4/2003

Interessado: Dr. G. S. Q.

Assunto: **Consulta médica**

Relator: Guilherme Lopes Barbosa

Processo Consulta nº 15.752/2002.

Designado pela Diretoria do Cremego segundo ofício nº 3.750/2002, de 31 de outubro de 2002, a emitir parecer consulta, passo a fazê-lo da forma que se segue:

QUESTIONAMENTOS:

Dr. G.S.Q., diretor técnico da Unimed-Goiânia, questiona textualmente:

1 – Em que consiste a consulta médica?

2 – No caso de especialidades como a Hebiatria, em que o médico trata do paciente e também faz uma entrevista com seus familiares, como seriam pagos os honorários?

RESPOSTAS:

1 – A consulta médica compreende a anamnese, o exame físico, a eventual solicitação e análise de exames complementares, a conclusão diagnóstica, o prognóstico e a prescrição terapêutica.

2 – Considerando as recomendações ao atendimento médico do adolescente, oriundas do Dr. G. O., membro do Departamento de Bioética e Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo, destacamos: “[...] 4

– A participação da família no processo de atendimento do adolescente é altamente desejável. As finalidades desse envolvimento devem ficar claros para a família e para o jovem. O adolescente deve ser incentivado a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas. 5 – A ausência dos pais ou responsáveis não deve impedir o atendimento médico do jovem, seja em consulta de matrícula ou nos retornos [...]”.

CONCLUSÃO:

Na área de atuação de Hebiatria, a consulta médica deve ser remunerada como em todas as outras especialidades ou áreas de atuação.

Esse é o meu parecer.

Guilherme Lopes Barbosa
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 44/2003. Paciente ter o direito de ir ou não ir a médico psiquiatra e não ter que tomar remédios obrigatoriamente, mesmo com a contrariedade da mãe. Relator: Eduardo Alves Teixeira. Aprovado em 10 de fevereiro de 2005.

Ementa: só podem ser obrigados a concordar com a efetivação da conduta idealizada pelo médico, seja de ordem orgânica ou psíquica, os pacientes que se encontrarem impossibilitados de concordar efetivamente com o tratamento médico, podendo então os responsáveis decidirem por ele acerca das questões referentes à saúde e aos procedimentos recomendados para a recuperação.

Parecer Consulta nº 49/2003. Licitude da restrição de atendimento a pacientes do Ipasgo, atendendo apenas em caráter particular. Relator: Paulo Rassi. Aprovado em 13 de novembro de 2003.

Ementa: o médico não pode discriminar os pacientes provenientes de planos de saúde, após ter acordado com o mesmo a forma de pagamento, dificultando o acesso aos consultórios, com adoção de limites de vagas ou outros artificios. A atitude eticamente aceita, para situações desta natureza, é a suspensão global do atendimento ou o descredenciamento.

Parecer Consulta nº 71/2004. Legalidade ou não de se instituir cotas de atendimento para os usuários do Ipasgo. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 15 de abril de 2004.

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

Consulta oftalmológica

Parecer Consulta nº 90/2004. Procedimento na área de oftalmologia. Relator: Evandélio Alpino Morato. Aprovado em 27 de janeiro de 2005.

Ementa: a conferência dos óculos é ato contínuo à consulta médica oftalmológica, e deve ser feita pelo médico. A refração faz parte do exame oftalmológico, que é prescrita no receituário para a confecção dos óculos. Cabe à ótica fazer exatamente o que foi prescrito. O exame de refração, com olho ciclopegiado, não ocasionará muita variação de prescrição entre dois médicos oftalmologistas. As indústrias colocam novos equipamentos no mercado após comprovarem sua eficácia e obterem a aprovação na Anvisa.

Parecer consulta nº 090/2004
Aprovado em 27/01/2005

Interessado: A.R.T.

Assunto: **procedimentos na área de oftalmologia.**

Relator: Evandélio Alpino Morato
Processo consulta: nº 29.628/2004

O presente parecer consulta originou-se de consulta a esse Regional pelo Dr. A.R.T., sendo formulado quesitos com perguntas para elucidar o funcionamento de clínica oftalmológica. Passarei a expor cada quesito com a pergunta e a resposta concomitante:

“(1) Conferência de Óculos:
A) Funcionário de serviços médicos

oftalmológicos (secretária, recepcionistas, auxiliares, outros técnicos, optometristas, outros) pode ser comissionado ou encarregado pelo médico responsável para realizarem esta conferência ou mesmo uma “Triagem Prévia” dos mesmos (separar óculos que devem e que não devem ir para a conferência pelo próprio médico prescritor)?

Justificativa: Diversas clínicas oftalmológicas utilizam este expediente (uso de funcionário) no estado de Goiás e argumentam que os equipamentos computadorizados simplificam esta tarefa” (fl. 03).

Resposta: a consulta oftalmológica padrão definida pelo CBO está assim caracterizada: “Anamnese, inspeção, exame de pupilas, medida da acuidade visual, refração, retinoscopia, ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do seguimento anterior, exame sumário de motilidade ocular e do senso cromático”.

Assim sendo, a conferência dos óculos é ato contínuo à consulta médica oftalmológica e deve ser feita pelo médico. A profissão de optometrista não é reconhecida no Brasil, assim a optometria realizada por não médicos configura exercício ilegal da Medicina, devendo o mesmo ser denunciado à polícia.

“B) Qual o padrão de referência legal para a aprovação ou rejeição pelo médico oftalmologista do receituário aviado pela óptica que veio para conferência?

Justificativa: É comum algumas menores ou maiores discordâncias, com estabelecimento de óptica pela concorrência de variação entre o prescrito e o aviado, tais estabelecimentos alegam que estão dentro dos seus padrões e a devolução dos óculos não é aceita” (fl. 03).

Resposta: a refração faz parte do exame oftalmológico, que é prescrita no receituário para a confecção dos óculos. Cabe à ótica fazer exatamente o que foi prescrito no receituário, observando todas as recomendações ali contidas. Quando o paciente retornar para conferência e os óculos não estiverem exatamente como foi prescrito no receituário ou contiver qualquer anormalidade, como troca da lente prescrita, cabe ao médico comunicar isso ao paciente de forma clara, para o mesmo tomar as medidas cabíveis. Caso não exista acordo com a ótica, deve o paciente procurar o Procon de sua cidade.

“C) Qual variação de prescrição entre dois médicos oftalmologistas (para um mes-

mo paciente numa mesma época, sem intercorrências entre os dois exames) é legalmente uma “variação inter-examinadores aceitável”? E qual é o parâmetro para aceitar como mais exatas uma prescrição médica e não a outra?

Justificativa: não é incomum algum paciente fazer uma consulta seqüencialmente à outra após o surgimento de alguma dificuldade de adaptação (os sintomas do processo de adaptação são variados e a intensidade menor ou maior conforme a sensibilidade individual), e é bem incomum duas prescrições de óculos idênticas na situação acima” (fl. 03).

Resposta: o exame de refração feito dentro do que nos é ensinado na residência de Oftalmologia, com olho ciclopegiado, não sofrerá tanta divergência assim, porém a prescrição de óculos será o diferencial entre o sucesso e o fracasso do oftalmologista, estando contido nessa prescrição anos de experiência e de estudos sobre refração.

2) Equipamentos Oftalmológicos Tecnológicos:

“Qual é o parâmetro ético para que novos equipamentos lançados no mercado para exames diagnósticos sejam incorporados nas clínicas médicas em sua prestação de serviços?

Justificativa: as indústrias e empresas de equipamentos tecnológicos, por uma questão mercadológica, renovam continuamente seus produtos e pressionam o mercado médico, que compra e incorpora serviços e exames cujo uso não está totalmente padronizado pela comunidade científica para a clínica diária. Com a compra destes equipamentos, as clínicas, logo a seguir, passam a solicitar certos exames sem critérios mais definidos (para ter volume de atendimento e assim cumprir os compromissos financeiros arcados com as novas aquisições), o que, na cadeia que segue, aumenta progressivamente os custos da Medicina sem aumento comprovado da eficiência ou qualidade técnica da Medicina”(fl. 03).

Resposta: as indústrias, ao colocarem equipamentos modernos no mercado, com alta tecnologia e investimentos, o fazem após testarem sua eficácia comprovada e obterem sua aprovação na Anvisa. Assim, se o médico desejar e tiver condições financei-

ras para adquirir esses equipamentos, que o faça, caso contrário que faça seu trabalho com dignidade, usando os equipamentos que estiverem ao seu alcance, sempre o fazendo com zelo, qualidade e dignidade, usando o melhor de sua capacidade profissional em benefício do paciente.

Esse é meu parecer, SMJ.

Goiânia, 13 de Dezembro de 2004.

Evandélio Alpino Morato

Conselheiro Relator

Contrato de trabalho

Parecer Consulta nº 54/2001. Obrigatoriedade de médicos especialistas realizarem procedimentos para os quais não foram contratados, obrigatoriedade de o médico plantonista permanecer no consultório médico. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 16 de maio de 2002.

Ementa: os atendimentos prestados em unidades médicas por profissionais médicos especialistas contratados devem restringir-se à área para os quais foram contratados, ressalvados os casos de urgência e emergência, quando da ausência de outro profissional escalado para estes atendimentos. O atendimento em consultório na unidade deve obedecer o critério do agendamento de rotina quando se tratar de ambulatório eletivo e, neste caso, o médico deverá estar presente no consultório no período necessário para os atendimentos. Na Unidade de Emergência, o mesmo não necessita permanecer obrigatoriamente dentro do consultório médico, porém deve estar presente na unidade e à disposição para eventuais atendimentos que se apresentem em seu turno de trabalho.

Parecer Consulta nº 67/2001. Se é lícito ou não descontar faltas do médico assistente, na eventualidade da cota de exames estar aquém do estabelecido, não correspondendo à porcentagem do mínimo estabelecido. Bem como se atestado médico certificando que médico assistente figurou como acompanhante em internação hospitalar de parente próximo maior de idade, com autonomia e independência, deve ser considerado no abono, faltas no regime de

trabalho com ganho sobre produtividade. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 16 de maio de 2002.

Ementa: a análise do mérito trabalhista referente ao vínculo existente entre as partes não encontra pertinência nas atribuições deste egrégio Conselho de Medicina. Do ponto de vista ético, o atestado médico dentro de suas prerrogativas legais é direito do trabalhador e de inquestionável valor jurídico. A utilização deste com finalidade que não as ditadas pela ética profissional e legislativa pertinentes ferem a dignidade de quem o emite e o sujeita às penalidades previstas em lei.

Parecer Consulta nº 42/2003. Concessão de autorização por escrito, pelos hospitais e clínicas associados à AHEG, com poder de negociação junto aos planos de saúde no que se refere aos contratos de prestação de serviços. Relator: Carlos Alberto Ximenes. Aprovado em 20 de novembro de 2003.

Ementa: à luz do Código de Ética Médica, toda decisão emanada de assembléia geral legalmente convocada pela entidade representativa dos prestadores de serviços de saúde deve ser seguida pela categoria, sendo o diretor técnico ou seu substituto eventual responsável pelas infrações cometidas ao CEM, estando sujeitos a processo ético profissional.

Parecer Consulta nº 64/2003. Credenciamento de médicos que não detêm título de especialista na área solicitada. Relator: Mauro Pereira Machado. Aprovado em 22 de janeiro de 2004.

Ementa: a Geap poderá contratar médicos que tenham especialidade em Cardiologia, Otorrino, Medicina Interna etc, desde que previamente esclarecido e acordado, não cabendo ao contratante ou ao médico divulgar especialidades que não possam legalmente comprovar.

Convênio

Parecer Consulta nº 16/2001. Planos ou convênios de saúde que propõem cartões de descontos sobre honorários médicos, bem como, se é ou não responsabilidade do diretor técnico/clínico, em casos de médicos que prestam

atendimentos e realizam cirurgias em locais onde não residem. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 24 de outubro de 2001.

Ementa: a figura do médico itinerante é uma realidade em várias regiões do País, particularmente em locais desprovidos de recursos ou de especialistas em determinadas áreas. A concorrência desleal entre médicos, vedada pelo artigo 80 do Código de Ética Médica, é representada genericamente pelo médico que lança mão de métodos ilícitos e/ou espúrios para angariar clientela.

Parecer Consulta nº 39/2001. Obrigatoriedade imposta pela Unimed/Goiânia a seus cooperadores de atenderem todos os pacientes do Ipasgo a partir de 05 de agosto do corrente ano, quando estes irão utilizar o sistema para consultas médicas. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 02 de maio de 2002.

Ementa: julgo inepta a obrigatoriedade de estender o atendimento dos pacientes do Ipasgo a todos os membros cooperados, pois que afronta o direito de liberdade no trabalho promulgado pela Constituição Federal do Brasil, incisos II e XIII do Art. 5º do Capítulo I – Dos Direitos e Garantias Fundamentais. Não decorrendo desta decisão prejuízo à cooperativa ou aos médicos cooperados, visto que a maioria se dispõe ao atendimento dos usuários, não comprometendo o convênio firmado entre as entidades assistenciais.

Parecer Consulta nº 59/2001. Justificativa perante os convênios de assistência médica quanto ao uso de medicações anestésicas de qualidade comprovadamente superiores, as quais oferecem uma maior segurança à realização de atos anestésico-cirúrgicos. Vistas: Haroldo de Oliveira Torres. Aprovado em 22 de outubro de 2002.

Ementa: para a prática da anestesia, deve o médico anestesista avaliar previamente as situações de segurança hospitalar, somente praticando o ato anestésico se estiverem asseguradas as condições mínimas para a sua realização, cabendo ao diretor técnico da instituição garantir tais condições. Não está o médico anesthesiologista obrigado a fazer justificativas de drogas usadas em seu cotidiano profissional. Quanto a responder justificativas, deverá ser feito quando solicitado e não de maneira aleatória e generalizada. Uma

ficha de anestesia preenchida de modo adequado, completa e legível é a melhor justificativa para o uso de qualquer droga nos procedimentos anestésicos.

Parecer Consulta nº 70/2001. A respeito de Universidades de Medicina da Bolívia terem proposto à direção do hospital um convênio para estagiários do último ano, sob supervisão e acompanhamento de preceptora médica local. Relator: Elias Hanna. Aprovado em 19 de fevereiro de 2004.

Ementa: conforme estabelece a resolução Cremego nº 068/2002, é vedada a assinatura de “convênios” para a realização de estágios ou internatos a alunos oriundos de Faculdades de Medicina de outros países junto a instituições de saúde privadas, filantrópicas ou públicas do estado de Goiás.

Parecer Consulta nº 34/2002. Convênio de cooperação técnico-científica e intercâmbio cultural e profissional firmado entre a Catholic Health East e a Fundação de Assistência Social de Anápolis. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 07 de novembro de 2002.

Ementa: os protocolos e projetos devem ser clara e objetivamente apresentados aos Comitês de Ética Médica em Pesquisa da instituição, registrados no Conep, quando se tratarem de pesquisas que envolvam direta ou indiretamente seres humanos. Os convênios de interesse puramente científicos na troca de experiências entre profissionais devem ser apresentados às Comissões de Ética Médica da instituição e, conseqüentemente, ao Conselho Regional de Medicina para conhecimento e deliberação.

Parecer Consulta nº 16/2003. Legalidade de convênio firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade da Bolívia. Relator: Iliam Cardoso dos Santos. Aprovado em 08 de maio de 2003.

Ementa: concluímos pela ilegalidade de a Secretaria Municipal de Saúde firmar convênio com a Universidade Cristina da Bolívia para receber como estagiários na rede municipal alguns estudantes da referida Universidade.

Parecer Consulta nº 42/2003. Concessão de autorização por escrito, pelos hospitais e clínicas associados à AHEG, com

poder de negociação junto aos planos de saúde no que se refere aos contratos de prestação de serviços. Relator: Carlos Alberto Ximenes. Aprovado em 20 de novembro de 2003.

Ementa: à luz do Código de Ética Médica, toda decisão emanada de assembléia geral legalmente convocada pela entidade representativa dos prestadores de serviços de saúde deve ser seguida pela categoria, sendo o diretor técnico ou seu substituto eventual responsável pelas infrações cometidas ao CEM, estando sujeitos a processo ético profissional.

Cooperação técnico-científica

Parecer Consulta nº 34/2002. Convênio de cooperação técnico-científica e intercâmbio cultural e profissional firmado entre a Catholic Health East e a Fundação de Assistência Social de Anápolis. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 07 de novembro de 2002.

Ementa: os protocolos e projetos devem ser clara e objetivamente apresentados aos Comitês de Ética Médica em Pesquisa da instituição, registrados no Conep, quando se tratarem de pesquisas que envolvam direta ou indiretamente seres humanos. Os convênios de interesse puramente científicos na troca de experiências entre profissionais devem ser apresentados às Comissões de Ética Médica da instituição e, conseqüentemente, ao Conselho Regional de Medicina para conhecimento e deliberação.

Cota de atendimento

Parecer Consulta nº 71/2004. Legalidade ou não de se instituir cotas de atendimento para os usuários do Ipasso. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 15 de abril de 2004.

Ementa: restringir o número de vagas para pacientes oriundos de convênios médicos, privilegiando pacientes particulares sob a argumentação de baixa remuneração, é atitude eticamente reprovável. O direito do médico de escolher a

quem prestar os seus serviços não comporta discriminação de qualquer natureza.

Curso de especialização

Parecer Consulta nº 29/2003. Especialidade e publicidade. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 13 de novembro de 2003.

Ementa: baseado nas normas vigentes, qualquer divulgação de atuação em especialidades somente poderá ser feita se o profissional médico estiver devidamente registrado no quadro de especialistas do Conselho Regional de Medicina. Por outro lado, a atuação nessas áreas é permitida desde que o diploma do médico esteja devidamente registrado no CRM.



*S. Francisco e um leproso. Giovanni Crespi, 1630
Pinacoteca de Brera, Milão*

Declaração de Helsinki

Parecer Consulta nº 35/2003. Orientação a respeito de solicitação recebida pelo Hugo para realização de pesquisa médica dentro do Hospital. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 05 de fevereiro de 2004

Ementa: a pesquisa em epígrafe contempla a resolução nº CFM 671/1975, que estabelece normas para a pesquisa clínica, atende à Declaração de Helsinki adotada pelo CFM como guia a nortear a matéria e também aos pressupostos da resolução nº 196/1996 do CNS. No entanto, deve reportar à Comissão Científica que apreciou o projeto para legitimar a expansão da área geográfica do campo de pesquisa.

Dermatologia

Parecer Consulta nº 36/2001. Comercialização, em clínica privada de dermatologia, de formulações tópicas cosmeceúticas de fitocomplexos estudados e desenvolvidos pelo proprietário. Relator: Afif Afrânio Rassi. Aprovado em 17 de outubro de 2001.

Ementa: ao se proceder a referida prática, fica clara a infração ética aos artigos 9º e 99 do CEM.

Direção clínica

Parecer Consulta nº 16/2001. Planos ou convênios de saúde que propõem cartões de descontos sobre honorários médicos, bem como, se é ou não responsabilidade do diretor técnico/clínico, em casos de médicos que prestam atendimentos e realizam cirurgias em locais onde não residem. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 24 de outubro de 2001.

Ementa: a figura do médico itinerante é uma realidade em várias regiões do País, particularmente em locais desprovidos de recursos ou de especialistas em determinadas áreas. A concorrência desleal entre médicos, vedada pelo artigo 80 do Código de Ética Médica, é representada genericamente

mente pelo médico que lança mão de métodos ilícitos e/ou espúrios para angariar clientela.

Parecer Consulta nº 05/2002. Responsabilidade técnica dos plantonistas que vierem efetivar atendimento nas dependências do Hugo, bem como se estes atendimentos poderão ser efetuados pelos "R-3" sem a presença do Staf e, ainda, se as cirurgias efetuadas nas instalações da Fundação Banco de Olhos de Goiás (Fubog) poderão ser efetuadas por "R-3" com a presença do Staf. Relator: Evandélio Alpino Morato. Aprovado em 25 de abril de 2002.

Ementa: a responsabilidade técnica nas dependências do Hugo será do seu diretor clínico, que terá o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina. O médico residente, apesar de médico, encontra-se em treinamento, em aperfeiçoamento profissional, não devendo participar de procedimentos cirúrgicos sem a supervisão do Staf; uma vez, porém, com total supervisão do Staf e dentro do que estabelecem as normas da Comissão Nacional de Residência Médica, poderá participar de procedimentos cirúrgicos.

Parecer Consulta nº 30/2003. Qual profissional está habilitado a exercer a atividade de preparo de corpo, bem como qual profissional está habilitado a exercer a atividade de responsabilidade técnica de conservação de cadáveres. Relator: Eduardo Alves Teixeira. Aprovado em 14 de agosto de 2003.

Ementa: a formolização e/ou embalsamento é ato exclusivo do médico. Pode, no entanto, ser praticado por técnico de necropsia, sob a responsabilidade de um médico, que deverá supervisionar a sua realização. O responsável técnico, ou diretor técnico, das clínicas de conservação e reconstituição de cadáveres deverá ser médico inscrito regularmente no Conselho Regional de Medicina. As atribuições do diretor técnico são as mesmas, as contidas na resolução CFM nº 1.342/1991.

Parecer Consulta nº 41/2003. Legalidade do exercício dos cargos de diretor clínico, diretor técnico e secretário de saúde em uma mesma gestão, bem como sobre as especialidades (cirurgião e anestesia), estando em regime de plantões alcançáveis, em uma unidade que conta com serviços de pronto-socorro. Relator:

Wanderly Barroso Campos. Aprovado em 18 de novembro de 2004.

Ementa: não vislumbram ilícitos éticos o exercício simultâneo de direções técnica e clínica, ainda que o profissional médico tenha outros cargos públicos. Conforme resoluções, pareceres e o Código de Ética Médica, um único profissional não pode exercer simultaneamente as funções de anestesia e cirurgia geral, considerando que tais especialistas devem compor a equipe mínima do pronto-socorro.

Direção técnica

Parecer Consulta nº 16/2001. Planos ou convênios de saúde que propõem cartões de descontos sobre honorários médicos, bem como, se é ou não responsabilidade do diretor técnico/clínico, em casos de médicos que prestam atendimentos e realizam cirurgias em locais onde não residem. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 24 de outubro de 2001.

Ementa: a figura do médico itinerante é uma realidade em várias regiões do País, particularmente em locais desprovidos de recursos ou de especialistas em determinadas áreas. A concorrência desleal entre médicos, vedada pelo artigo 80 do Código de Ética Médica, é representada genericamente pelo médico que lança mão de métodos ilícitos e/ou espúrios para angariar clientela.

Parecer Consulta nº 26/2001. Legalidade ou não de se contratar profissionais não médicos (biomédicos, bioquímicos e/ou farmacêuticos) para realização de exames citopatológicos. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 25 de abril de 2002.

Ementa: os médicos auditores e diretores técnicos de empresas médicas cooperativas ou mercantis hipoteticamente idealizados pelo consulente estariam infringindo o CEM nos artigos 2º, 4º, 17, 30, 38 e 45.

Parecer Consulta nº 52/2001. Divulgação de especialidade médica. Relator: Benedito Alves Moreira. Aprovado em 04 de abril de 2002.

Ementa: os estabelecimentos de saúde que permitirem a publicidade de tratamento não

comprovado ou o médico do corpo clínico que fizer anúncio de especialidade não reconhecida pelo CFM serão responsabilizados (o diretor técnico da instituição e o médico que fez o anúncio, respectivamente). Com relação a quais penalidades o infrator estaria sujeito, esclarecemos que são aquelas previstas no Código de Processo Ético Profissional.

Parecer Consulta nº 68/2001. Como ainda a regularização da situação de que o médico patologista poderá assumir responsabilidade técnica para exames específicos de análise clínica e que poderá deixar, em sua ausência, um substituto legal, o profissional em Biologia. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 25 de abril de 2002.

Ementa: o citotécnico não está habilitado a assumir função de diretor técnico substituído em laboratórios que desenvolvem as especialidades médicas Citopatologia e Patologia, a liberar e assinar laudos de exames citopatológicos, sendo que sua função se restringe ao citoescrutínio, bem como a realizar exames macroscópicos de peças cirúrgicas, exames histopatológicos, necropsias, punções, biopsias aspirativas por agulha fina e biopsia ou assinar laudos que atestam o labor da especialidade médica Patologia.

Parecer Consulta nº 60/2002. Legalidade da substituição da direção técnica da hemodiálise de hospital, em que a direção está sob vigência de contrato de terceirização. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 20 de fevereiro de 2003.

Ementa: O CRM não tem autonomia para arbitrar composições societárias e de relacionamento empresarial, salvo quando fatos contrariam as resoluções e disposições do CFM.

Parecer Consulta nº 12/2003. Terceirização em serviços de Anatomia Patológica e áreas de atuação. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 03 de março de 2005.

Ementa: laboratórios que realizam exames pertencentes à especialidade de patologista e áreas de influências devem estar registrados no CRM com o indicativo do diretor técnico assim como os seus médicos assistentes. O laboratório tributário conveniado com a terceirização tem *status* de posto de coleta.

Parecer Consulta nº 30/2003. Qual profissional está habilitado a exercer a atividade de preparo de corpo, bem como qual profissional está habilitado a exercer a atividade de responsabilidade técnica de conservação de cadáveres. Relator: Eduardo Alves Teixeira. Aprovado em 14 de agosto de 2003.

EMENTA: a formolização e/ou embalsamento é ato exclusivo do médico. Pode, no entanto, ser praticado por técnico de necropsia, sob a supervisão de um médico, que deverá supervisionar a sua realização. O responsável técnico, ou diretor técnico, das clínicas de conservação e reconstituição de cadáveres deverá ser médico inscrito regularmente no Conselho Regional de Medicina. As atribuições do diretor técnico são as mesmas, as contidas na resolução CFM nº 1.342/1991.

Parecer consulta nº 30/2003
Aprovado em 14/8/2003

Interessado: M. A. A. S. / S. M. S. G.

Assunto: **qual profissional está habilitado a exercer a atividade de preparo de corpo, bem como qual profissional está habilitado a exercer a atividade de responsabilidade técnica de conservação de cadáveres.**

Relator: Eduardo Alves Teixeira
Processo Consulta nº 19.309/2003.

APRESENTAÇÃO: Atendendo ao ofício nº 1134/2003, o requerente solicita informações referentes a:

1 – Profissional que está habilitado para exercer a atividade de preparo do corpo (com formolização e embalsamento), tendo em vista que a atividade vem sendo executada por diversas categorias profissionais, tais como motorista, práticos/leigos, administradores da instituição ou clínica, auxiliares de enfermagem, técnico de laboratório e outros.

2 – Profissional habilitado para exercer a atividade de responsabilidade técnica em clínica de conservação e reconstituição de cadáveres, bem como legislação correspondente, tendo em vista a portaria nº 825/1995 – SES/GO, de 18 de Agosto de 1995 – artigo 8º, parágrafo 2º, que diz “o responsável técnico deverá ser médico com notório conhecimento de medicina legal”;

3 – Quais as atribuições do responsável técnico na execução das atividades relatadas.

PARECER:

A matéria já foi amplamente explanada no Processo Consulta CFM nº 1815/1987, Parecer Consulta Cremego nº 002/1996 e Parecer Consulta Cremego nº 053/2001, que estão **anexados** a este parecer.

Respondendo aos questionamentos:

1 – A formolização e/ou embalsamento é ato exclusivo do médico. Pode, no entanto, ser praticado por técnico de necropsia sob a responsabilidade de um médico, que deverá supervisionar a sua realização.

2 – O responsável técnico, ou diretor técnico, das clínicas de conservação e reconstituição de cadáveres deverá ser médico inscrito regularmente no Conselho Regional de Medicina.

3 – As atribuições do diretor técnico são as mesmas, as contidas na Resolução CFM nº 1.342/1991, **anexa** a este parecer.

Este é o meu parecer, S.M.J.

Eduardo Alves Teixeira
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 41/2003. Legalidade do exercício dos cargos de diretor clínico, diretor técnico e secretário de saúde em uma mesma gestão, bem como sobre as especialidades (cirurgião e anestesia), estando em regime de plantões alcançáveis, em uma unidade que conta com serviços de pronto-socorro. Relator: Wanderly Barroso Campos. Aprovado em 18 de novembro de 2004.

EMENTA: não vislumbram ilícitos éticos o exercício simultâneo de direções técnica e clínica, ainda que o profissional médico tenha outros cargos públicos. Conforme resoluções, pareceres e o Código de Ética Médica, um único profissional não pode exercer simultaneamente as funções de anestesia e cirurgião geral, considerando que tais especialistas devem compor a equipe mínima do pronto-socorro.

Parecer Consulta nº 46/2003. Notificação de irregularidades do exercício de enfermagem no Serviço de Atendimento de Urgência (SAU) da Unimed. Relator: Guilherme Lopes Barbosa. Aprovado em 04 de agosto de 2003.

Ementa: se a Unidade de Serviços de Atendimentos de Urgências desenvolve atividades de pronto-atendimento nas áreas de Clínica Médica, Pediatria e Ortopedia, não possuindo unidade de internação prolongada e, sim, de observação, com fluxo de pacientes mais intenso no período diurno, e pelo que faculta o art. 3º da Resolução Cofen nº 143/1992, o Conselho Regional de Enfermagem poderá adequar suas exigências às características do nível de complexidade do serviço, o que poderia ser acompanhado pelas fiscalizações periódicas sem prejuízos para a categoria. Quanto à anotação de responsabilidade, o serviço de saúde deverá requerer a certidão de responsabilidade técnica junto ao Coren.

Parecer Consulta nº 104/2005. Informar se os responsáveis técnicos pelo serviço de diagnóstico de clínicas de Ortopedia e Traumatologia necessitam ser radiologistas. Relator: Carlos Alberto Ximenes. Aprovado em 06 de outubro de 2005.

Ementa: o médico somente pode assumir responsabilidade técnica por, no máximo, duas empresas jurídicas. A responsabilidade técnica de um serviço especializado deve ser exercida por médico especialista na área. A prática médica é livre a todos os médicos, porém os atos mais complexos e que compõem o substrato de determinada especialidade devem ser reservados ao especialista, contudo sua execução por médico não especialista não constitui ilícito ético.

Parecer Consulta nº 116/2005. Conduta adotada pela Unimed/Anápolis com referência a credenciamento de responsável técnico sem especialidade em diagnóstico por imagem para a realização de exames radiológicos. Relator: Ciro Ricardo Pires de Castro. Aprovado em 11 de maio de 2006.

Ementa: os Conselhos Regionais de Medicina não exigem que um médico seja especialista para trabalhar em qualquer ramo da Medicina, podendo exercê-la em sua plenitude nas mais diversas áreas, entretanto o profissional deve responsabilizar-se por seus atos.

Parecer Consulta nº 02/2006. Existência de responsabilidade técnico-jurídica que possa desencadear processo ético e profissional contra clínica. Relator: Bragmar Emílio Braga. Aprovado em 08 de junho de 2006.

Ementa: se um profissional médico está praticando atos ilícitos dentro de um estabelecimento de saúde, o diretor técnico da clínica é co-responsável por esta ilicitude.

Direito do paciente

Parecer Consulta nº 57/2001. Portaria normativa nº 106/2001 do Ipasgo. Relator: Paulo Rassi. Aprovado em 08 de agosto de 2002.

Ementa: o exame anatomopatológico de fragmentos ou partes retiradas do organismo humano deve ser feito consoante dever do médico de agir com o máximo zelo e o melhor de sua capacidade profissional, sempre em favor do paciente e sem caráter obrigatório.

Parecer Consulta nº 64/2002. Solicitação de exames de HIV em detentos sem autorização destes. Relatora: Ana Maria de Oliveira. Aprovado em 08 de maio de 2003.

Ementa: quando a solicitação partir da necessidade clínico-epidemiológica e for feita por profissional médico, restará garantido o momento preliminar de adequado aconselhamento e demais informações pertinentes ao diagnóstico, prognóstico e tratamento e garantido o acompanhamento integral e clínico. Reprovável a realização de testes para diagnóstico de qualquer situação clínica, no caso infecção pelo HIV, sem o prévio conhecimento e consentimento do paciente.

Parecer Consulta nº 31/2003. Legalidade da realização de sessões clínicas nas dependências do Pronto-Socorro Psiquiátrico do Departamento de Saúde Mental. Relator: Wanderly Barroso Campos. Aprovado em 18 de novembro de 2004.

Ementa: não constitui ilícito ético o exercício prático, sob supervisão do ensino médico a residentes e estudantes de Medicina, que adota as sessões clínicas como modelo em escolas de Medicina ou em serviços médicos devidamente capacitados, respeitados os direitos dos pacientes materializados no consentimento esclarecido.

Parecer Consulta nº 44/2003. Paciente ter o direito de ir ou não ir a médico psiquiatra e não ter que tomar remédios obrigatoriamente, mesmo com a contrariedade da mãe.

Relator: Eduardo Alves Teixeira. Aprovado em 10 de fevereiro de 2005.

Ementa: só podem ser obrigados a concordar com a efetivação da conduta idealizada pelo médico, seja de ordem orgânica ou psíquica, os pacientes que se encontrarem impossibilitados de concordar efetivamente com o tratamento médico, podendo então os responsáveis decidirem por ele acerca das questões referentes à saúde e aos procedimentos recomendados para a recuperação.

Parecer Consulta nº 62/2003. Emissão ou não de atestado médico por profissional que presta serviço de emergência nas unidades públicas. Relatora: Lívia Barros Garção. Aprovado em 08 de setembro de 2005.

Ementa: o médico que atende o paciente em qualquer serviço, seja público ou privado, em ambulatório, consultório, urgência/emergência, tem a obrigação de fornecer o atestado médico ao paciente, quando este solicitar.

Direito médico

Parecer Consulta nº 39/2001. Obrigatoriedade imposta pela Unimed/Goiânia a seus cooperadores de atenderem todos os pacientes do Ipasgo a partir de 05 de agosto do corrente ano, quando estes irão utilizar o sistema para consultas médicas. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 02 de maio de 2002.

Ementa: julgo inepta a obrigatoriedade de estender o atendimento dos pacientes do Ipasgo a todos os membros cooperados, pois que afronta o direito de liberdade no trabalho promulgado pela Constituição Federal do Brasil, incisos II e XIII do Art. 5º do Capítulo I – Dos Direitos e Garantias Fundamentais. Não decorrendo desta decisão prejuízo à cooperativa ou aos médicos cooperados, visto que a maioria se dispõe ao atendimento dos usuários, não comprometendo o convênio firmado entre as entidades assistenciais.

Parecer Consulta nº 46/2001. Solicitação feita pelo Ipasgo a todos os médicos psiquiatras credenciados neste plano. Relator: Afif Afrânio Rassi. Aprovado em 25 de outubro de 2001.

Ementa: o acatamento ao questionário constitui afronta aos princípios fundamentais (Art. 11 e 18), renúncia ao direito do médico (Art. 20

e 21) e infração ética passível de instauração de PEP, por violação aos artigos 46,102 e 105 do CEM, portanto deve ser rejeitado.

Parecer Consulta nº 33/2003. Legalidade de médico na escolha de atender por convênio ou SUS, de acordo com a melhor remuneração. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 22 de janeiro de 2004.

Ementa: não há ilícito ético ou moral quando o médico faz a opção de realizar o transplante ou a assistência pós-operatória por convênio ou SUS de acordo com a melhor remuneração, estando atento para não incorrer em cobrança em duplicidade por um mesmo ato ou procedimento e ainda respeitando a opção do paciente. Não cabe aos médicos julgarem a opção do paciente, desde, é claro, que não haja compactuação com ilícitos quaisquer, tais como cobrança dupla, superfaturamento ou exorbitância de procedimentos.

Discriminação

Parecer Consulta nº 49/2003. Licitude da restrição de atendimento a pacientes do Ipasgo, atendendo apenas em caráter particular. Relator: Paulo Rassi. Aprovado em 13 de novembro de 2003.

Ementa: o médico não pode discriminar os pacientes provenientes de planos de saúde, após ter acordado com o mesmo a forma de pagamento, dificultando o acesso aos consultórios, com adoção de limites de vagas ou outros artifícios. A atitude eticamente aceita, para situações desta natureza, é a suspensão global do atendimento ou o descredenciamento.

Doença infecto-contagiosa

Parecer Consulta nº 05/2001. Classificação da doença Leishmaniose Visceral ou Calazar como parasitária ou infecto-contagiosa. Relatora: Ana Maria de Oliveira. Aprovado em 25 de outubro de 2001.

Ementa: a Leishmaniose é uma doença infecciosa parasitária, contagiosa ou transmissível de modo indireto (mosquito-homem).



Consulta médica de uma gestante
Jan Steen, século XVII. Galeria Nacional, Praga

Embalsamento

Parecer Consulta nº 53/2001. Procedimento de embalsamento. Relator: Caio Fernando Vicente da Silva. Aprovado em 02 de maio de 2002.

Ementa: A prática de embalsamento é ato exclusivo do médico. Profissional não-médico somente poderá atuar como auxiliar

Parecer Consulta nº 30/2003. Qual profissional está habilitado a exercer a atividade de preparo de corpo, bem como qual profissional está habilitado a exercer a atividade de responsabilidade técnica de conservação de cadáveres. Relator: Eduardo Alves Teixeira. Aprovado em 14 de agosto de 2003.

Ementa: a formolização e/ou embalsamento é ato exclusivo do médico. Pode, no entanto, ser praticado por técnico de necropsia, sob a responsabilidade de um médico, que deverá supervisionar a sua realização. O responsável técnico, ou diretor técnico, das clínicas de conservação e reconstituição de cadáveres deverá ser médico inscrito regularmente no Conselho Regional de Medicina. As atribuições do diretor técnico são as mesmas, as contidas na resolução CFM nº 1.342/1991.

Enfermagem

Parecer Consulta nº 02/2001. Exames de ultrassonografia solicitados por enfermeira da rede pública. Relator: Guilherme Lopes Barbosa. Aprovado em 05 de abril de 2001.

Ementa: licitude do pedido de exame de ultrassonografia feito por enfermeiros da rede municipal de saúde. Há uma interface entre a Medicina e a Enfermagem decorrente da resolução Cofen nº 195/1997, cuja matéria dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiros, na qual resolve: "O enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais". Entretanto, a solicitação destes fora dos programas de saúde elencados pela resolução nº 195/1997 poderá restar caracterizado o exercício irregular da Medicina.

Parecer Consulta nº 32/2001. Realização de exame admissional e demissional, bem como se o profissional fonoaudiólogo está apto ou não a executar "lavagem de ouvido". Relatora: Lívia Barros Garção. Aprovado em 05 de dezembro de 2002.

Ementa: a lavagem de ouvido, sendo um procedimento possível de complicação, podendo acarretar prejuízo permanente na integridade física do indivíduo, não pode ser realizada por profissionais de enfermagem, incapazes legal e tecnicamente para tal mister. A lavagem de ouvido é ato médico, não podendo o fonoaudiólogo realizar tal ato, tendo em vista a falta de amparo legal. O médico do trabalho tem a grande responsabilidade de verificar se o candidato que está sendo examinado, no momento do exame admissional, tem condições de saúde adequadas para desempenhar as tarefas do cargo ao qual será admitido, reconhecendo também que o posto de trabalho não oferece riscos à saúde.

Parecer Consulta nº 47/2001. Procedimentos realizados por prestadores de serviços e enfermeiros. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 11 de julho de 2003.

Ementa: 1) É pacífico que a cobrança de taxa de sala por portes cirúrgicos e de taxas de uso de aparelhos e/ou instrumentos concomitantes deve estar regulamentada nos contratos entre as partes, e não pelo Conselho de Medicina. 2) À enfermeira, bem como a qualquer outro profissional, é dado o direito de visitar o paciente internado como auditor, porém com o intuito de auditoria administrativa, no sentido de checagem dos procedimentos ou condutas médicas. 3) É de bom alvitre que previamente haja comunicação do contratante, no contrato, da orientação de usar medicamento genérico, ressaltando os casos imprevistos, tais como a escassez no mercado.

Parecer Consulta nº 60/2001. Orientação de imunobiológicos (vacinas e soros). Se essa atividade deve ser exclusiva da classe médica ou se pode a enfermeira encarregar-se das orientações necessárias. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 07 de novembro de 2002.

Ementa: a legislação federal e seus decretos reguladores, claros e específicos agora, revigorados em resolução específica do ato médico e suas

modalidades, discutidos na resolução CFM nº 1.627/2001, deixa claro e definitivamente discutida a situação dos profissionais de outras áreas em relação a atos compartilhados pelos profissionais da saúde, não podendo ser atribuídos atos exclusivos do profissional médico a outras profissões em atos compartilhados.

Parecer Consulta nº 24/2003. Médico delegar poderes para a equipe de enfermagem realizar curativos. Relator: Iliam Cardoso dos Santos. Aprovado em 24 de julho de 2003.

Ementa: não vemos impedimento em relação ao médico delegar poderes para a equipe de enfermagem realizar curativos que não exijam cuidados especiais. Trata-se de dispositivos existentes dentro da resolução nº 1.627/2001, que permite áreas de atuação conjunta como também atos compartilhados, que estão bem definidos na resolução nº 1.634/2002.

Parecer consulta nº 24/2003 Aprovado em 24/07/2003

Interessado: A. C. C. G.

Assunto: **médico delegar poderes para a equipe de enfermagem realizar curativos.**

Relator: Iliam Cardoso dos Santos
Processo consulta nº 19.172/2003

Assunto: "A. C. C. G. solicita parecer deste Conselho com relação ao médico delegar poderes para a equipe de enfermagem realizar curativos".

I – PARTE EXPOSITIVA

1 – DA LEGISLAÇÃO SOBRE O TEMA:

Decreto Federal nº 94.406/87

Que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.

"Artigo 11 – O auxiliar de enfermagem executa as atividades auxiliares de nível médio atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

I – preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;

II – observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;

III – executar tratamentos especificamente

prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de Enfermagem, tais como: ministrar medicamento por via oral e parenteral; realizar controle hídrico; FAZER CURATIVOS [...]".

2 – DOS CONSELHOS DE MEDICINA: FEDERAL (CFM) E REGIONAIS (CRM)

Parecer Consulta CRM-BA – Cremeb nº 15/1985

"A quem cabe, médico ou enfermeira, a retirada de aparelho gessado e *curativos* em pacientes de ortopedia".

d) A realização de *curativos* que não exijam cuidados especiais podem ser feitos pela enfermagem.

Conselheiro Relator: Dr. João Moysés de Oliveira Filho.

Resolução CFM nº 1.627/2001 – Ato Profissional Médico

"Considerando a necessidade de se instituir normas relativas à definição e alcance do Ato Médico, em 23/10/2001 passa a entrar em vigor a resolução CFM nº 1.627/2001, que define no seu Art. 1º o ATO PROFISSIONAL MÉDICO, como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e dirigido para:

I – a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia (prevenção primária);

II – a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (prevenção secundária);

III – a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos (prevenção terciária).

§ 2º – As atividades de prevenção primária e terciárias que não impliquem na execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos podem ser atos profissionais compartilhados com outros profissionais da área de saúde, dentro dos limites impostos pela legislação pertinente".

II – CONCLUSÃO:

Não vemos impeditivo em relação ao médico delegar poderes para a equipe de enfermagem realizar curativos que não exijam cuidados especiais. Trata-se de dispositivos existentes den-

tro das resoluções citadas, que permitem áreas de atuações conjuntas como também atos compartilhados, que estão bem definidos na resolução CFM nº 1.634/2002.

É esse o nosso parecer, SMJ.

Iliam Cardoso dos Santos

Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 46/2003. Notificação de irregularidades do exercício de enfermagem no Serviço de Atendimento de Urgência (SAU) da Unimed. Relator: Guilherme Lopes Barbosa. Aprovado em 04 de agosto de 2003.

Ementa: se a Unidade de Serviços de Atendimentos de Urgências desenvolve atividades de pronto-atendimento nas áreas de Clínica Médica, Pediatria e Ortopedia, não possuindo unidade de internação prolongada e, sim, de observação, com fluxo de pacientes mais intenso no período diuturno, e pelo que faculta o art. 3º da Resolução Cofen nº 143/1992, o Conselho Regional de Enfermagem poderá adequar suas exigências às características do nível de complexidade do serviço, o que poderia ser acompanhado pelas fiscalizações periódicas sem prejuízos para a categoria. Quanto à anotação de responsabilidade, o serviço de saúde deverá requerer a certidão de responsabilidade técnica junto ao Coren.

Parecer Consulta nº 74/2004. Necessidade de contratação de enfermeira para supervisão dos serviços de enfermagem quando se tratar de clínica médica sem internação de paciente. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 15 de julho de 2004.

Ementa: desde que as atividades exercidas pelo médico sejam exclusivamente de caráter ambulatorial, não há necessidade da presença do enfermeiro, ficando o CRM obrigado a realizar fiscalização para caracterizar tal atividade.

Parecer Consulta nº 74/2004

Aprovado em 15/07/2004

Interessado: Dermatologia e Laser Ltda.

ASSUNTO: necessidade de contratação de enfermeira para supervisão dos serviços de enfermagem quando se tratar de clínica médica sem internação de paciente.

Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior
Processo Consulta nº 24.389/2004.

O presente parecer consulta originou-se de consulta a esse Regional pela Clínica Dermatológica e Laser Ltda, na qual os consulentes informam que suas respectivas clínicas foram visitadas pelo agente fiscal do Coren, sendo os mesmos notificados sobre a necessidade de contratação de enfermeiro para a supervisão dos serviços de enfermagem executados nos estabelecimentos.

Nesse sentido, solicitam parecer a este regional quanto ao mérito desta exigência, uma vez que se tratam de clínicas médicas sem internação de pacientes e cujos procedimentos médicos, inclusive cirúrgicos, são realizados exclusivamente em caráter ambulatorial.

O Dr. R. T. R. anexou cópia da notificação de suspensão de atividade de enfermagem ilegal, contendo a determinação de contratação de enfermeiro para supervisão da equipe de enfermagem (auxiliar e técnica de enfermagem).

Informou que o pessoal de enfermagem prepara mesas de procedimentos para cirurgia ambulatorial e pacientes para laser, faz curativos, realiza isometria facial e estimulação russa.

Consta no relatório de visita do Coren que no estabelecimento são realizados apenas procedimentos de enfermagem ambulatoriais realizados por três profissionais de enfermagem, dos quais duas não se encontram inscritas no Coren.

O assessor jurídico do Cremego emitiu parecer recomendando que seja enviada ao Dr. R. T. R. a lei nº 7.498/1986, que descreve no artigo 13 os procedimentos em que é indispensável a supervisão de um enfermeiro.

O Dr. W. D. P., da Clínica Advance Ltda, foi notificado pelo mesmo fiscal do Coren e disse que não são realizadas cirurgias no estabelecimento e que os profissionais de enfermagem realizam procedimentos de antropometria e aplicações de injeções.

O assunto foi apreciado pela Diretoria do Cremego que decidiu converter o protocolo no presente parecer consulta.

Dei despacho solicitando esclarecimentos dos consulentes e documentos para fundamentar a emissão do referido parecer.

REGULAMENTAÇÃO DA MATÉRIA:

Lei nº 7.498, de 25/06/1986 (Regulamenta o exercício do profissional de enfermagem).

De acordo com artigo 2º, cabe privativamente ao enfermeiro a organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços.

O técnico de enfermagem, de acordo com o artigo 12 exerce atividade de nível médio envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, cabendo-lhe especialmente a execução de ações assistenciais de enfermagem.

O artigo 13 estabelece que o auxiliar de enfermagem exerce atividades de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, executar ações de tratamentos simples, prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e participar da equipe de saúde.

Decreto nº 94.406, de 26/06/1987, regulamentada a lei nº 7.498.

O artigo 1º determina que o exercício da atividade de enfermagem é privativo de enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliar de enfermagem, e o artigo 13 estabelece que essas atividades somente poderão ser executadas sob supervisão, orientação e direção de enfermeiro.

Resolução Cofen nº 146/1992

O Conselho Federal de Enfermagem determina no artigo 1º desta resolução que toda instituição onde exista unidade de serviço que desenvolva ações de enfermagem deverá ter enfermeiro durante todo o seu período de funcionamento.

PARTE CONCLUSIVA:

É incontestável, à luz da legislação vigente, que é ato privativo de enfermeiro(a) a supervisão das atividades dos profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem e que estes só pode-

rão exercer a profissão quando devidamente inscrito no respectivo Conselho Profissional.

Deve ser considerado ainda que o legislador deixou de observar os aspectos práticos e mercadológicos ao não prever a inviabilidade econômica da contratação de um profissional de nível superior para supervisionar as atividades de profissionais de nível médio/técnico em estabelecimentos de baixa complexidade, como nos presentes casos.

Tal constatação se aplica também em profissionais de enfermagem que são contratados por médicos (pessoa física) para acompanhá-los nos hospitais privados, dando-lhes suporte técnico em cirurgias. Estes também terão de contratar enfermeiro?

As atividades realizadas pelos profissionais de enfermagem contratados pelos consulentes são elementares e de extrema simplicidade, constata-se que não é possível, de acordo com as descrições apresentadas, até mesmo a ampliação do número de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, sendo absolutamente inviável a contratação de enfermeiro (profissionais com formação de nível superior) para supervisionar as atividades dos estabelecimentos em questão.

A aplicação de um instrumento legal sem usar da inteligência que permita sua interpretação sensata, buscando no texto da lei a intenção do legislador, é uma atitude tão equivocada quanto o mero desrespeito à lei. E a insistência em fazê-lo, como no presente caso, com o intuito de ampliar o mercado de trabalho para o enfermeiro de nível superior certamente poderá acarretar desemprego para os técnicos e auxiliares de enfermagem, que, inclusive, são maioria entre os profissionais inscritos no Coren.

Aos consulentes, cabe a busca de amparo judicial, contestando a ação fiscalizatória do Coren, para viabilizar a eventual continuidade de suas atividades.

Enquanto isso, caso ocorra insistência do Coren em não admitir o trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem sem a supervisão de um enfermeiro, em condições de baixa resolutividade existe a possibilidade de contratação de outros assistentes (auxiliar de serviços médicos) para executar atos não privativos de profissionais de enfermagem, minimizando os conflitos atuais.

Considerando que não foi localizado no CFM e nem em outros Regionais pareceres que tratam da matéria, proponho que o Cremego

solicite ao CFM um posicionamento para regulamentar o assunto.

Goiânia, 15 de julho de 2004.

Daniel do Prado Figueiredo Júnior
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 113/2005. Solicitação de chefe de enfermagem de Unidade Hospitalar para implantar Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), fundamentada em resolução do Conselho Federal de Enfermagem. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 06 de abril de 2006.

EMENTA: a resolução Cofen nº 271/2002 encontra-se suspensa por força de determinação judicial. Portanto, enquanto não houver decisão de mérito contrário, não é permitido aos enfermeiros que realizem, de forma autônoma, ou seja, sem o acompanhamento de um profissional médico, os procedimentos previstos na referida resolução.

Parecer Consulta nº 113/2005
Aprovado em 06/04/06

Interessado: Médicos Reunidos Ltda.

Assunto: **solicitação de chefe de enfermagem de Unidade Hospitalar para implantar Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), fundamentada em resolução do Conselho Federal de Enfermagem.**

Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior
Processo Consulta: nº 37.960/2003.

O presente Parecer Consulta originou-se de consulta a esse Regional por M.A.F. acerca de implantar a sistematização da assistência de enfermagem, fundamentada em resolução do Conselho Federal de Enfermagem.

Trata-se de resolução que atribui aos profissionais de enfermagem a autonomia para realizar atos profissionais que envolvem o diagnóstico, solicitação de exames e prescrição de medicamentos, o que foi questionado na justiça pelo Conselho Federal de Medicina, que aponta a ilegalidade do Cofen em editar a referida resolução.

Considerando a tramitação da demanda nas instâncias do poder judiciário, dei despacho so-

licitando à Assessoria do Cremego que se manifestasse sobre o caso.

Nesse sentido, incorporo na íntegra ao presente Parecer Consulta o Parecer da assessora jurídica Dra. Claudia de Castro Zica, nos seguintes termos:

“Instada a manifestar acerca da demanda em tramitação envolvendo CFM x Cofen em decorrência das resoluções Cofen nº 271/2002 e 272/2002, esta Assessoria Jurídica apresenta as seguintes considerações:

A resolução nº 272/2002 foi editada tendo em vista o disposto em várias resoluções Cofen, entre elas a resolução nº 271/2002.

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) editou a resolução nº 271/2002, na qual confere aos enfermeiros atribuições para realizar consultas, diagnosticar, solicitar exames de rotina e complementares, bem como para prescrever medicamentos, tudo de forma autônoma.

Em face de tal resolução, o Conselho Federal de Medicina (CFM) propôs ação ordinária com pedido de tutela antecipada visando à revogação da resolução nº 271/2002 do Cofen, tendo em vista a sua inconstitucionalidade, pedido que foi deferido, em caráter liminar, pelo juízo da 13ª Vara Federal do Distrito Federal e publicado no dia 09/07/2004.

Diante da decisão mencionada no parágrafo anterior, o Cofen interpôs recurso visando à revogação da liminar conferida pela 13ª Vara Federal do DF. Entretanto, o Tribunal Regional Federal da 1ª Região confirmou a referida liminar, ou seja, determinou que a Resolução nº 271/2002/Cofen permanecesse suspensa até que fosse julgado o mérito da Ação Ordinária.

CONCLUSÃO

Dessa forma, até o presente momento a resolução nº 271/2002 encontra-se suspensa por força de determinação judicial. Portanto, enquanto não houver decisão de mérito contrário, não é permitido aos enfermeiros que realizem, de forma autônoma, ou seja, sem o acompanhamento de um profissional médico, os procedimentos previstos na referida Resolução” (fls. 29/30).

Goiânia, 22 de março de 2006.

Daniel do Prado Figueiredo Júnior
Conselheiro Relator

Ensino médico

Parecer Consulta nº 69/2001. Concurso para professor adjunto na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás para a área de Semiologia Médica. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 25 de abril de 2002.

Ementa: o cargo de professor adjunto de Semiologia Médica pressupõe a exigência de qualificação compatível com o cargo, o que justifica a exigência de especialização por meio de residência médica em Medicina Interna com concentração de pelo menos um ano em Clínica Médica. A exigência de residência e de doutorado na área de Medicina Interna constitui fator positivo e meritoso, não constituindo critério discriminatório ou tendencioso, por reconhecer o esforço dos detentores de tais títulos. O Estado, à forma dos particulares, pode fazer tais exigências, já que, em princípio, presume-se que o detentor do título de especialista tem condições de melhor atender aos interesses de uma coletividade que depende de tratamentos específicos.

Parecer Consulta nº 31/2003. Legalidade da realização de sessões clínicas nas dependências do Pronto-Socorro Psiquiátrico do Departamento de Saúde Mental. Relator: Wanderly Barroso Campos. Aprovado em 18 de novembro de 2004.

Ementa: não constitui ilícito ético o exercício prático, sob supervisão do ensino médico a residentes e estudantes de Medicina, que adota as sessões clínicas como modelo em escolas de Medicina ou em serviços médicos devidamente capacitados, respeitados os direitos dos pacientes materializados no consentimento esclarecido.

Entidade médica

Parecer Consulta nº 03/2003. Hierarquias dos Conselhos Estaduais e Federais em relação às Sociedades Estaduais e Federais de cada especialidade médica junto ao MEC. Relator: Iliam

Cardoso dos Santos. Aprovado em 29 de abril de 2003.

Ementa: não existe conflito de competência, poderes, autonomia, disposições legais, sendo que todas as instituições obedecem aos seus regimentos, estatutos, finalidades e convênios oficialmente assinados.

Parecer Consulta nº 3/2003 Aprovado em 29/04/2003

Interessado: F.S.G.

Assunto: **hierarquias dos Conselhos Estaduais e Federais em relação às Sociedades Estaduais e Federais de cada especialidade médica junto ao MEC.**

Relator: Iliam Cardoso dos Santos
Processo Consulta nº 17349/2003

I - PARTE EXPOSITIVA:

A respeito das hierarquias dos Conselhos Estaduais e Federais em relação às Sociedades Estaduais e Federais de cada especialidade médica junto ao MEC, e leis de criação, poderes e autonomia entre as instituições. Diante do solicitado, apresento problema que venho sofrendo arduamente, concluí residência médica pelo MEC e sou impossibilitado de exercer profissionalmente minha especialidade, por não poder fazer inscrição na Sociedade Goiana de Anestesiologia. Gostaria de saber qual o motivo de o título não enquadrar no requisito da Sociedade local e qual o poder da Sociedade de desqualificar um título reconhecido por este Conselho.

DA SOLICITAÇÃO

1 – DA LEGISLAÇÃO SOBRE O TEMA: Da Constituição Federal:

A Carta Magna nacional prescreve, em seu artigo 5º, XIII, que o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão é livre, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer.

2 – DOS CONSELHOS DE MEDICINA: FEDERAL (CFM) E REGIONAIS (CRM)

Leis de criação: criado conforme as 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.

Poderes e autonomia:

O **artigo 15**, descreve que, entre outras atribuições, compete ao Conselho Regional de Medicina velar pelo livre exercício legal dos direitos dos médicos, bem como promover, por todos os meios ao seu alcance, o perfeito desempenho técnico e moral da medicina.

Em seu **artigo 17**, esta lei diz que para exercer legalmente a Medicina deve estar o médico regularmente inscrito no CRM sob cuja jurisdição se encontre o local de sua atividade. **Destarte, ao cumprir esta exigência, pode o médico praticar todos os atos próprios da profissão. A sua competência é genérica e não pode ser restringida, exceto por força de outra lei que venha revogar o dispositivo legal em epígrafe.**

3- COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (CNRM)

Decreto federal nº 80.281, de 05 de setembro de 1977, que regulamentou a Residência Médica e criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

4 – ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB), FEDERADA (ESTADUAIS) E SOCIEDADES MÉDICAS ESPECIALIZADAS:

São entidades médicas associativas, de cunho científicos, geralmente filiadas, ou departamento da AMB, sendo instituições de caráter diverso, dependendo de cada Estado da Federação, podendo ser ou não instituição de utilidade pública, cada qual com os seus estatutos sociais, sendo absolutamente impossível a caracterização das mesmas, a sua finalidade, a sua competência, os seus “poderes”, as suas autonomias, os seus direitos e deveres, assim como a existência ou não de leis próprias para cada Sociedade Científica. São entidades de fácil acesso, podendo ser contactadas por telefone, fax, *internet*, para obtenção completa de suas leis e finalidades.

5 – DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR:

Art. 37 – É proibida toda a publicidade enganosa ou abusiva.

6 – DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS E DO TÍTULO DE ESPECIALISTA

As especialidades médicas e a emissão e registro dos títulos de especialistas nos Conselhos Regionais de Medicina são matérias já regulamentadas e amplamente divulgadas, e que, onde resumidamente, abaixo transcrevemos:

6.1 – DAS ESPECIALIDADES:

Resolução CFM nº 1.634/2002 (11/04/2002):

Referência: relação organização e sistematização das especialidades médicas e áreas de atuação (CFM+AMB+CNRM=CME-Comissão Mista de Especialidades).

Definidas 50 especialidades, divididas em diversas áreas de atuação.

Art. 1º - são reconhecidas as Especialidades Médicas e as Áreas de Atuação.

Art. 2º - outras Especialidades Médicas e as Áreas de Atuação poderão vir a ser reconhecidas pelo CFM mediante proposta da CME.

Art. 3º - fica vedada ao médico a divulgação de especialidades ou áreas de atuação, que não for reconhecida pelo CFM ou CME.

Art. 5º - fica vedado, por qualquer motivo, o registro e reconhecimento das especialidades não constantes do anexo II do convênio.

Resolução CFM nº 1.036/1980:

Art. 4º - “o médico somente poderá anunciar especialidades quando estiver registrado no Quadro de Especialistas do Conselho Regional de Medicina em que tiver escrito”.

6.2 – TÍTULO DE ESPECIALISTA:

Parecer CFM nº 80/1996, aprovado em 14/06/1996:

“Nenhum especialista possui exclusividade na realização de qualquer ato médico. O título de especialista é apenas um *plus* de conhecimento em uma determinada área da ciência médica [...]”.

“O campo de ação de uma especialidade não é uma fronteira intransponível no universo médico. Sua superação é permitida a todos os médicos, que responderão pelos seus atos quando agirem com imprudência, imperícia ou negligência”.

Resolução CFM nº 1.286/1989 (15/04/1989):

Considera a necessidade de racionalização, uniformização dos critérios e procedimentos de aferição da titulação dos especialistas.

Os CRMs devem registrar os TE conferidos por:

“a) Sociedade de Especialidades filiadas a AMB, convênio CFM/AMB.

b) Residências Médicas credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica e reconhecidas pelo Ministério da Educação.

c) Outras [...]”.

1) Convênio CFM/AMB:

com vistas à Consessão e ao Registro do Título de Especialista (TE).

“Cláusula primeira: reconhecer, para fins de registro nos CRM, a validade do TE conferido pela AMB na forma do convênio assinado em 10/05/1989.

Cláusula segunda: para a emissão do TE a AMB se compromete a seguir os seguintes critérios:

a) Concurso realizado nas sociedades especializadas filiadas à AMB:

b) Prova escrita, currículo, se necessário prova oral e ou prática.

Cláusula quarta: os critérios determinados pelas Sociedades de Especialidades para concessão de TE deverão ser aprovados pela AMB e CFM para que produzam os resultados deste convênio.

Cláusula quinta: as Sociedades de Especialidades deverão promover concursos anuais para concessão de TE.

Cláusula sexta: não será exigida a condição de sócio da AMB, de sociedades de especialidades ou qualquer outra, para obtenção e registro do TE.

2) Os CRMs só poderão registrar TE reconhecidas pelo CFM.

3) Os TE registrados pelos CRMs têm validade por tempo indeterminado.

CONCLUSÃO

Não existe a nosso ver conflito de compe-

tência, “poderes”, autonomias, disposições legais, sendo que todas as instituições obedeçam aos seus regimentos, estatutos, finalidades e convênios oficialmente assinados.

Se o solicitante se acha prejudicado e cerceado nos seus direitos tendo o seu Título de Residência devidamente registrado neste Conselho, portanto, enquadrado nas resoluções CFM, conforme as aqui relatadas, “rejeitado” pela Sociedade Goiana de Anestesiologia, que dirija ao Cremego, devidamente documentado, apresentando denúncia quanto à referida Sociedade, para que se possa realmente constatar se existe ou não infrações éticas.

Se o reclamante se sentir também prejudicado nos seus pressupostos direitos, caberá também reclamar no foro que julgar competente (Justiça?). No seu direito de prestar um concurso a um título de especialista, da qual não preencha os pré-requisitos, mas baseado na sua condição de médico, e nos seus pressupostos direitos, caberá ao mesmo a reclamação, e no foro que julgar conveniente: CFM? Justiça?

Como médico, tem o direito de exercer qualquer especialidade, como deixamos claro. O que ele não pode é divulgar uma especialidade da qual ele não tem um título de especialista, emitido por uma entidade **oficialmente** reconhecida.

Se assim o fizer, estará sujeito a responder por eventuais indícios de infrações ao Código de Ética Médica.

Esse é meu parecer, S.M.J.

Iliam Cardoso dos Santos
Conselheiro Relator

Equipe cirúrgica

Parecer Consulta nº 14/2001. Suporte cirúrgico para angioplastia coronária percutânea. Relator: Rômulo Sales de Andrade. Aprovado em 24 de novembro de 2001.

Ementa: apesar do baixo índice de cirurgia de urgência, é indispensável que o hospital tenha um serviço de cirurgia cardíaca atuante que forneça o necessário apoio ao procedimento através de um regimento de prontidão e de resguarda.

Equipe multidisciplinar

Parecer Consulta nº 09/2001. Preenchimento de fichas de evolução de pacientes atendidos em seus domicílios pela equipe multidisciplinar e implicações legais quanto à questão do sigilo na utilização de um único prontuário por toda a equipe. Relator: Galdino da Silva Neto. Aprovado em 04 de abril de 2002.

Ementa: as anotações nas Fichas de Evolução podem ser feitas nos autos de parecer, tanto em folha separada como em folha única. Em caso de folha única, deve-se observar sempre o sigilo médico. Não há implicação legal, do ponto de vista do sigilo profissional, na utilização de um prontuário único por toda a equipe, desde que preservados os direitos do paciente.

Especialidade médica

Parecer Consulta nº 25/2001. Preenchimento do formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Relator: Paulo Rassi. Aprovado em 25 de outubro de 2001.

Ementa: o preenchimento do Laudo de Exame Médico (LEM - atestado médico) deve ser prioritariamente realizado pelo médico assistente, de acordo com o Art. 112 do CEM. Não obstante tal assertiva, o diretor da unidade pode, secundariamente, após acessar o prontuário do paciente, preencher o formulário fazendo referência, no campo Observações, a este fato.

Parecer Consulta nº 44/2001. Esclarecimentos relacionados à Residência Médica, em estar o profissional apto ou não a exercer determinada especialidade médica. Relator: Benedito Alves Moreira. Aprovado em 06 de junho de 2002.

Ementa: o aluno que estudou 6 anos e mais 2 anos de residência está habilitado para ser médico clínico, desde que devidamente inscrito no CRM. Se a residência de Cirurgia Geral for devidamente reconhecida pelo CNRM e ter sido esta realizada em local reconhecido pelo referido órgão, está apto a ser um cirurgião geral, inclusive a divulgar sua

especialidade, após estar devidamente registrado no CRM. Se o médico atuar em área que não é sua especialidade, deverá assumir o ônus por esta atuação, ou seja, deverá se responsabilizar por todo o ato executado.

Parecer Consulta nº 48/2001. A acupuntura como especialidade médica. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 23 de janeiro de 2003.

Ementa: o CFM reconhece a acupuntura como especialidade médica desde sessão plenária ocorrida no dia 11/08/1995, entendendo que são passíveis de tratamento por acupuntura a maioria dos quadros algícos e inflamatórios, além de distúrbios funcionais, transtornos de ansiedade, quadros depressivos não psicóticos, enfermidades psicossomáticas e também doenças alérgicas.

Parecer Consulta nº 65/2001. Especialização em Pediatria, considerando ser esta de cunho geral, abrangendo a assistência à adolescência (faixa etária que ultrapassa os 18 anos de idade). Relator: Guilherme Lopes Barbosa. Aprovado em 18 de abril de 2002.

Ementa: conclui que a Medicina do Adolescente é área exclusiva de atuação da Pediatria.

Parecer Consulta nº 06/2002. Avaliação da sensibilidade dos profissionais médicos para abordagem sindrômica das infecções sexualmente transmissíveis, quanto aos aspectos éticos e bioéticos. Relator: Wanderly Barroso Campos. Aprovado em 05 de dezembro de 2002.

Ementa: o Ministério da Saúde adotou como estratégia de combate às DSTs a abordagem sindrômica como método de manejo clínico de portadores de DST. Um estudo multicêntrico no Brasil permitiu a adoção desta estratégia. A presente pesquisa está, portanto, de acordo com a política nacional de combate às DSTs/Aids da Secretaria de Políticas de Saúde do MS. É preciso, porém, submetê-la a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para aprovação ética e científica em conformidade com a resolução nº 196, de 10/10/1996, do Conselho Nacional de Saúde. O referido Comitê, após avaliação criteriosa, poderá autorizar o início bem como o acompanhamento de toda a pesquisa até a sua publicação.

Parecer Consulta nº 04/2003. Exames de Eletroneuromiografia e Eletroencefalograma, se esses exames são privativos da especialidade Neurofisiologia. Vistas: Sizenando da Silva Campos Júnior. Aprovado em 17 de julho de 2003.

Ementa: todo médico legalmente habilitado e inscrito no CRM/GO pode executar qualquer ato médico, na sua jurisdição. Entretanto, para que o médico possa anunciar títulos científicos, é necessário que ele esteja registrado no quadro de especialista do CRM. Isso não quer dizer que o médico não possa exercer atos de especialidades, mas é recomendável que disponha de habilitação técnica específica.

Parecer Consulta nº 29/2003. Especialidade e publicidade. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 13 de novembro de 2003.

Ementa: baseado nas normas vigentes, qualquer divulgação de atuação em especialidades somente poderá ser feita se o profissional médico estiver devidamente registrado no quadro de especialistas do Conselho Regional de Medicina. Por outro lado, a atuação nessas áreas é permitida desde que o diploma do médico esteja devidamente registrado no CRM.

Parecer Consulta nº 43/2003. Exame de ultrassonografia. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 19 de fevereiro de 2004.

Ementa: ultrassonografia não pode ser considerada como uma especialidade médica. A ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia é área de atuação da especialidade Ginecologia e Obstetrícia. Nenhuma especialidade detém a exclusividade para a prática de qualquer ato médico.

Estágio

Parecer Consulta nº 35/2001. Necessidade da presença de professores ou médicos orientadores durante atendimento realizado pelo estudante, médico residente ou estagiário. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 25 de abril de 2002.

Ementa: a ausência de professores ou médicos orientadores durante o atendimento realizado pelo estudante, médico residente ou estagiário implica infração ética cometida pelo professor. O mesmo fato implica em simultânea infração ética cometida pelos dirigentes do estabelecimento/instituição, caso não sejam tomadas as providências administrativas e éticas que o caso requer.

Parecer Consulta nº 70/2001. A respeito de Universidades de Medicina da Bolívia terem proposto à direção do hospital um convênio para estagiários do último ano, sob supervisão e acompanhamento de preceptora médica local. Relator: Elias Hanna. Aprovado em 19 de fevereiro de 2004.

Ementa: conforme estabelece a resolução Cremego nº 068/2002, é vedada a assinatura de "convênios" para a realização de estágios ou internatos a alunos oriundos de Faculdades de Medicina de outros países junto a instituições de saúde privadas, filantrópicas ou públicas do estado de Goiás.

Parecer Consulta nº 16/2003. Legalidade de convênio firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade da Bolívia. Relator: Iliam Cardoso dos Santos. Aprovado em 08 de maio de 2003.

Ementa: concluímos pela ilegalidade de a Secretaria Municipal de Saúde firmar convênio com a Universidade Cristina da Bolívia para receber como estagiários na rede municipal alguns estudantes da referida Universidade.

Parecer Consulta nº 23/2003. Estágio em maternidade, na sala de parto, para militares do Corpo de Bombeiros. Relator: Afif Afrânio Rassi. Aprovado em 24 de julho de 2003.

Ementa: os militares que compõem o Corpo de Bombeiros e designados para o resgate de parturientes em avançado trabalho de parto (período expulsivo), poderão receber orientação e esclarecimentos dos médicos da maternidade de como proceder nessas circunstâncias. As orientações devem abranger, também, o material necessário para assepsia, secção e ligadura do cordão umbilical, bombinha para aspiração nasal do recém-nascido etc.

Parecer consulta nº 23/2003
Aprovado em 24/07/2003

Interessado: M. D. I./S. S. E. /V. L. F. C.

Assunto: **estágio em maternidade, na sala de parto, para militares do Corpo de Bombeiros.**

Relator: Afif Afrânio Rassi

Processo Consulta nº 19.185/2003.

Senhor presidente,
Senhores conselheiros,

Designado para emitir parecer em 14 de maio de 2003 e recebidos os autos em 19/05/2003, cumpro na forma que se segue:

I – PARTE EXPOSITIVA:

1.1 – Em 15 de Abril de 2003, foi protocolado neste Regional o ofício nº 124/2003, da Maternidade Dona Íris, assinado pela consulente, presidente da Comissão de Ética Médica daquela Maternidade, nos seguintes termos:

“Recebemos ofício do Corpo de Bombeiros solicitando à diretoria desta Maternidade estágio na sala de parto para os militares da Entidade.

Como esta situação é inusitada, solicito a este Conselho, na qualidade de presidente da Comissão de Ética, orientações sobre a questão” (fls. 03).

2.1 – O ofício do Corpo de Bombeiros, datado de 03 de Abril de 2003, tem o seguinte teor:

“Considerando que o Grupamento de Resgate Pré-Hospitalar atua diuturnamente no atendimento emergencial abrangendo a área geográfica de toda a grande Goiânia, oportunidade em que os nossos militares se deparam, não raramente, com ocorrências envolvendo parto de emergência;

Considerando também que recentemente todo o contingente do resgate recebe ensinamentos pertinentes ao assunto, através de palestras com a enfermeira V. R. S., do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (Siate);

Considerando, finalmente, que este Comando busca aprimorar o conhecimento técnico e profissional de seu efetivo, solicitamos de V.S.^a que autorize os militares desta Unidade a

estagiarem nessa maternidade, na condição de assistentes, quando os mesmos terão oportunidade de acompanhar os trabalhos relativos a partos, desenvolvidos por nossas equipes.

Certos de contarmos com a colaboração de V.S.^a, antecipamos nossos agradecimentos, informando que, caso defira nossa solicitação, enviaremos no máximo dois militares por dia”. Assinado pelo Mj. J. M. F., Comandante do G.R.P.H.” (fls. 04).

II – COMENTÁRIOS:

1.2 – Entendo a preocupação do Mj. J. M. F. em proporcionar uma conduta mais benéfica às parturientes em período expulsivo, por ocasião do socorro prestado pelos seus militares. Sem dúvida, o conhecimento técnico de como proceder nas situações emergenciais propiciaria melhor resultado, tanto à parturiente como ao recém-nascido.

2.2 – A presença de pessoas estranhas em sala de parto por ocasião de ocorrência de partos por certo constrangeriam as pacientes e provocariam desdobramentos indesejáveis.

3.2 – O Código de Ética Médica (CEM), em seus artigos 30, 48 e 63, torna claro o impedimento à solicitação do Mj. J. M. F., senão vejamos:

3.2.1 – Art. 30 - “É vedado ao médico delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica”.

Muito embora não haja delegação direta, o simples ensinamento da prática obstétrica por meio de estágio na maternidade validaria o exercício da Medicina, e este artigo estaria sendo violado pelo médico instrutor.

3.2.2 – Art. 48 - “É vedado ao médico exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar”.

Mesmo que a parturiente fosse “convencida” a permitir que pessoas estranhas assistissem seu parto, ainda assim restaria inconformismo por parte do cônjuge ou companheiro, com desdobramentos imprevisíveis.

3.2.3 – Art. 63 - “É vedado ao médico desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais”.

Em se tratando da exposição da genitália feminina, mesmo considerando-se a relevância da solicitação e do ato em si (parto), existe uma

cultura em nosso meio que não pode ser desprezada.

III – PARTE CONCLUSIVA:

3.1 – Ante o exposto e os comentários acima referidos, sou de parecer contrário à solicitação do Mj. J. M. F., por julgar que o acatamento implicaria em infração aos artigos 30, 48 e 63 do CEM.

3.2 – Não poderia encerrar este parecer sem uma observação de cunho pessoal, que submeto à apreciação e consideração do Plenário.

O Corpo de Bombeiros é uma instituição que goza, merecidamente, por parte da sociedade, do prestígio pelos excelentes serviços que presta à população e, movido por esta razão, é que faço a seguinte sugestão:

Os militares que compõem o Corpo de Bombeiros, designados para o resgate de parturientes em avançado trabalho de parto (período expulsivo), poderão receber orientações e esclarecimentos dos médicos da Maternidade Dona Íris de como proceder nestas circunstâncias. As orientações devem abranger, também, o material necessário para assepsia, secção e ligadura do cordão umbilical, bombinha para aspiração nasal do recém-nascido etc.

Este é meu parecer, S.M.J.

Goiânia, 23 de maio de 2003.

Afif Afrânio Rassi
Conselheiro Relator

Esterilização

Parecer Consulta nº 11/2001. Procedimento de ligaduras de trompas. Possibilidades de insucesso e casos de falha técnica ou negligência. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 10 de maio de 2001.

Ementa: procedimento de ligaduras de trompas. Possibilidades de insucesso. Se a cirurgia foi realizada corretamente, a possibilidade de recanalização espontânea das trompas pode ocorrer em uma a cada 33 a 1.000 mulheres esterilizadas, dependendo da técnica utilizada. A caracterização de negligência ou imperícia quando ocorreu a recanalização espontânea das

trompas é de extrema dificuldade. Não será possível a caracterização de falha técnica ou negligência durante uma cesariana, na maioria absoluta dos casos. Existem procedimentos administrativos que possibilitam a participação de um conselheiro do CRM/GO.

Parecer Consulta nº 18/2003.

Obrigatoriedade ou não de cobertura por parte dos planos de saúde do procedimento de vasectomia bilateral para fins de esterilização. Relator: Afif Afrânio Rassi. Aprovado em 17 de junho de 2003.

Ementa: a lei nº 9.263 torna inócuos os artigos 42 e 43 do CEM, relativos à esterilização cirúrgica. A citada lei concede o direito ao cidadão de submeter-se à vasectomia. Quanto à obrigatoriedade dos planos de saúde na cobertura deste procedimento, depende das cláusulas contratuais entre as partes. É importante que o médico assistente esclareça ao seu paciente sobre este método considerado radical. Permanecendo a opção pelo ato cirúrgico, é recomendável, como medida preventiva, que o paciente faça uma declaração expressa que foi esclarecido e é de sua livre e espontânea vontade submeter-se à vasectomia. Tal declaração deve ser parte integrante da ficha clínica do paciente.

Parecer Consulta nº 101/2005. Cirurgia de esterilização, vasectomia e laqueadura tubária. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 02 de fevereiro de 2006.

Ementa: a esterilização cirúrgica, vasectomia e laqueadura tubária estão previstas na Constituição Federal e regulamentadas pela lei nº 9.263/1996, que trata do Planejamento Familiar. Os Conselhos Regionais de Medicina já aborçaram a matéria por meio de resoluções e pareceres que são auto-aplicáveis para os fins da presente consulta.

Parecer Consulta nº 115/2005. Obrigatoriedade de emissão de relatório de procedimento cirúrgico para esterilização. Relator: José Wesley Benício Soares. Aprovado em 04 de maio de 2006.

Ementa: conforme estabelece a lei nº 9.263/1996, é vedada a exigência de documento atestando a realização de procedimento cirúrgico para esterilização.

Estudante de fisioterapia

Parecer Consulta nº 45/2003. Viabilidade ética da atuação de estudantes de fisioterapia na realização de pesquisa na área da especialidade acupuntura. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 24 de novembro de 2005.

Ementa: a acupuntura é reconhecida pelo CFM como especialidade médica, não podendo ser exercida por outro profissional senão médico. Portanto, os projetos de pesquisa a serem realizados por estudantes de fisioterapia não devem ser desenvolvidos em seres humanos, nem em estabelecimentos hospitalares e muito menos sob supervisão/orientação de médicos.

Estudante de medicina

Parecer Consulta nº 35/2001. Necessidade da presença de professores ou médicos orientadores durante atendimento realizado pelo estudante, médico residente ou estagiário. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 25 de abril de 2002.

Ementa: a ausência de professores ou médicos orientadores durante o atendimento realizado pelo estudante, médico residente ou estagiário implica infração ética cometida pelo professor. O mesmo fato implica em simultânea infração ética cometida pelos dirigentes do estabelecimento/instituição, caso não sejam tomadas as providências administrativas e éticas que o caso requer.

Parecer consulta nº 035/2001 Aprovado em 25/04/2002

Interessado: presidente da Comissão de Ética Médica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

Assunto: **necessidade da presença de professores ou médicos orientadores durante atendimento realizado pelo estudante, médico residente ou estagiário.**

Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior.

Processo consulta: nº 8.737/2001

O presente Parecer Consulta originou-se de consulta a esse Regional pelo presidente da Comissão de Ética Médica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás a este Regional nos seguintes termos:

“Considerando as inúmeras denúncias encaminhadas a esta Comissão relatando ausência de professores orientadores durante o atendimento realizado pelo estudante, médico residente ou estagiário, solicitamos parecer deste Conselho nos orientando se, com essa conduta, o profissional estaria cometendo infração ética.”

AVALIAÇÃO SOB O ASPECTO ADMINISTRATIVO:

Os professores universitários vinculados à instituição pública federal submetem-se à legislação (lei nº 8.112/1990) e demais instrumentos que regulamentam sua atividade. Nesse sentido, a ausência não justificada de professores orientadores em seu local de trabalho constitui “falta ao trabalho”, implicando, em primeiro plano, no respectivo desconto no salário, sem prejuízo das medidas administrativas, civis e criminais, culminando na rescisão do contrato de trabalho por “justa causa” e nas demais penalidades previstas em lei.

A omissão ou conivência do superior hierárquico torna-o co-responsável pela irregularidade e sujeito às medidas administrativas cabíveis, inclusive com possibilidade de perda do cargo diretivo e até a rescisão contratual por justa causa, sem prejuízo das demais penalidades previstas em lei.

AVALIAÇÃO SOB O ASPECTO ÉTICO PROFISSIONAL:

SOBRE O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA:

“Artigo 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”.

“Artigo 17 - O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as con-

dições mínimas para o desempenho ético-profissional da medicina”.

“Artigo 19 - O médico deve ter para com 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”.

“Artigo 22 - É direito do médico apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, quando julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição”.

“Artigo 23 - É direito do médico recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente”.

“Artigo 24 - É direito do médico suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não o remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina”.

“Artigo 36 - É vedado ao médico afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave”.

“Artigo 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”.

“Artigo 85 - É vedado ao médico utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos”.

O artigo 2º, por si, seria suficiente para responder ao questionamento do consultante, já que encerra a essência dos princípios fundamentais que norteiam a profissão médica.

O médico, na situação de professor de acadêmicos de Medicina ou médicos em busca de pós-graduação ou educação continuada, exerce atividade privativa de profissional médico. Desse modo, sua atividade está sujeita ao contido no Código de Ética Médica.

Nesse sentido, o alvo da atenção do médico, como professor, é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo. A ausência do médico professor ou orientador em seu local de trabalho é entendida como ausência de zelo e imposição de risco deliberado à saúde do paciente, implicando infração ao artigo 2º do CEM.

Um direito explícito numa norma pode constituir um dever. Tal situação fica caracterizada em caso de prejuízo a outrem causado por omissão no exercício deste direito. Desse modo, o médico, em função de direção ou não, deve denunciar às instâncias da instituição, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina os casos de faltas de um médico professor ou orientador que possam colocar em risco a saúde do paciente ou contribuir para o exercício ilegal da Medicina praticado por acadêmico de Medicina que venha a atuar sem a orientação de um profissional médico legalmente habilitado.

A ausência de um médico professor ou orientador pode ser tida como afastamento da atividade profissional, desde que coloque em risco a saúde do paciente. Daí, o enquadramento de tal situação nos artigos 36 e 37 do Código de Ética Médica.

O médico em função de direção também será responsabilizado pelas consequências danosas ao paciente decorrentes da ausência de um médico professor ou orientador.

PARTE CONCLUSIVA:

A ausência de professores ou médicos orientadores durante o atendimento realizado pelo estudante, médico residente ou estagiário implica infração ética cometida pelo professor.

O mesmo fato implica simultânea infração ética cometida pelos dirigentes do estabelecimento.

mento/instituição, caso não sejam tomadas as providências administrativas e éticas que o caso requer.

Daniel do Prado Figueiredo Júnior
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 70/2001. A respeito de Universidades de Medicina da Bolívia terem proposto à direção do hospital um convênio para estagiários do último ano, sob supervisão e acompanhamento de preceptora médica local. Relator: Elias Hanna. Aprovado em 19 de fevereiro de 2004.

Ementa: conforme estabelece a resolução Cremego nº 068/2002, é vedada a assinatura de “convênios” para a realização de estágios ou internatos a alunos oriundos de Faculdades de Medicina de outros países junto a instituições de saúde privadas, filantrópicas ou públicas do estado de Goiás.

Parecer Consulta nº 01/2003. Legalidade no ato de acadêmicos do curso de Medicina estarem auxiliando cirurgias em unidade hospitalar privada, sem nenhum vínculo com escola de Medicina. Relator: Elias Hanna. Aprovado em 19 de fevereiro de 2004.

Ementa: é permitido solicitar os trabalhos de estudantes de Medicina para função de auxiliar de cirurgia, respeitando a aceitação pelo cirurgião responsável pelo paciente.

Parecer Consulta nº 16/2003. Legalidade de convênio firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade da Bolívia. Relator: Iliam Cardoso dos Santos. Aprovado em 08 de maio de 2003.

Ementa: concluímos pela ilegalidade de a Secretaria Municipal de Saúde firmar convênio com a Universidade Cristina da Bolívia para receber como estagiários na rede municipal alguns estudantes da referida Universidade.

Parecer consulta nº 16/2003
Aprovado em 08/05/2003

Interessado: S. M. S. G.

Assunto: **legalidade de convênio firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade da Bolívia.**

Relator: Iliam Cardoso dos Santos

Processo Consulta nº. 18.596/2003

Assunto: o Dr. O L. M. N., secretário municipal de saúde do município de Goiânia, solicita parecer jurídico sobre a legalidade de a Secretaria Municipal de Saúde firmar convênio com a Universidade Cristina da Bolívia para receber como estagiários na rede municipal alguns estudantes da referida Universidade.

I – PARTE EXPOSITIVA:

O estabelecimento de normas e comportamento de estabelecimentos de saúde, em relação a estudantes e internos de Medicina oriundos de universidades estrangeiras, no estado de Goiás, é uma matéria já regulamentada e divulgada conforme resolução Cremego nº 068/2002, resolução CFM nº 1.650/2002, que, resumidamente, passaremos a reproduzir:

1 – RESOLUÇÃO CREMEGO Nº 068/2002

“Art. 1º – Fica vetada a assinatura de CONVÊNIOS para realização de estágios ou internatos a alunos oriundos de Faculdades de Medicina de outros países, junto a instituições de saúde privadas, filantrópicas ou públicas no Estado de Goiás”.

“Art. 2º – Os Diretores Técnico e Clínico destas instituições ficam sujeitos a responderem a processos ético-profissionais, quando tais fatos forem constatados em suas unidades”.

2 – RESOLUÇÃO CFM Nº 1.650/2002

“Art. 1º – É vedado aos membros dos Corpos Clínicos dos estabelecimentos de assistência médica participar da execução, direta ou indireta, de convênios ou quaisquer outros termos obrigacionais, para realização de estágios ou internatos, destinados a alunos oriundos de faculdades/cursos de Medicina de outros países, junto a instituições de saúde privadas, filantrópicas ou públicas”.

“Art. 2º – A responsabilidade pela observância desta norma cabe solidariamente aos diretores clínico e técnico das instituições”.

3 – EXTRATO DE ATA 108 SESSÃO EXTRA-ORDINÁRIA DO CREMEGO (11/03/2003)

“Assunto: decisão da 4ª Vara da Justiça Federal – 1ª Região/GO referente à negativa da concessão de medida liminar impetrada pelo Sr. G. S. N. contra o CREMEGO, referente à Resolução Nº 068/2002 que versa sobre estágios de alunos de faculdades estrangeiras”.

II – CONCLUSÃO:

Concluímos, portanto, pela ilegalidade de a Secretaria Municipal de Saúde firmar convênio com a Universidade Cristina da Bolívia para receber como estagiários na rede municipal alguns estudantes da referida Universidade, conforme fundamentação acima descrita.

Para uma melhor orientação ao solicitante, passaremos cópias das resoluções mencionadas e da decisão da 4ª Vara da Justiça Federal – 1ª Região/GO, também citada.

Esse é nosso parecer, SMJ.

Iliam Cardoso dos Santos
Conselheiro Relator

Exercício ilegal da medicina

Parecer Consulta nº 02/2001. Exames de ultrassonografia solicitados por enfermeira da rede pública. Relator: Guilherme Lopes Barbosa. Aprovado em 05 de abril de 2001.

Ementa: licitude do pedido de exame de Ultrassonografia feito por enfermeiros da rede municipal de saúde. Há uma interface entre a Medicina e a Enfermagem decorrente da resolução Cofen nº 195/1997, cuja matéria dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiros, na qual resolve: “O enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais”. Entretanto, a solicitação destes fora dos programas de saúde elencados pela resolução nº 195/1997 poderá restar caracterizado o exercício irregular da Medicina.

Parecer Consulta nº 68/2001. Como anda a regularização da situação de que o médico patologista poderá assumir responsabilidade téc-

nica para exames específicos de análise clínica e que poderá deixar, em sua ausência, um substituto legal, o profissional em Biologia. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 25 de abril de 2002.

Ementa: o citotécnico não está habilitado a assumir função de diretor técnico substituto em laboratórios que desenvolvem as especialidades médicas Citopatologia e Patologia, a liberar e assinar laudos de exames citopatológicos, sendo que sua função se restringe ao citoescrutínio, bem como a realizar exames macroscópicos de peças cirúrgicas, exames histopatológicos, necropsias, punções, biopsias aspirativas por agulha fina e biopsia ou assinar laudos que atestam o labor da especialidade médica Patologia.

Parecer Consulta nº 30/2002. Legalidade no ato de profissionais oriundos de outros países estarem realizando exames sem registro no CRM(GO). Relatora: Ione Borges Ribeiro Guimarães. Aprovado em 07 de novembro de 2002.

Ementa: para exercer a medicina em nosso país, necessita-se de uma habilitação profissional e de uma habilitação legal, sendo a primeira adquirida com a formação acadêmica seguida pela posse de um título idôneo e pelo seu registro nas repartições competentes, não podendo realizar exames médicos indivíduos não-médicos oriundos de outro país. Além disso, infringe disposição ética o médico que assume responsabilidade por ato médico que não praticou, ou do qual não participou efetivamente.

Parecer Consulta nº 030/2002 **Aprovado em 07/11/2002**

Interessado: R.A.P

Assunto: **legalidade de profissionais oriundos de outros países realizarem exames sem registro no CRM(GO).**

Relatora: Ione Borges Ribeiro Guimarães
Processo Consulta: nº 13.497/2002.

O presente Parecer Consulta originou-se de consulta a esse Regional por R.A.P. sobre proposta de realização de campanha para exame oftalmológico nos dias 04 a 09/11 de 2002 a ser realizada pela Fundação Banco de Olhos de Goiás, apoiada pela Secretaria Estadual de Saúde e pela OVG, conforme cópia em anexo. O objetivo da campanha seria a realização de exames de 30.000

peças no Ginásio Serra Dourada na véspera do processo eleitoral (2º Turno, 15 de Novembro). Os exames oftalmológicos seriam realizados por pessoas oriundas de outro país (optometristas e não-médicos) e respaldados por oftalmologistas da Fundação.

A Sociedade Goiana de Oftalmologia solicitada junto ao Conselho Regional de Medicina parecer relativo a tal campanha considerando algumas questões importantes;

1) Poderão realizar exames médicos aqui sem autorização do CRM pessoas oriundas de outro país?

2) Poderão realizar exames médicos indivíduos não-médicos oriundos de outros países?

3) Consiste infração ética por parte dos médicos assinarem exames realizados por outras pessoas não autorizadas?

4) Há nesta campanha algum vínculo eleitoral?

Solicitamos com urgência parecer ético e legal do Conselho Regional de Medicina relativo a tal procedimento no que concerne aos questionamentos efetuados para, então, também a Sociedade Goiana de Oftalmologia, baseada nesses mesmos critérios, responder ao parecer solicitado pelo Dr. N. M., diretor clínico da Fundação Banco de Olhos de Goiás. A urgência se faz face as providências que estão sendo tomadas pelos interessados na campanha.

PARTE CONCLUSIVA:

1) Poderão realizar exames médicos aqui sem autorização do CRM pessoas oriundas de outro país?

R: Não.

Para exercer a Medicina em nosso país, necessita-se de uma habilitação profissional e de uma habilitação legal. A primeira é adquirida na formação acadêmica, através dos currículos dos cursos médicos, e a segunda, pela posse de um título idôneo e pelo seu registro nas repartições competentes, culminando com o registro deste documento e com a inscrição médica nos Conselhos Regionais de Medicina, conforme determina o artigo 17 da lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957.

2) Poderão realizar exames médicos indivíduos não-médicos oriundos de outro país?

R: Não (Art. 30).

É vedado ao médico delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivas da profissão médica.

3) Consiste infração ética por parte dos médicos assinar exames realizados por outras pessoas não autorizadas?

R: Sim (Art. 33).

É vedado ao médico assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou efetivamente.

4) Há nesta campanha algum vínculo eleitoral?

R: Resposta prejudicada.

Ione Borges Ribeiro Guimarães

Conselheira Relatora

Parecer Consulta nº 38/2002. Legalidade ou não de biomédicos assinarem laudos de citologia oncoparasitárias sem terem especialidade na área. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 20 de fevereiro de 2003.

Ementa: o CFM reconhece a citopatologia como ato médico, e qualquer desempenho da profissão por outros profissionais é caracterizado como exercício ilegal da Medicina, ato realizado por práticos. Não reconhece o órgão supracitado cursos de especialização na área de citopatologia direcionado a outros profissionais não-médicos e não legitima laudos de exames citopatológicos assinados por outro profissionais não-médicos.

Parecer Consulta nº 47/2002. Atestado de impossibilidade para educação física emitido por fisioterapeuta. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 7 de novembro de 2002.

Ementa: a emissão do atestado de afastamento de qualquer atividade é um ato médico que exige, para sua execução, o conhecimento pleno, integrado e reconhecido de anatomia, fisiologia, fisiopatologia, anatomia patológica dos órgãos, aparelhos e sistemas do corpo humano, semiologia e propedêutica clínica, epidemiologia, farmacologia, terapia clínica e cirúrgica, com a finalidade de prevenção das doenças e recuperação da saúde. Nesses termos, há que se considerar o atestado médico emitido por fisioterapeuta como exercício ilegal da Medicina, com apropriação do ato médico por pessoa não habilitada.



*Ciência e caridade. Pablo Picasso, 1897
Museu Picasso, Barcelona*

F

Farmacêutico

Parecer Consulta nº 54/2003. Permissão aos estabelecimentos que comercializam medicamentos (farmácias e drogarias) para realizar injeção intramuscular e endovenosa, teste de glicemia, aferição de pressão, perfuração de orelha e colocação de *piercing*. Relatora: Ana Maria de Oliveira. Aprovado em 04 de março de 2004.

Ementa: já está amplamente normatizado pela legislação a permissão do farmacêutico nas funções em farmácias e drogarias para realizar os seguintes procedimentos: injeção, teste de glicemia, aferição de pressão, perfuração de orelha e colocação de *piercing*, ressalvadas as recomendações especiais.

Ficha clínica

Parecer Consulta nº 58/2003. Quem detém posse de ficha de atendimento de consultório em caso de saída de uma instituição privada. Relator: Elias Hanna. Aprovado em 19 de fevereiro de 2004.

Ementa: prontuário médico de pacientes que procuram a instituição hospitalar pertence, em princípio, à clínica e o responsável pela posse é o Diretor Técnico. No entanto, se as fichas de atendimento médico forem material arquivado em consultório e não através de uma instituição hospitalar privada, estas são propriedades do paciente em posse de seu médico assistente, que poderá transferi-las quando da mudança de endereço.

Fisioterapeuta

Parecer Consulta nº 47/2002. Atestado de impossibilidade para educação física emitido por fisioterapeuta. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 7 de novembro de 2002.

Ementa: a emissão do atestado de afastamento de qualquer atividade é um ato médico que exige, para sua execução, o conhecimento

pleno, integrado e reconhecido de anatomia, fisiologia, fisiopatologia, anatomia patológica dos órgãos, aparelhos e sistemas do corpo humano, semiologia e propedêutica clínica, epidemiologia, farmacologia, terapia clínica e cirúrgica, com a finalidade de prevenção das doenças e recuperação da saúde. Nesses termos, há que se considerar o atestado médico emitido por fisioterapeuta como exercício ilegal da Medicina, com apropriação do ato médico por pessoa não habilitada.

Parecer Consulta nº 63/2003. Liminar judicial que libera a solicitação de exames complementares pelos fisioterapeutas. Relator: Robson Paixão de Azevedo. Aprovado em 26 de fevereiro de 2004.

Ementa: é ilegal aos fisioterapeutas a prática de atos privativos dos profissionais médicos tais como exame clínico, solicitação de exames complementares, firmar diagnósticos clínicos, estabelecer prescrição ou alteração de terapêutica a ser instituída. Também é vedado ao médico radiologista ou ao patologista realizar exames complementares solicitados por fisioterapeutas.

Parecer consulta nº 063/2003 Aprovado em 26/2/2004

Interessado: V. S. P.

Assunto: **liminar judicial que libera a solicitação de exames complementares pelos fisioterapeutas.**

Relator: Robson Paixão de Azevedo

Processo Consulta: nº 22.656/2003.

Designados que fomos para emitir Parecer acerca da consulta formulada pelo médico **V. S. P.** sobre a liminar judicial que libera a solicitação de exames complementares pelos fisioterapeutas, passamos a fazê-lo:

I - MOTIVO DA CONSULTA

Em 29 de setembro de 2003, o Dr. V. requer ao presidente deste Conselho o seguinte Parecer:

“Venho através desta, pedir-lhes orientação de como proceder no lugar de diretor clínico desta instituição a respeito da liminar judicial onde libera a solicitação de exames comple-

mentares pelos fisioterapeutas. Qual a atitude a tomar mediante esta decisão. Com certeza de contar com vossa colaboração, aguardo o mais rápido possível um pronunciamento de Vossa Senhoria para que siga o determinado sem maiores constrangimentos.”

II- ENTENDIMENTO:

1. DA FISIOTERAPIA

A profissão de fisioterapeuta foi regulamentada no decreto-lei nº 938, de 13.10.1969, que diz: “Art. 3º - é atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do cliente”.

Os Conselhos Federal e Regionais de Fisioterapia foram criados pela lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975.

A resolução nº 08, de 20 de fevereiro de 1978, publicada no DOU nº 216, de 13.11.1978, Seção I, Parte II, p. 6.322/1932, aprova as normas para habilitação ao exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. No seu capítulo I, nas disposições preliminares, o Art. 2º diz que “constituem atos privativos, comuns ao fisioterapeuta e ao terapeuta ocupacional, nas áreas de atuação: I - O planejamento, a programação, a ordenação, a coordenação, a execução e a supervisão de métodos e técnicas fisioterápicas e/ou terapêuticos ocupacionais que visem a saúde nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária”;

A resolução nº 10, de 03 de julho de 1978, publicada no DOU nº 182, de 22/09/1978, Seção I, Parte II, p. 5.265/5.268, aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. No seu Art. 26, diz que “é proibido ao fisioterapeuta e ao terapeuta ocupacional: I - prestar ao cliente assistência que, por sua natureza, incumbe a outro profissional”.

A resolução nº 80, de 09 de maio de 1987, publicada na DOU nº 093, de 21/05/1987, Seção I, p. 7.609, baixa atos complementares à resolução Coffito-8, relativa ao exercício profissional do fisioterapeuta, em que destaca, no Art. 1º, “que é competência do FISIOTERAPEUTA, elaborar o diagnóstico fisioterapêutico, através de metodologias e técnicas fisioterapêuticas, com a finalidade de detectar e parametrizar as

alterações apresentadas; prescrever, baseado nas técnicas próprias da Fisioterapia; ordenar e induzir o processo terapêutico; e dar altas dos serviços de fisioterapia”. O Art. 3º diz que “o FISIOTERAPEUTA é profissional competente para buscar todas as informações que julgar necessárias no acompanhamento evolutivo do tratamento do paciente sob sua responsabilidade, recorrendo a outros profissionais da Equipe de Saúde, através de solicitação de laudos técnicos especializados, como resultados dos exames complementares, a eles inerentes”.

2. DA MEDICINA

O decreto-lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945, institui o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina.

A lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências. A resolução CFM nº 1.246/1988, no seu Art. 1º - “Aprova o Código de Ética Médica”.

Pela lei nº 6.316/1975, os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais estão autorizados a executar, ministrar a terapêutica instituída pelo médico.

O Conselho Federal de Medicina, em diversos pareceres e resoluções, entendeu que a competência exclusiva referia-se à proibição do exercício das atividades de fisioterapia por outros profissionais não-médicos, chamando a atenção ainda para o fato de que o decreto-lei nº 938/1969 se referir apenas à execução de tarefas, e não à sua indicação ou prescrição.

3. DA LIMINAR

Os fisioterapeutas do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UJFJ) entraram na justiça para terem garantidos seus direitos profissionais e a boa qualidade de atendimento aos pacientes, e uma liminar judicial garantiu a solicitação de exames complementares pelos fisioterapeutas, pois a Diretoria Clínica do Hospital Universitário, por intermédio da Comissão de Ética Médica, passou a impedir que os fisioterapeutas solicitassem exames radiológicos para o acompanhamento de tratamentos fisioterapêuticos. O pedido de liminar em ação cautelar baseou-se na argumentação de que a

referida decisão da Diretoria do Hospital limitou a liberdade e autonomia dos fisioterapeutas para o seu livre exercício profissional e colocou em risco a saúde dos pacientes. Em sua decisão, o excelentíssimo juiz federal Dr. M. M. de O. destaca que “CONCEDO A LIMINAR pleiteada, nos termos em que formulada, pelo que suspendo os efeitos do ato que impede a solicitação de exames complementares por fisioterapeutas, até que se decida a ação principal que será ajuizada no prazo legal.”

III - PARECER

A Medicina tem cerca de vinte e cinco séculos. Como toda ciência, evoluiu, ficou muito abrangente e deixou de ser uma prática realizada por apenas um profissional, o médico, que até bem pouco tempo dispunha somente de um estetoscópio para exercer a grande maioria dos seus procedimentos. Houve a necessidade, então, de que outros profissionais fossem anexados paralelamente ao ato médico. Inicialmente foram as enfermeiras que, ligadas à Igreja Católica, davam todo apoio à prática médica. Depois, outras profissões foram surgindo, como os psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outras, que hoje tentam confluir sua área de atuação para a execução de atos que cabem ao médico realizar, pois ele é o profissional tecnicamente apto para exercê-lo. De acordo com a interpretação dada pelo eminente jurista ministro Moreira Alves, do Supremo Tribunal Federal, “a criação de cursos mais restritos e de menor duração, para a formação de profissionais, dentro de um dos ramos da área médica, mais limitados e, por isso mesmo, dependente dos de formação integral; essa tendência não visa a especializar, porque não cria um plus, mas visa a permitir o exercício de certas práticas restritas dentro daquele terreno mais amplo, sem, porém, excluir dele quem tenha a formação profissional integral para exercer a profissão em sua plenitude”.

O diagnóstico médico não deve ser confundido com os realizados por estas outras profissões, como a Fisioterapia, que deve fazer o diagnóstico cinesiológico, não cabendo, portanto, a solicitação de exames médicos que são de exclusiva competência do médico. Nesse sentido, é esclarecedora a transcrição de parte do voto do ministro do Superior Tribunal Federal

Dr. Décio Miranda nos autos da representação nº 1.056-2, que teve por representante o procurador geral da República, assistido pela Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação e pelo Conselho Federal de Medicina, e como representados o Congresso Nacional e o Sr. presidente da República, assistidos pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, a saber:

“O Fisioterapeuta e o Terapeuta Ocupacional são profissionais de nível superior, diz a lei, e, realmente, seu aprendizado compreende os fundamentos científicos correspondentes aos ramos da Medicina, não apenas os aspectos materiais de sua aplicação. Não lhes cabe, porém, diagnosticar as causas ou a natureza das deficiências ou psíquicas dos pacientes, nem indicar os tratamentos. Sua função é apenas a de executar os métodos e técnicas prescritos pelo médico. Concluímos, pois, que as disposições do Código de Ética do CREFITO são nulas, posto que contraria a Lei”.

Os fisioterapeutas atuam na habilitação (atividade primária) e na área da reabilitação (atividade terciária), como lhes faculta a lei. São profissionais de nível superior que exercem uma grande importância no contexto do atendimento multidisciplinar dos pacientes, conseqüência da própria evolução da Medicina e da sociedade. Mas não são médicos e não devem ser confundidos como tais. Os fisioterapeutas não estão aptos para a execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos (atividade secundária), prerrogativas do ato médico. A liminar judicial, motivo desta consulta, foi originada a partir de um ato correto do diretor clínico do Hospital da Universidade Federal de Juiz de Fora, e demonstra um equívoco jurídico, pois transfere aos fisioterapeutas da unidade uma atividade essencialmente médica, o que poderá gerar enormes prejuízos aos pacientes atendidos ali.

O TRF da 4a. Região, na apelação cível nº 97.04.39507-8/RS, tendo como relator o desembargador federal Carlos Eduardo Thompson Flores Lenz, 3a. Turma, em acórdão publicado em 25.6.2003, confirmou a jurisprudência já pacificada no sentido de que o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional não estão habilitados a fazerem diagnóstico e indicar o tratamento, mas apenas a executar os métodos e técnicas indicadas pelos médicos. Ao reformar a sentença de primeiro grau, o relator esclareceu que “o diagnóstico

de incapacidades físicas e mentais e a indicação do tratamento adequado estão reservados aos médicos que, por formação, estão habilitados à constatação de moléstias e à indicação dos respectivos tratamentos. É bem acentuada a distinção entre médicos e fisioterapeutas, pois enquanto os médicos estudam o corpo humano como um todo, anatômica e fisiologicamente e, por isso, podem receitar remédios e indicar tratamentos, os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais estão preparados para executar os métodos e técnicas indicadas pelos médicos especializados, de acordo com a área afetada que necessita de recuperação física ou mental”.

IV- CONCLUSÃO

Reza a Constituição Federal, em seu Art. 153, § 23: “é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, observadas as condições de capacidade que a lei estabelecer”. Por esse dispositivo, o legislador somente pode estabelecer restrições que se situem no terreno da capacidade necessária ao exercício do trabalho, ofício ou profissão. Se estabelecer restrições outras, serão elas inconstitucionais. Portanto, a solicitação de exames complementares só pode ser feita por médico, porque é complementação do exame clínico, portanto, parte integrante do diagnóstico médico, o qual somente pode ser realizado por profissional legalmente habilitado ou capacitado (Art. 17 da lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957). Sobre a realização de exames complementares solicitados por fisioterapeutas, e que em nosso entender se estende a outros profissionais da área de saúde e a leigos (respeitada, todavia, a legislação que regula a atividade dos odontólogos), é absolutamente ilegal e passível de punição, de acordo com o Código Penal brasileiro, que diz “Art. 282 - Exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista ou farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhe os limites” e “Art. 284 - Exercer o curandeirismo: I - prescrevendo, ministrando ou aplicando, habitualmente, qualquer substância; II - usando gestos, palavras ou qualquer outro meio; III - fazendo diagnósticos”.

Em síntese e restrito a consulta:

É ilegal aos fisioterapeutas a prática de atos privativos dos profissionais médicos tais como o exame clínico, solicitação de exames complementares, firmar diagnósticos clínicos, estabelecer prescrição ou alteração de tera-

pêutica a ser instituída. Também é vedado ao médico radiologista ou ao patologista realizar exames complementares solicitados por fisioterapeutas.

É o nosso parecer, s.m.j.

Goiânia, 26 de Janeiro de 2004.

Robson Paixão de Azevedo
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 112/2005. Necessidade de consulta a ser realizada por fisioterapeutas no início do procedimento fisioterápico. Relatora: Lueiz Amorim Canedo. Aprovado em 02 de março de 2006.

Ementa: a avaliação do estado funcional (diagnóstico) do paciente, assim como a indicação do tipo de tratamento e quantas sessões de fisioterapia devem ser realizadas são atribuições médicas. Portanto, ao fisioterapeuta não cabe realizar consulta no início do procedimento.

Fonoaudiologia

Parecer Consulta nº 32/2001. Realização de exame admissional e demissional, bem como se o profissional fonoaudiólogo está apto ou não a executar “lavagem de ouvido”. Relatora: Lívia Barros Garção. Aprovado em 05 de dezembro de 2002.

Ementa: a lavagem de ouvido, sendo um procedimento possível de complicação, podendo acarretar prejuízo permanente na integridade física do indivíduo, não pode ser realizada por profissionais de enfermagem, incapazes legal e tecnicamente para tal mister. A lavagem de ouvido é ato médico, não podendo o fonoaudiólogo realizar tal ato, tendo em vista a falta de amparo legal. O médico do trabalho tem a grande responsabilidade de verificar se o candidato que está sendo examinado, no momento do exame admissional, tem condições de saúde adequadas para desempenhar as tarefas do cargo ao qual será admitido, reconhecendo também que o posto de trabalho não oferece riscos à saúde.

Parecer Consulta nº 40/2003. Portaria normativa nº 177/2002 – Ipasgo. Relator:

Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 11 de setembro de 2003.

EMENTA: deve a Diretoria Técnica do Ipasgo ser interpelada para, na maior brevidade possível, revogar o artigo 2º da mencionada portaria daquele instituto, bem como a tabela referida no anexo desta portaria, que deverá ser substituída por semelhante, de autoria da Fonoaudiologia, pois, além de ferir direito constitucional que dá exclusividade ao médico de praticar tais atos, também fere o princípio dos direitos autorais da classe médica que a elaborou.

Parecer consulta nº 40/2003
Aprovado em 11/09/2003

Interessado: J. B. F.

Assunto: **Portaria Normativa nº 177/2002 – Ipasgo**

Relator: Reginaldo Bento Rodrigues
Processo Consulta nº 20.345/2003

DA SOLICITAÇÃO

A Sociedade Goiana de Otorrinolaringologia (SGORL), atenta aos interesses de seus associados, bem como voltada aos aspectos éticos que norteiam a nossa profissão, vem, diante de V.S^a., com o devido respeito e consideração, solicitar um Parecer Consulta e providências em relação à portaria normativa nº 177/2002 – Ipasgo, conforme narrativas dos fatos que abaixo se segue:

DA PORTARIA

“PORTARIA NORMATIVA Nº 176/2003

O PRESIDENTE DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE GOIÁS – IPASGO, no uso de suas atribuições legais.

RESOLVE:

Art. 1º – Regulamentar o atendimento fonoaudiológico prestado aos segurados do IPASGO.

Art. 2º – Caberá ao fonoaudiólogo realizar a avaliação fonoaudiológica, prescrever o tratamento e executá-lo. Para tanto, deverá preencher o formulário padrão do IPASGO codifican-

do o procedimento a ser utilizado. Os códigos solicitados deverão ser condizentes com a solicitação e patologia descritas na justificativa.

Art. 3º – Será autorizado automaticamente um código por usuário, com um número máxima de duas (02) sessões semanais, perfazendo um total máximo de dezesseis (16) sessões em dois (02) meses.

Art. 4º – Em casos de variações dos parâmetros descritos no artigo 3º, a solicitação juntamente com a justificativa, deverá ser encaminhada ao serviço de auditoria. Ressaltando que, entre nove (09) e quinze (15) sessões no mesmo mês somente com autorização da auditoria na solicitação e acima de dezesseis (16) sessões no mesmo mês somente com perícia no paciente.

Art. 5º – Todos os exames realizados deverão ter cópia de seus laudos anexados às faturas.

Art. 6º – Os exames cujos códigos estão compreendidos entre 60.06.001-8 até 60.06.008-5 somente serão autorizados após auditoria.

Art. 7º – O exame de Emissões Otoacústicas em neonato deverá ser realizado após a alta. Em caso de necessidade de realizar o predito exame antes da alta do paciente, deverá ser encaminhado à auditoria.

Art. 8º – O atendimento domiciliar e hospitalar serão feitos utilizando-se os mesmos códigos de atendimento em ambulatório, constantes na tabela anexa.

Art. 9º – O atendimento domiciliar será autorizado após avaliação do Serviço Social e parecer do auditor do IPASGO, devendo ser realizado por serviços credenciados especificamente para este fim.

Art. 10 – O fonoaudiólogo deve criar relatório de atendimento fonoaudiológico onde constará, para atendimento em regime de internação, ambulatorial ou domiciliar:

I – Identificação completa do usuário do IPASGO;

II – Endereço completo do usuário do IPASGO;

III – Matrícula do usuário do IPASGO;

IV – Nome do profissional que fez o encaminhamento e número do registro no Conselho;

V – Diagnóstico nosológico com CID, quando encaminhado por médico;

VI – Diagnóstico fonoaudiológico, justificando o atendimento;

VII – Quadro com data de realização do atendimento, o código do procedimento, assinatura do paciente ou responsável por dia de atendimento, assinatura e carimbo do fonoaudiólogo e observações de orientação ao usuário e profissional. O presente deverá estar sempre à disposição da auditoria do IPASGO quando ocorrer auditoria operativa.

Art. 11 – Em regime de internação, o atendimento fonoaudiológico será realizado de acordo com a prescrição médica diária levando em conta o estado clínico e a necessidade do paciente. Deverá constar em prontuário médico a indicação do atendimento fonoaudiológico com a devida justificativa. O procedimento fonoaudiológico realizado será apresentado em conta nosocomial, tendo que ser anexado relatório padrão de atendimento fonoaudiológico. Os códigos solicitados deverão ser condizentes com a solicitação e patologia apresentadas em prontuário médico. O fonoaudiólogo deverá fazer constar diariamente no prontuário do paciente, descrição sucinta dos procedimentos realizados, assim como a evolução do paciente seguida de assinatura e carimbo do profissional.

Art. 12 – O IPASGO passa a adotar para pagamento de honorários em Fonoaudiologia a tabela anexa a esta portaria.

Art. 13 – Esta Portaria entra em vigor a partir de 1º de junho deste ano, revogando as disposições em contrário.

DÊ-SE CIÊNCIA E CUMpra-SE.

GABINETE DO PRESIDENTE DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE GOIÁS – IPASGO, aos 14 de maio de 2002.

A. B. M. B.

Presidente do IPASGO”.

DA MOTIVAÇÃO DO PLEITO

Em sua fundamentação para a consulta, o presidente da Sociedade Goiana de Otorrinolaringologia faz os seguintes comentários:

“Considerando que os procedimentos constando o código 51.01... dizem respeito a procedimentos e exames complementares em otorrinolaringologia (constante da lista de

procedimentos da Associação Médica Brasileira (AMB) e não de fonoaudiologia;

Considerando que o responsável pelo diagnóstico nosológico é o médico;

Considerando que a responsabilidade técnica de qualquer serviço que realiza atos médicos, mesmo que compartilhados, é privativo do médico;

Considerando que, como responsável pelo diagnóstico, responde o médico civil, criminal e eticamente por qualquer atitude que vier a configurar uma imperícia, negligência ou imprudência, conforme o Código de Ética Médica;

Considerando que a presença de vários outros procedimentos constantes do anexo da Portaria Normativa nº 177/2002, além dos códigos 51.01..., INCLUSIVE exames de imagens com contraste (sulfato de bário), sem explicitar a obrigatoriedade da responsabilidade técnica de um profissional médico, expõe os segurados do IPASGO a sérios riscos de vida;

Considerando que a realização de atos médicos compartilhados, constantes da lista de procedimentos médicos, sem a responsabilidade do profissional médico, além de ferir o Código de Ética Médica, fere também o Código de Defesa do Consumidor, por constituir indícios de propaganda enganosa e que pode ser configurado exercício ilegal da Medicina;

Considerando inicialmente que o histórico acima apresentado é absolutamente pertinente, pois, em situação análoga, a PORTARIA NORMATIVA nº 177/2002, apresenta para a Sociedade Goiana de Otorrinolaringologia e, evidentemente, para os otorrinolaringologistas goianos, situações semelhantes às levantadas em relação à PORTARIA NORMATIVA nº 176/2002, porém com determinados agravantes, conforme passaremos a assinalar:

1 – Em 14 de maio de 2002, ambas as portarias são assinadas pelo então presidente do Ipasgo, A.B.M.B, estando as mesmas relacionadas com áreas fronteiras ou interfaces da Medicina. A PORTARIA NORMATIVA nº 177/2002, relacionada com a especialidade médica de Otorrinolaringologia e a profissão de fonoaudiologia, e se refere à regulamentação do atendimento fonoaudiólogo prestado aos segurados do IPASGO.

2 – A Portaria Normativa nº 177/2002 traz no

seu Art. 2º - 'Caberá ao fonoaudiólogo realizar a avaliação fonoaudiológica, prescrever o tratamento e executá-lo. Para tanto, deverá preencher o formulário padrão do IPASGO codificando o procedimento a ser utilizado. Os códigos solicitados deverão ser condizentes com a solicitação e patologia descritas na justificativa'.

EXCLUI-SE DE MANEIRA NÃO JUSTIFICADA o Parágrafo único, onde na Portaria Normativa nº 176/2002, explicitava - 'Somente o médico poderá solicitar o atendimento fisioterapêutico com o diagnóstico nosológico e CID/10 justificando a solicitação'.

3 – Informalmente, durante as discussões mediadas pelo CREMEGO em RELAÇÃO À Portaria Normativa nº 176/2002 da fisioterapia, FOI LEVANTADO TAMBÉM O CONTIDO NA PORTARIA NORMATIVA Nº 177/2002 da fonoaudiologia, ocasião em que se acordou verbalmente, entre o representante do IPASGO e o representante do CREMEGO, um estudo de revogação da mesma, por apresentar também indícios de infrações éticas, geradoras de conflitos com as Resoluções CFM nº 1.627/2001 (23/10/01), que definiu o Ato Médico, e nº 1.634/2002 (11/04/02), onde reconhece as Especialidades Médicas e Áreas de atuação, assim como várias outras situações conflitantes.

Outras tentativas de abordar o assunto diretamente entre os representantes do CREMEGO, da Sociedade Goiana de Otorrinolaringologia com representantes do IPASGO foram informalmente realizadas, tomando esta de caráter oficial.

4 – Sabemos que existe, no momento, um conflito de interpretação por parte de outras profissões não médicas, em relação aos limites e atribuições destas profissões, sendo uma delas a Fonoaudiologia, em suas interfaces com a Otorrinolaringologia. E para tal a Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia, através de seu Departamento de Defesa Profissional e da Comissão de Ética Médica, vem desenvolvendo um trabalho muito intenso em todo o Brasil, no sentido da valorização e defesa intransigente do Ato Médico, e esta Portaria fere frontalmente os princípios éticos e legais defendidos por estas entidades.

5 – Como fator extremamente agravante em relação à Portaria Normativa nº 177/2002, que sem qualquer justificativa técnica plausível inseria no anexo desta portaria códigos de procedi-

mentos da tabela da Associação Médica Brasileira, portanto, privativos da classe médica, configurando assim uma distorção absolutamente inaceitável, e pondo em risco os próprios seguros do IPASGO.

6 – A Sociedade Goiana de Otorrinolaringologia vem através desta solicitar, a exemplo do que aconteceu com a Portaria Normativa Nº 176/2002, seja também revogada a Portaria Normativa Nº 177/2002, adequando as normas técnicas e eticamente corretas”.

DO MÉRITO

Pela Portaria referida, quando o artigo 2º faz o enunciado “Caberá ao fonoaudiólogo realizar a avaliação fonoaudiológica, prescrever o tratamento e executá-lo...”.

Fica claro o seguinte:

1. Avaliação fonoaudiológica: implica fazer diagnóstico seja clínico ou laboratorial, que deverá ser fundamentado em conhecimentos médicos. Apenas o profissional da Medicina tem embasamento técnico, pelo estudo amplo da economia corporal humana, da fisiologia e fisiopatologia. Conhecimento este não oferecido nas escolas de formação de Fonoaudiologia.

2. Prescrever tratamento: implica ter um diagnóstico e aplicar a ele todas as espécies de condutas inerentes que possam interferir em resultado baseado na fisiologia e fisiopatologia que o produziu e, por último, nas conseqüências advindas com a interferência imposta. Conseqüências as quais devem ser analisadas também do ponto de vista holístico, orgânico, fisiológico e fisiopatológico – exclusivo do conhecimento médico, também não oferecido nas escolas de formação da Fonoaudiologia.

3. Executar o tratamento: este, sim, o tópico adequado ao fonoaudiólogo, porém com procedimentos inerentes à sua formação e capacitação e não com procedimentos exclusivos da classe médica, visto que a tabela anexada à mencionada portaria é cópia da Lista de Procedimentos Médicos de 1996.

CONCLUSÕES

Pelo exposto, fica clara a pertinência das alegações e da consulta do querelante, e, median- te a aprovação deste Parecer, recomendo a este

Conselho a interpelação da Diretoria Técnica do Ipasgo no sentido de que, na maior brevidade possível, seja revogado o artigo 2º da mencionada portaria nº 177/2003 daquele instituto, bem como a tabela referida no anexo da mesma portaria, seja substituída por semelhante, de autoria da Fonoaudiologia, pois, além de ferir direito constitucional que dá exclusividade ao médico de praticar tais atos, ela também fere o princípio dos direitos autorais da classe médica que a elaborou.

Este é o meu parecer.

Reginaldo Bento Rodrigues
Conselheiro Relator

Formolização

Parecer Consulta nº 30/2003. Qual profissional está habilitado a exercer a atividade de preparo de corpo, bem como qual profissional está habilitado a exercer a atividade de responsabilidade técnica de conservação de cadáveres. Relator: Eduardo Alves Teixeira. Aprovado em 14 de agosto de 2003.

Ementa: a formolização e/ou embalsamento é ato exclusivo do médico. Pode, no entanto, ser praticado por técnico de necropsia, sob a responsabilidade de um médico, que deverá supervisionar a sua realização. O responsável técnico, ou diretor técnico, das clínicas de conservação e reconstituição de cadáveres deverá ser médico inscrito regularmente no Conselho Regional de Medicina. As atribuições do diretor técnico são as mesmas, as contidas na resolução CFM nº 1.342/1991.

Formulários

Parecer Consulta nº 50/2003. Proposta da AHEG de padronizar os formulários de pedidos de exames usados pelas operadoras de saúde. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 15 de janeiro de 2004.

Ementa: desde que as informações estejam convenientemente escritas, tornam-se inadequadas outras exigências, tais como formulá-

rios padronizados ou próprios de cada plano ou convênio, pois, se cada plano de saúde, caixa de assistência, seguro de saúde ou mesmo cooperativa exige, cada um, formulário próprio, fica o médico perdido no meio de, nada menos, 40 formulários diferentes. Os pedidos de exames complementares devem ter obrigatoriamente a identificação adequada, como nome, idade, sexo, procedimento solicitado, justificativa do procedimento (indicação) ou hipótese diagnóstica de acordo com o consentimento do paciente, se assim for relevante para a elucidação do que foi solicitado.



A peste - Anônimo do século XV

Gastroenterologia

Parecer Consulta nº 73/2002. Aptidão para a realização de procedimentos cirúrgicos sobre o aparelho digestivo. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 29 de abril de 2003.

Ementa: a lei nº 3.268/1957, o decreto-lei nº 44.045/1958 e a resolução CFM nº 1.627/2001 falam claramente a respeito do solicitado, em nada sendo necessário acrescentar.

Gastroplastia

Parecer Consulta nº 16/2002. Informações sobre o procedimento cirúrgico gastroplastia. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 11 de julho de 2002.

Ementa: o procedimento está regulamentado no âmbito do Ministério da Saúde do Brasil desde 30 de março de 1999 – e vários centros nacionais se encontram gabaritados oficialmente para a sua realização, desde que cumpridos os protocolos exigidos conforme normatiza a Portaria GM nº 628, de 26 de abril de 2001.

Ginecologia

Parecer Consulta nº 38/2001. Possibilidade ou não de exame toque retal em mulher virgem e sob qual finalidade referido exame é realizado. Relator: Afif Afrânio Rassi. Aprovado em 17 de outubro de 2001.

Ementa: o toque retal, independentemente de mulher virgem ou não, é praticado com a finalidade de colher dados para o diagnóstico de patologia anal e/ou retal. Antes do advento dos modernos meios diagnósticos, como a laparoscopia e a ultrassonografia, o exame era praticado, porém, atualmente, não se justifica.

Parecer Consulta nº 25/2002. Atendimento médico com presença de auxiliares/enfermeiras. Relator: Elias Hanna. Aprovado em 11 de março de 2004.

Ementa: médicos, ao atenderem pacientes que requeiram exames ginecológicos, devem ser

recomendados a praticarem tais atos médicos na presença de auxiliares ou acompanhantes do paciente.

Greve de médicos

Parecer Consulta nº 62/2001. Plantões de cirurgias médicas. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 18 de abril de 2002.

Ementa: exponho aos dirigentes e aos profissionais médicos envolvidos na presente situação as responsabilidades destacadas nos artigos 3º, 4º, 10, 15, 17, 24, 35, 78, 85, 86, 92 e 142 do Código de Ética Médica.



Peste em uma antiga cidade
Quadro do pintor belga Michael Sweertz, 1610

Hebiatria

Parecer Consulta nº 65/2001. Especialização em Pediatria, considerando ser esta de cunho geral, abrangendo a assistência à adolescência (faixa etária que ultrapassa os 18 anos de idade). Relator: Guilherme Lopes Barbosa. Aprovado em 18 de abril de 2002.

Ementa: concluiu que a Medicina do Adolescente é área exclusiva de atuação da Pediatria.

Hepatite c

Parecer Consulta nº 20/2003. Se, em algum momento, a medicina especializada indicou a Hepatite C como enfermidade passível de ser considerada no mesmo patamar lesivo da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Relatora: Ana Maria de Oliveira. Aprovado em 24 de novembro de 2005.

Ementa: o potencial lesivo da Hepatite C é semelhante ao da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida pelo HIV. Entretanto, o Manual de Perícia Médica do Ministério da Saúde enquadra na Lei de Isenção de Imposto de Renda a categoria "Hepatopatia Grave" e não a "Hepatite C".

Parecer Consulta nº 020/2003 Aprovado em 24/11/05

Interessado: Perícia Médica do INSS, Dr. E. B. D. A. S.

Assunto: sobre se em algum momento a medicina especializada indicou a Hepatite C, como enfermidade passível de ser considerada no mesmo patamar lesivo da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

Relatora: Ana Maria de Oliveira
Processo Consulta: nº 5.251/2000.

"PARTE EXPOSITIVA:

O solicitante envia em 10/03/03 ao CFM, que, por sua vez, encaminha ao Cremego, uma correspondência indagando sobre "Se em algum momento a medicina especializada indi-

cou a Hepatite C como enfermidade passível de ser considerada no mesmo patamar lesivo da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida". No protocolo inicial, argumenta que: "Inúmeros pedidos de avaliação médica são solicitados ao serviço médico pericial do INSS, visando requerimentos futuros de isenção ao imposto de renda". Os argumentos dos requerentes, algumas vezes respaldados por profissionais médicos, fundamentam-se na legislação em vigor (lei nº 7.713, de 1988, Art. 6, inciso XIV, lei nº 8.541, de 1997, Art. 47, lei nº 9.250, Art. 30, parágrafo 2º) de que algumas enfermidades podem ser consideradas, em seu caráter lesivo, no mesmo plano de comprometimento das enfermidades catalogadas na lei nº 7.713, de 1988, art. 6º, inciso XIV. Como exemplo, citamos o comprometimento orgânico pelo vírus da Hepatite C, gerando hepatopatia crônica, com seu leque de inúmeros sinais e sintomas a exigir tratamento medicamentoso, em alguns casos na mesma dimensão do tratamento anti-aids.

É do pensamento corrente, embora não tenha encontrado esse detalhe na legislação, que, além das enfermidades catalogadas na lei nº 7.713/1988, outras enfermidades "que a medicina especializada indicar" podem ser agraciadas, por extensão, com o dispositivo legal que isenta ou não sujeita os seus portadores ao imposto de renda. Destarte, interrogamos se em algum momento a "medicina especializada" indicou a Hepatite C, complicada por alterações que comprometem a vida do paciente, como enfermidade passível de ser considerada no mesmo patamar lesivo da, por exemplo, síndrome de imunodeficiência adquirida, e, como tal, não sujeito os seus portadores ao imposto de renda".

Considerando a legislação vigente, destacamos:

1) Lei nº 7.713, de 22/11/1988, que altera a legislação do imposto de renda e dá outras providências, consta:

"Art. 6º Ficam isentos do imposto de renda os seguintes rendimentos percebidos por pessoas físicas:

[...]

XIV - os proventos de aposentadoria ou reforma motivada por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental,

neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estado avançados da doença de Paget (osteíte deformante), síndrome de imunodeficiência adquirida, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma”.

2) Lei nº 8.541, de 23/12/1992, que altera a legislação do imposto de renda no inciso XIV dando-lhe nova redação e acrescenta o XXI:

“Art. 6º Ficam isentos do imposto de renda os seguintes rendimentos percebidos por pessoas físicas”:

XIV - os proventos de aposentadoria ou reforma, desde que motivadas por acidente sem serviços, e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome de imunodeficiência adquirida, com base em conclusão da Medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma;

XXI - os valores recebidos a título de pensão quando o beneficiário desse rendimento for portador das doenças relacionadas no inciso XIV deste artigo, exceto as decorrentes de moléstia profissional, com base em conclusão da Medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída após a concessão da pensão”.

3) Lei nº 9.250, de 26/12/1995, que altera a legislação do imposto de renda de pessoas físicas e dá outras providências:

“Art. 30 - A partir de 1º de janeiro de 1996, para efeito do reconhecimento de novas isenções de que tratam os incisos XIV e XXI do art. 6º da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pelo art. 47 da Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, a moléstia deverá ser comprovada mediante laudo pericial emitido por serviço médico oficial, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

1º O serviço médico oficial fixará o prazo de validade do laudo pericial, no caso de moléstias passíveis de controle.

2º Na relação das moléstias a que se refere o inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pelo art. 47 da Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, fica incluída a fibrose cística (mucoviscidose)”.

PARTE CONCLUSIVA:

A legislação em vigor, conforme exposta, regulamenta a concessão de isenção de imposto de renda (IR) a pessoas físicas portadoras de determinadas patologias e inclusive discrimina quais.

A escolha das patologias para isenção do IR fica condicionada ao fato de ser a pessoa portadora da patologia elencada na lei, não estando claros quais foram os critérios de inclusão.

Para traduzir a justiça e a equidade, fez-se necessário analisar o espírito da lei a alterar a legislação de IR. Se o interesse foi contribuir para o aporte financeiro dos doentes, por que então não considerar, em vez de um rol de patologias, os portadores dos agravos considerando e valorizando a gravidade, o grau de comprometimento, a lesividade, a restrição da mobilidade, o grau de incapacidade etc? Por outro lado, a tecnologia, os avanços científicos, impõem mudanças rápidas e radicais no diagnóstico e prognóstico dos pacientes e dessa forma, com a imobilidade da lei face os avanços da ciência, temos muita chance de constar no rol patologias e portadores cuja necessidade para receber o benefício da isenção do IR é questionável. Outrossim, o *lobby* de portadores de certas patologias com maior inserção na “casa das leis” pode interferir privilegiando alguns em detrimento de muitos. Finalmente, os recursos advindos do IR são necessários para compor as verbas para atenção à saúde e atender a todos os agravos, inclusive aqueles mencionados na lei de isenção de IR.

Feitas essas considerações, por outro lado, entendemos que o requerente, na qualidade de perito do INSS, carece de argumentos que irão auxiliá-lo no convencimento quando da análise de situações específicas. Então, retornando à indagação inicial feita e considerando os conhecimentos científicos publi-

cados na literatura, ambas são viroses sistêmicas de potencial evolutivo crônico, sem cura entre o arsenal terapêutico vigente, prevalente em jovens adultos em idade produtiva. As perspectivas terapêuticas para a Hepatite C são piores, em tese, que para a Aids. Ambas possuem uma rede de atendimento no SUS onde se garantem os exames e os medicamentos e todo o acompanhamento multiprofissional ambulatorial e hospitalar¹ (1 e 2).

Sem analisar situações específicas e pessoais, poderíamos responder ao consulente que o potencial lesivo da Hepatite C é semelhante ao da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida pelo HIV.

Este é meu parecer, SMJ". (fls. 10/12).

Este parecer foi apresentado em Plenária aos 20/11/2003, sendo decidido baixar em diligência junto à Sociedade Brasileira de Hepatologia e Infectologia. Várias correspondências foram enviadas a ambas as sociedades, sem êxito. Finalmente, aos 27/06/2005, a Dra. E. S., presidente da Sociedade Brasileira de Hepatologia (SBH), encaminha Norma Técnica de Controle no Manual de Perícia Médica, do Ministério da Saúde do Brasil, enquadrando na Lei de Isenção do Imposto de Renda a categoria "hepatopatia grave" e não a "hepatite C" (cópia anexa). A este respeito, refere a Dra. E., a SBH estipulou os critérios para definir "hepatopatia grave", os quais foram aceitos pelo Ministério da Saúde do Brasil e estão impressos no *Manual de Perícia Médica* (anexo p. 104-108). O referido manual contém a resposta à indagação do solicitante, do qual extraímos:

"[...] ABORDAGEM INICIAL

ISENÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA

Na maioria dos casos, o diagnóstico de doença hepática requer uma anamnese detalhada associada à inspeção física, além de suporte laboratorial e exames de imagem. A biopsia hepática, tida como padrão na avaliação das doenças hepáticas, atualmente é menos necessá-

ria para o diagnóstico do que para a classificação e o estadiamento da doença.

[...] Classificação e estadiamento das doenças hepáticas

A classificação se refere à avaliação da gravidade ou à atividade da doença hepática, se aguda ou crônica, ativa ou inativa, e leve, moderada ou grave. Os níveis sérios de aminotransferases são usados como meio conveniente e não-invasivo de acompanhar a atividade da doença, mas nem sempre são confiáveis para exprimir a real dimensão da enfermidade.

A biopsia hepática é também o meio mais preciso para avaliar o estágio da doença como precoce ou avançada, pré-cirrótica e cirrótica. O estadiamento da doença está ligado amplamente a moléstias hepáticas crônicas, nas quais pode ocorrer progressão para cirrose e doença hepática terminal, mas cujo desenvolvimento pode demorar anos ou décadas. As manifestações clínicas, os testes bioquímicos e os estudos de imagem hepática são úteis na avaliação do estágio, mas em geral se tornam anormais somente nas etapas intermediárias a tardias da cirrose. As fases iniciais da cirrose são geralmente detectáveis somente pela biopsia hepática, contudo alterações em métodos de imagem associados à hipertensão portal podem fortemente sugerir este diagnóstico. Na avaliação do estágio, o grau de fibrose é geralmente usado como medida quantitativa. No caso da hepatite viral, a quantidade de fibrose portal é geralmente classificada de 0 a 4+ (índice de atividade histológica) ou escala de 0 a 6+ (escala de Ishak). As doenças metabólicas e tóxicas (drogas e álcool) tendem a ter agressão controlobular com fibrose neste, na zona III do ácino hepático e fibrose perisinusoidal.

[...] A cirrose também pode ser classificada clinicamente. Um sistema de estadiamento é a classificação de Child-Pugh modificada, com um sistema de escore de 5 a 15:

- escores de 5 a 6 são a classe A de Child-Pugh ("cirrose compensada");
- escores de 7 a 9 indicam a classe B;
- escores de 10 a 15 a classe C.

1 MS: Ministério da Saúde do Brasil - Programa Nacional de Hepatite Virais . Manuais e normas técnicas. Brasília: 2003. 20p. (Série A).

[...] "A Sociedade Brasileira de Hepatologia considera que, pelo princípio democrático, todo direito deve ser universal e igualmente distribuído". Direito não universal torna-se privilégio. Por outro lado, tratar de maneira idêntica indivíduos incapacitados passa a ser injustiça e conceder-lhes um benefício pode ser a maneira de restaurar-lhes o direito.

Para definir de maneira exata e objetiva a dimensão dessa incapacidade em doenças do fígado, o benefício da lei deve ser concedido apenas aos hepatopatas crônicos que apresentam redução da capacidade produtiva e da qualidade de vida, com perspectiva inexorável dessa redução.

Assim, a única forma segura, passível de auditoria e, portanto, imune a fraudes é a aplicação de qualquer uma dentre as duas classificações de gravidade de doenças hepáticas amplamente conhecidas e utilizadas na medicina hepatológica, citadas a seguir:

1) Modelo Matemático MELD, o qual utiliza três parâmetros laboratoriais, que se obtém facilmente na rotina de qualquer hepatopatia crônica. A equação para calcular o escore MELD = $[9,57 \times \log_e \text{ creatinina mg/dL} + 3,78 \times \log_e \text{ bilirrubina (total) mg/dL} + 11,20 \times \log_e \text{ INR} + 6,42]$, arredondando-se o resultado para o próximo número inteiro. O valor máximo da creatinina vai até 4 (ref. 1). A fórmula do MELD pode ser calculada, rapidamente, na internet, no site <<http://www.mayoclinic.org/gi-rst/models.html>>.

Para conceituação de hepatopatia grave, aceita-se atualmente o valor do MELD igual ou maior que 15 (ref 2).

2) Classificação Prognóstica do Child-Pugh, que utiliza três variáveis laboratoriais, igualmente rotineiras em qualquer hepatopatia crônica e duas variáveis de avaliação subjetiva, a saber: ascite e encefalopatia hepática. Dessa forma, considera-se como inquestionavelmente graves os pacientes da classe C (maior ou igual a 10 pontos), conforme tabela a seguir.

"Observação importante: casos raros, eventualmente não contemplados pelas classificações referidas, poderão ser reavaliados por comissão formada por três especialistas em Hepatologia" (texto do parecer da Sociedade Brasileira de Hepatologia).

Considera-se como portador de hepatopatia grave aquele que apresentar doença hepática que se enquadre na classe C do escore Child-Pugh ou MELD igual ou maior que 15 e os candidatos a transplante, já em lista, independentemente das classificações acima mencionadas. Quanto aos examinados inseridos na classe B, deverão ser avaliados por especialistas na área, para seu enquadramento.

Os portadores de hepatopatia grave serão isentos do desconto de imposto de renda na fonte, em conformidade com o inciso XIV do Art. 6º da lei nº 7.713, de 23 de dezembro de 1988, Art. 47 da lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, Art. 30 da lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, e Art. 1º da lei nº 11.052, de 29 de dezembro de 2004" (fls. 24/27).

Este é o meu parecer, S.M.J.

Goiânia, 11 de julho de 2005.

Dra. Ana Maria de Oliveira
Conselheira Relatora

Hipotermia

Parecer Consulta nº 87/2004. Forma correta e legal de iniciar a utilização de novo método complementar de controle de hipotermia. Relator: José Vieira Filho. Aprovado em 23 de outubro de 2004.

Ementa: conforme estabelece o Art. 133 do Código de Ética Médica, é vedado ao médico divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor não esteja expressamente reconhecido por órgão competente, que, neste caso, é a Anvisa e não o CRM(GO).

Parecer Consulta nº 087/2004
Aprovado em 23/10/2004

Interessado: J.B.C. B

Assunto: **forma correta e legal de iniciar a utilização de novo método complementar de controle de hipotermia.**

Relator: José Vieira Filho

Processo Consulta: nº 28.620/2004.

O presente Parecer Consulta originou-se de consulta a esse Regional por J.B.C.B. sobre a forma correta e legal de iniciar a utilização de nosso método complementar de controle da hipotermia.

“Considerando que a HIPOTERMIA é uma ocorrência comum nas salas de cirurgia aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, especialmente os de longa duração, e nas faixas etárias pediátrica e geriátrica, bem como nas salas de recuperação, terapia intensiva e berçários.

Considerando os conhecidos efeitos deletérios da HIPOTERMIA sobre a homeostase corporal, sobretudo no que se refere às alterações bioquímicas, eletrolíticas, cardiovasculares, respiratórias, neurológicas e interações com respostas farmacocinéticas e farmacodinâmicas às drogas, principalmente anestésicas.

Considerando que as reações orgânicas necessárias para combater a HIPOTERMIA INSTALADA aumentam consideravelmente o consumo de oxigênio corporal, sobrecarregando em demasia os sistemas cardiovascular e respiratório, visando a elevar a temperatura corporal e restabelecer a normotermia, tão necessária ao bom funcionamento dos diferentes sistemas orgânicos.

Considerando, ainda, que é dever do médico, em particular do anestesologista, utilizar todos os métodos necessários para manter a normotermia e, com isso, um equilíbrio da fisiologia orgânica de seus pacientes, diminuindo com isso a morbidade e mortalidade dos mesmos bem como o custo operacional do tratamento, através da prevenção de muitas complicações oriundas da HIPOTERMIA.

Considerando a existência, atualmente, de várias opções terapêuticas coadjuvantes para o controle de temperatura no grupo de pacientes supramencionados, incluindo colchões, cobertores e mantas térmicas, os quais oferecem calor à superfície corporal, e de equipamentos capazes de aquecer soluções parenterais, SEM CONTROLE RÍGIDO DE TEMPERATURA, os quais, utilizando-se de artifícios como banho-maria ou forno de microondas, não isentos de riscos, tais como queimaduras, hemólise, desnaturação das soluções infundidas ou mesmo aquecimento insatisfatório, não atingindo o objetivo proposto.

Vimos, pelo presente, solicitar de V.S^a. PA-RECER CONSULTA sobre a forma correta e legal de iniciar a utilização, na rede hospitalar pública e privada, em âmbito regional e, posteriormente, nacional, de **novo método complementar de controle da HIPOTERMIA**, tanto em ambiente de CENTRO CIRÚRGICO, como em RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA, TERAPIA INTENSIVA, BERÇÁRIOS, por nós desenvolvidos e patenteados, conforme descrição técnica abaixo:

REIVINDICAÇÃO

1) “EQUIPAMENTO COM SISTEMA DE AQUECIMENTO E MONITORAMENTO DE TEMPERATURA DE FLUIDO EM RECIPIENTE PARA EMBALAGEM INDIVIDUAL E COLETIVA DE SOLUÇÕES PARA APLICAÇÃO PARENTERAL”

Caracterizado por tratar-se de uma caixa de recipiente com isolamento térmica (01) com aquecimento interno através de resistência blindada (05) com monitoramento interno da temperatura através de sensor (12) e controle geral de alimentação e conversão elétrica através da Central de comando (04), que recebe carga elétrica através de uma fonte de alimentação (09) e da chave liga/desliga (06), convertendo-a em uma faixa de 40 a 60 Volts para alimentar a resistência blindada (05) e aquecer embalagens de soluções no suporte (03).

2) – “EQUIPAMENTO COM SISTEMA DE AQUECIMENTO E MONITORAMENTO DE TEMPERATURA DE FLUIDO EM RECIPIENTE PARA EMBALAGEM INDIVIDUAL E COLETIVA DE SOLUÇÕES PARA APLICAÇÃO PARENTERAL”

Caracterizado por tratar-se de uma bolsa aquecedora (15) dotada de zíper para fechamento (16) e resistência blindada (23) para aquecimento interno, bem como da bolsa prolongamento (18), também dotada de resistência blindada (22) para aquecimento interno, zíper (24) para abertura e fechamento, visores (19/21 e 25) para monitoramento do conjunto de equipo, bem como da central de comando (30) que recebe corrente através da chave liga/desliga (33) e efetua a conversão para uma faixa de 40 a 60 Volts para alimentar as resistências (22 e 23) e também monitorar a temperatura através do sensor de temperatura (20).

RESUMO

“EQUIPAMENTO COM SISTEMA DE AQUECIMENTO E MONITORAMENTO DE TEMPERATURA DE FLUIDO EM RECIPIENTE PARA EMBALAGEM INDIVIDUAL E COLETIVA DE SOLUÇÕES PARA APLICAÇÃO PARENTERAL”.

A presente invenção refere-se a um equipamento que pode ser utilizado em conjunto ou separadamente para efetuar o aquecimento e o monitoramento da temperatura das soluções parenterais utilizadas em exames, tratamentos clínicos, cirúrgicos etc; consistindo de uma bolsa aquecedora (15) com uma bolsa prolongamento (18) que recebem a embalagem individual da solução parenteral e o conjunto de equipo, efetuando o aquecimento através de resistências blindadas (22 e 23) controladas por uma central de comando (30), bem como de uma caixa térmica (01) controlada por uma central de comando (04) com aquecimento interno através de resistência (05) e sensor de temperatura (12) que permite o monitoramento da temperatura interna, servindo assim para aquecer e manter a temperatura das soluções parenterais utilizadas na medicina humana e veterinária”.

CONCLUSÃO:

Realizamos levantamento no CFM e em outros órgãos sobre técnica de controle da hipotermia, não encontrando nenhum trabalho científico nesse sentido.

Considerando que se trata de uma aparelhagem nova e, conseqüentemente, de técnica também nova, sugerimos ao prezado colega que envie a documentação com o esquema ao órgão competente, que é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

“À área de Tecnovigilância compete:

1- Monitorar, agregar e analisar as notificações de queixas técnicas e ocorrência de eventos adversos com suspeita de envolvimento de equipamentos, produtos de diagnósticos de uso in-vitro e materiais de uso em saúde em estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária;

2- Fomentar estudos epidemiológicos que envolvam equipamentos, produtos de diagnósticos de uso in-vitro e materiais de uso em saúde;

3- Identificar e acompanhar a presença no

mercado de equipamentos, produtos de diagnósticos de uso in-vitro e materiais de uso em saúde tecnologicamente obsoletos que comprometam a segurança e a eficácia;

4- Municar de informações, em Tecnovigilância, o processo de registro de equipamentos, produtos de diagnósticos de uso in-vitro e materiais de uso em saúde em aspectos de segurança e eficácia;

5- Dar suporte e manter a qualidade do sistema de informações da Gerência-Geral de tecnologia de produtos para a Saúde;

6- Dar suporte, organizar e capacitar as ações de Tecnovigilância em estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária;

7- Participar da formação e atualização de recursos humanos em Tecnovigilância;

8- Relacionar-se com os organismos internacionais no que tange à vigilância sanitária pós-comercialização de equipamentos, produtos diagnósticos de uso in-vitro e materiais de uso em saúde;

9- Monitorar atividades internacionais de Tecnovigilância;

10- Relacionar-se com rede de laboratórios para fins de Tecnovigilância;

11- Organizar e capacitar ações de Tecnovigilância no mercado nacional de equipamentos, produtos diagnósticos de uso in-vitro e materiais de uso em saúde;

12- Avaliar a segurança de equipamentos, produtos de diagnósticos de uso in-vitro e materiais de uso em saúde de forma pró-ativa;

13- Monitorar a propaganda e o comércio de equipamentos, produtos de diagnósticos de uso in-vitro e materiais de uso em saúde em desacordo com a legislação sanitária vigente”.

Não compete ao CRM(GO) aprovar ou não qualquer aparelho para ser usado em Medicina sem respaldo de trabalho científico.

Transcrevemos o artigo 133 do CEM, para que seja analisado: “É vedado ao médico: divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor não esteja expressamente reconhecido por órgão competente”.

Este é o meu parecer consulta.

Goiânia, 09 de Setembro de 2004.

José Vieira Filho
Conselheiro Relator

Honorários médicos

Parecer Consulta nº 14/2001. Suporte cirúrgico para angioplastia coronária percutânea. Relator: Rômulo Sales de Andrade. Aprovado em 24 de novembro de 2001.

Ementa: apesar do baixo índice de cirurgia de urgência, é indispensável que o hospital tenha um serviço de cirurgia cardíaca atuante que forneça o necessário apoio ao procedimento através de um regimento de prontidão e de resguarda.

Parecer Consulta nº 16/2001. Planos ou convênios de saúde que propõem cartões de descontos sobre honorários médicos, bem como, se é ou não responsabilidade do diretor técnico/clínico, em casos de médicos que prestam atendimentos e realizam cirurgias em locais onde não residem. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 24 de outubro de 2001.

Ementa: a figura do médico itinerante é uma realidade em várias regiões do País, particularmente em locais desprovidos de recursos ou de especialistas em determinadas áreas. A concorrência desleal entre médicos, vedada pelo artigo 80 do Código de Ética Médica, é representada genericamente pelo médico que lança mão de métodos ilícitos e/ou espúrios para angariar clientela.

Parecer Consulta nº 37/2001. Questões administrativas na Medicina. Relator: Rômulo Sales de Andrade. Aprovado em 04 de abril de 2002.

Ementa: consoante os Arts. 96 e 97 do CEM, as taxas a serem cobradas devem visar única e exclusivamente aos custos operacionais do faturamento do procedimento médico. A cobertura de materiais descartáveis que se fizerem necessários ao procedimento deveria ter a cobertura da empresa contratante do serviço, porém existem algumas exclusões pactuadas entre as partes. O coeficiente de honorários médicos está defasado em virtude da entrada de maior número de profissionais médicos no mercado de trabalho, os quais têm vendido os seus serviços por preços cada vez mais baratos, desvalorizando assim a classe.

Parecer Consulta nº 40/2001. Condução de colegas médicos cirurgiões de taxar os honorários dos serviços de anestesiologia em procedimentos particulares em 40% do valor cobrado pelo profissional, atrelando assim todos os procedimentos, sem períodos (noturno ou diurno), finais de semana ou sequer as acomodações (enfermaria, suíte, apartamento etc). Relator: Umberto de Sá Cavalcante. Aprovado em 27 de maio de 2002.

Ementa: não havendo entendimento entre o cirurgião e o anestesista, cabe a este acordar diretamente com o paciente ou seu responsável o acerto de seus honorários. No entanto, sugerimos que, para um melhor desempenho do trabalho médico e bem-estar do paciente, o entendimento entre a equipe médica é o melhor caminho.

Parecer Consulta nº 18/2002. Honorários médicos pagos pelo Ipasgo. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 27 de maio de 2002.

Ementa: a atitude do Ipasgo de não remunerar o tratamento clínico no período pré-operatório de investigação nos casos de urgências médicas configura-se, pois, inadequada, destituída de caráter técnico e ético, pois afronta os ditames do Código de Ética Médica.

Parecer Consulta nº 24/2002. Glosa do Bradesco Saúde acerca de cirurgia realizada. Relator: Heitor Alarico Gonçalves de Freitas. Aprovado em 08 de agosto de 2002.

Ementa: a lei nº 3.268 garante a execução de qualquer ato médico por profissional que tenha concluído sua graduação, desde que ele se sinta apto para fazê-lo, independente de ter alguma especialidade posterior ou não, e desde que esteja inscrito no CRM. Portanto, faz-se jus os honorários reivindicados pelo médico.

Parecer Consulta nº 39/2002. Remuneração do Ipasgo aos médicos que realizam cesarianas e escolha do tipo de parto pela paciente. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 23 de janeiro de 2003

Ementa: não existe critério justo para se estabelecer o valor diferenciado da remuneração feita pelo Ipasgo. Considerando como índice almejado no país o de 30% de cesarianas, qualquer profissional que realize mais de cinco partos num mesmo mês de referência seria prejudicado, apesar de situar-se nos li-

mites almejados. Portanto, é critério absolutamente injusto, ineficiente e inaceitável. É obrigatória a indicação de uma cesariana para que o médico a realize, sendo vedada a realização da mesma apenas pela opção da paciente ou de outrem.

Parecer Consulta nº 56/2002. Consulta médica. Relator: Guilherme Lopes Barbosa. Aprovado em 15 de abril de 2003.

Ementa: na área de atuação de Hebiatria, a consulta médica deve ser remunerada como todas as outras especialidades ou áreas de atuação.

Parecer Consulta nº 02/2003. Uso da tabela AMB 92 e 96. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 15 de abril de 2004.

Ementa: a legalidade da existência da tabela AMB foi argüida junto ao Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) pela Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização (Fenaseg). O Cade posicionou-se contra a tabela elaborada pela AMB, alegando que ela caracterizaria cartelização. Por outro lado, não se posicionou contra as tabelas das seguradoras e de outras empresas que fazem a intermediação do trabalho médico. Quanto às cooperativas, a utilização de uma tabela de remuneração dos cooperados caracteriza-se apenas como um instrumento referencial administrativo. A utilização de uma tabela de preços é uma relação contratual, representada, no presente caso, por um contrato entre um prestador de serviços e um comprador do mesmo.

Parecer Consulta nº 25/2003. Legalidade de cobrança de honorários médicos junto ao Ipasgo e à Unimed em nome de um médico quando também houve atendimento por outros médicos não credenciados. Vistas: Lívia Barros Garção. Aprovado em 22 de abril de 2004.

Ementa: o Código de Ética veda ao médico o recebimento de honorários sem ter praticado ato médico ou que não tenha participado efetivamente dele. A função primordial do Conselho é orientar, aconselhar e mostrar o que é considerado aceito e não aceito como um princípio ético no exercício profissional.

Parecer Consulta nº 25/2003 Aprovado em 22/4/2004

Interessados: Dra. M. V. G. e outros.

Assunto: **Legalidade de cobrança de honorários médicos junto ao Ipasgo e Unimed em nome de um médico quando também houve atendimento por outros médicos não credenciados.**

Relatora: Lívia Barros Garção

Processo Consulta nº 19.518/2003.

I – INTRODUÇÃO

O pedido de vistas do parecer consulta emitido pelo conselheiro designado pelo presidente à época teve como objetivo acrescentar alguns dados que considero relevantes para melhores esclarecimentos dos questionamentos feitos na denúncia.

II – DA CONSULTA

O parecer consulta formulado pelos colegas citados ao Cremego consiste em:

1 – Os consulentes são médicos especialistas na área oncológica, atendendo em diversas clínicas e hospitais desta Capital, sendo que a primeira consulente é a única credenciada junto à Unimed e ao Ipasgo.

2 – Desde o mês de janeiro do ano de 2002, os consulentes vêm trabalhando em equipe, objetivando prestar um melhor serviço aos seus pacientes e dinamizar o atendimento, trabalhando em regime de “caixa único”, ou seja, todo o rendimento auferido pelo grupo é dividido igualmente.

3 – Ocorre que o segundo e o terceiro consulentes não são cadastrados nos convênios supracitados (Unimed e Ipasgo), em razão de que esses planos de saúde não estão credenciando novos médicos desde fevereiro de 2001.

4 – No entanto, vários pacientes da equipe formada pelos consulentes são conveniados ao Ipasgo e à Unimed e são atendidos conjunta ou individualmente pelos médicos consulentes.

5 – Em razão da impossibilidade de credenciamento do segundo e terceiro consulentes desde a época da formação da equipe, os atos médicos praticados pelo segundo e terceiro consulentes no atendimento aos pacien-

tes conveniados com a Unimed e o Ipasgo são cobrados em nome da primeira consulente.

6 – Em consulta informal aos citados convênios, nenhum deles manifestou qualquer óbice ao procedimento adotado pelos consulentes, até porque não existem dúvidas quanto à efetiva prestação de serviços cobrados pela equipe médica.

7 – Diante do exposto, requerem os consulentes que esse ilustre órgão de classe emita parecer conclusivo, esclarecendo se, na conduta dos consulentes, existe alguma violação aos princípios deontológicos que regem a profissão, ou, ao contrário, se os mesmos podem continuar a efetuar as cobranças dos honorários médicos junto ao Ipasgo e à Unimed somente em nome da primeira consulente, até que os citados planos reabram o credenciamento de novos profissionais.

III – DO PARECER

1 – LEGISLAÇÃO

A lei nº 3268/1957, de 30/09/1957, dispõe o seguinte, no Art. 2º:

“O Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina são órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhe 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”.

O Código de Ética Médica dispõe sobre o assunto nos seguintes artigos:

“É vedado ao médico:

Art. 33 – Assumir a responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou efetivamente.

[...]

Art. 87 – Remunerar ou receber comissão ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, ou por serviços não efetivamente prestados.

[...]

Art. 88 – Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico, para efeito de cobrança de honorários.

O Conselho Federal de Medicina, em Parecer Consulta de nº 09/1995, aprovado em 09/02/1995, diz o seguinte:

“Os honorários médicos devem ser pagos

aos profissionais legalmente habilitados para o exercício da profissão que tenham, efetivamente, participado dos atos médicos correspondentes à cobrança [...]”.

IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considero importante e responsável a consulta feita ao Conselho Regional de Medicina pelos colegas quanto a situação em que trabalham, no que concerne à cobrança de honorários de pacientes que possuem os convênios mencionados e cujo recebimento das cobranças é feito apenas por uma colega da equipe que é credenciada pelo Ipasgo e cooperada pela Unimed.

Não nos restou nenhuma dúvida quanto à importância, qualidade e real atendimento prestado aos pacientes que procuram atendimento oncológico na clínica em que os mesmos trabalham, especialmente porque necessitam e sabem que a clínica possui profissionais especializados.

Em consulta informal feita ao Ipasgo e Unimed, estes não se manifestaram contrários ao fato de médicos atenderem mesmo não sendo credenciados e cooperados.

O Conselho de Medicina, portanto, tem o dever legal e moral de orientar todos os médicos sobre as condutas que são éticas e as que são antiéticas, com a finalidade principal de defesa da Medicina, da sociedade e, conseqüentemente, da classe médica, que, sabendo os limites éticos de sua atuação, com absoluta certeza, dignificará a categoria.

Vejo, portanto, que a preocupação dos colegas é pertinente, pois esperam do seu Conselho em primeiro lugar uma orientação, um conselho sobre a questão que ora se encontra em tela, e o fizeram muito bem, visto que o órgão de classe tem obrigação de informar o máximo possível os médicos para atuarem nos limites dos ditames e princípios éticos já codificados, mas que fazem parte também da grande expectativa de toda a sociedade com relação à atuação da categoria médica.

Comentando brevemente os artigos citados, percebemos, de imediato, que o código estabeleceu uma regra de conduta que protege a sociedade, no caso em discussão os convênios, mas também protege o médico, a fim de que o mesmo não venha a ser responsabilizado por

qualquer dano que o paciente venha a sofrer quando na verdade ele nem sequer examinou e acompanhou a evolução do quadro clínico do paciente, mas recebeu honorários em seu nome por ato que não praticou ou não participou efetivamente.

O honorário médico só pode ser atribuído a quem prestou o serviço. Qualquer ganho auferido fora dessa relação direta é prática não aceitável, não só do ponto de vista ético como também legal.

É prática infelizmente comum em vários serviços, especialmente naqueles que trabalham em regime de “caixa único”, e, por mais que a distribuição seja equânime, de boa fé e real a prestação do serviço, visando tão somente ao atendimento do paciente necessitado daquele serviço especializado, enfim o bem-estar do paciente, que é o alvo de toda a atenção por parte do médico, não é aceito como procedimento ético.

V - CONCLUSÃO

Portanto, o Código de Ética Médica mostra, de forma cristalina, que tal conduta não é aceitável. Na verdade, o Código de Ética veda ao médico o recebimento de honorários sem ter praticado ato médico ou que não tenha participado efetivamente do mesmo. Como já foi dito anteriormente, a função primordial do Conselho é aconselhar, orientar e mostrar o que é considerado aceito e não aceito como um princípio ético no exercício profissional.

Este é o meu parecer.

Lívia Barros Garção
Conselheira Relatora



Peste de Ashdod, dos Filisteus
Quadro de Nicolas Poussin - Museu do Louvre



Imunologia

Parecer Consulta nº 64/2001. Consultas e exames com tratamentos alérgicos. Relator: Heitor Alarico Gonçalves de Freitas. Aprovado em 22 de outubro de 2002.

Ementa: cabe ao médico conduzir a consulta como bem lhe aprouver, prezando por realizar uma boa história clínica, um exame físico detalhado e a solicitação dos exames complementares que achar convenientes e imprescindíveis segundo os critérios da boa medicina. Quando, mesmo após as justificativas cabíveis, um auditor ou plano de saúde mantiver a glosa que o médico considere equivocada ou mal intencionada (redução de custos etc), este deverá denunciar o auditor ou diretor técnico do plano de saúde neste Conselho.

Instrumentador cirúrgico

Parecer Consulta nº 01/2003. Legalidade no ato de acadêmicos do curso de Medicina estarem auxiliando cirurgias em unidade hospitalar privada, sem nenhum vínculo com escola de Medicina. Relator: Elias Hanna. Aprovado em 19 de fevereiro de 2004.

Ementa: é permitido solicitar os trabalhos de estudantes de Medicina para função de auxiliar de cirurgia, respeitando a aceitação pelo cirurgião responsável pelo paciente.

Interface medicina - enfermagem

Parecer Consulta nº 44/2002. Matéria jornalística de autoria do presidente do Conselho Federal de Enfermagem desafiando a classe médica. Relator: Iliam Cardoso dos Santos. Aprovado em 20 de fevereiro de 2003.

Ementa: diante da luta por conceitos que diferenciam os médicos de outros profissionais que atuam nesta interface, afirma-se que são os médicos quem avalia patologia, exames, diagnósticos, laudos e indicam tratamento.

Parecer consulta nº 44/2002 Aprovado em 20/02/2003

Interessado: M.F.C

Assunto: **matéria jornalística de autoria do presidente do Conselho Federal de Enfermagem desafiando a classe médica.**

Relator: Iliam Cardoso dos Santos

Processo Consulta: nº 13.928/2002.

O presente Parecer Consulta originou-se de consulta a esse Regional por M.F.C. sobre o fato de ser o CFM um órgão de recursos dos Conselhos Regionais de Medicina, cabendo a estes conhecer, apreciar e decidir assuntos atinentes à ética profissional, assim como estabelecer as condições do cumprimento das normas emanadas do CFM.

Na avaliação da presente solicitação, não deparamos com "assuntos atinentes à ética profissional, assim como estabelecer as condições do cumprimento das normas emanadas deste conselho" e, sim, com uma correspondência que trás no seu interior questionamentos amplos da conduta, das finalidades, do papel político do CFM e, conseqüentemente, dos CRMs, de outras entidades médicas, sendo estes questionamentos ora objetivos, ora subjetivos, entremeados com peças acusatórias de omissão do CFM, eivadas de opiniões pessoais e com indicativos de normas de condutas.

Refere também ter enviadas várias destas indagações ao CFM, as quais ficam sem respostas ou se transformam em papel que balança de lá para cá, sem nenhum resultado palpável.

O resumo e a intenção do presente questionamento pode se deduzir ser de natureza política, e como tal não se enquadraria em um Parecer Consulta, não tendo este parecerista delegações específicas para responder, politicamente, pelo Cremego e muito menos pelo CFM.

Portanto, tal correspondência deveria, no nosso entender, ser respondida pelo CFM através de sua assessoria de relações públicas, de sua Diretoria, ou mesmo de seu presidente.

De uma maneira resumida, assim podemos responder esta missiva, procurando ser objetivo nas respostas dos "questionamentos":

3 - DOS QUESTIONAMENTOS E DAS RESPOSTAS PARA O DR. M. F.:

1- enfermeiros podem diagnosticar?

2- enfermeiros podem prescrever (argumenta que fazem os mesmos cursos de farmacologia que os médicos)?

Resposta:

Conforme a resolução CFM nº 1.627/2001, no uso das atribuições que lhe confere a lei nº 3.268, de 30/09/1957, regulamentada pelo decreto nº 44.405, de 19/07/1958, que, entre vários considerando, veio a reavaliar o atual campo de trabalho e o mercado de serviços de saúde, que ampliou e modificou de maneira significativa os limites profissionais da saúde;

Considerando a necessidade de haver uma melhor definição das atividades profissionais típicas e privativas de cada categoria profissional, dos limites de cada uma delas com a Medicina, por ser, de todas, a mais antiga e a de campo mais amplo de atuação, vez que interage com todas as outras;

Considerando que diversas categorias profissionais de saúde não estão tecnicamente capacitadas para a execução do exercício da Medicina;

Considerando a necessidade de se instituir normas relativas à definição e ao alcance do Ato Médico, em 23/10/2001 passa a entrar em vigor a resolução CFM nº 1.627/2001, que define no seu Art. 1º o ATO PROFISSIONAL MÉDICO como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e dirigido para:

I - a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia (prevenção primária);

II - a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (prevenção secundária);

III - a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos (prevenção terciária).

Portanto, sob o ponto de vista das normas e resoluções do CFM, a resposta é que os enfermeiros não podem diagnosticar ou prescrever. Existem, no entanto, dispositivos nas resoluções citadas que permitem áreas de atuações conjuntas como também atos compartilhados, que estão bem definidos na resolução nº 1.634/2002.

3 - enfermeiros podem fazer acupuntura?

Resposta:

Na mesma linha de raciocínio da pergunta anterior, a resolução nº 1.455/1995 que regulamenta a Acupuntura como especialidade médica, sob o ponto de vista da ética profissional médica, deve ser apenas exercida por médicos devidamente inscritos e registrados nos seus devidos CRMs.

4 - enfermeiros podem ser obstetras?

Resposta:

Também usando o mesmo raciocínio para respostas dos dois questionamentos anteriores, gostaríamos de recomendar ao solicitante a leitura dos seguintes documentos:

Quanto à prescrição feita por enfermeira: lei nº 7.498/1986, Art. 11, dec. 94.406/1997, Art. 8º, inc. II Letra C.

Quanto à enfermeira fazer parto: lei nº 7.498, de 25/06/1986.

5 - o Congresso já aprovou matérias autorizando-os a tudo isto. Tramita no Congresso matérias dando-lhes mais autonomia médica etc etc.

Resposta:

Absolutamente nenhuma matéria foi aprovada no Congresso que tenha mudado a atual situação da Medicina e suas interfaces. Como já afirmamos, tramitam no Congresso várias matérias oriundas de *lobbies* e orientações de vários Conselhos Profissionais para transformar em leis, atos profissionais que lhe dão mais autonomia médica. Inclusive, formaram uma frente única para combater o Ato Médico (Enfermagem, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Nutrição e outras).

Evidentemente que se trata de uma luta por interesse profissional, por qualificação profissional, especialmente por profissionais não médicos que, com um currículo inferior, querem assumir posições e responsabilidades além das previstas em lei e definidas por jurisprudência correlata como sendo de competência médica.

6 - Inicialmente, gostaríamos de saber o que há de verdade sobre isto, pois são declarações sobremaneira preocupantes.

Resposta:

Se o raciocínio fosse tão simplista quanto o questionamento, evidentemente não haveria tal polêmica. É comezinho de direito sabermos que está embutido na situação das interfaces profissionais ligadas à área de atuação médica questões que vão além das nossas simples condições de médicos, dos nossos direitos de médicos e dos nossos deveres de médicos. Mas, como médicos, temos também a obrigação de saber que como o nosso Conselho foi criado por leis, os outros também os foram (Enfermagem, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, entre outros). Se não obedecermos a este princípio básico de direito, poderíamos simplesmente “considerar qualquer ato neste sentido, como exercício ilegal da Medicina e acionar a polícia”.

Portanto, além dos aspectos legais que criaram o Conselho Federal de Medicina, é obvio que existe, sob o ponto de vista judicial, um conflito de interesses, pois entendem os outros Conselhos terem qualificação para o exercício de suas profissões, vez que os limites interprofissionais entre essas categorias médicas nem sempre estão bem definidas.

A ausência de dispositivos legais que definem esta situação, mormente no que refere ao ato profissional médico, tem proporcionado a formação de *lobbies* no Congresso com o objetivo de cada um destes Conselhos fazerem tramitar matérias para transformar em leis a criação de seus atos profissionais, dentre os quais podemos citar: atos profissionais de enfermagem, fonoaudiológicos, fisioterapêuticos, entre outros. Realmente, tramitam no Congresso várias matérias nesse sentido, e uma delas, a mais importante de todas, é o projeto de lei do Senado nº 25, de 2002, do senador Geraldo Althoff, que define o ato médico e dá outras providências, e que teve como base a resolução CFM nº 1.627/2001, que institui o ato profissional médico sob o ponto de vista de Conselho, e tendo sido o mesmo, recentemente (novembro de 2002), aprovado na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania do Senado Federal, com o parecer favorável do senador Antônio Carlos Júnior (PFL-BA).

No entanto, entendemos ser a via Judicial o único definidor dos atuais conflitos, por ser esta mais ágil, ter um juízo que pode definir realmente um conflito na ausência de leis es-

pecíficas, definir responsabilidades que envolvem a vida humana, o sofrimento humano e ter condições insentas da avaliação das formações profissionais, de seus currículos e de suas competências.

7 - Segundo, porque não há nenhuma reação dos órgãos médicos contra esta invasão explícita do campo médico, colocando em risco enorme toda a população, com informações equivocadas?

Resposta:

As reações estão procedendo de maneira intensa, por todas as entidades médicas, porém dentro da legalidade e da ética.

8 - Terceiro, é minha opinião pessoal que, se nem os cursos médicos, felizmente, estão formando médico a contento, será que os da enfermagem os estão?

Resposta:

A abordagem deste tema tem sido tratada com objetividade por todas as entidades médicas, e envolve um polêmico assunto sobre a fiscalização dos cursos de Medicina, sobre a regulamentação dos cursos de Medicina e mesmo a criação de novos cursos de Medicina, que, por si, tem implicações éticas, institucionais e legais extremamente complexas.

A qualificação atual do curso médico e particularmente a qualificação de um curso de Enfermagem, envolvendo áreas de atuações, interface áreas de fronteiras de competência, não pode ser aqui objeto de uma avaliação simplista, em um anômalo pedido de parecer.

Da maneira como foi feito o “questionamento”, no meu entender, trata-se de uma opinião pessoal do missivista.

9 - Quarto, “é minha opinião, inclusive de dentro da Secretaria da Saúde, onde ocupei até semana atrás o cargo de Coordenador Estadual de Saúde Mental, que o sistema público que tem favorecido este tipo de discrepância, como por ex. enfermeiros prescrevem, justamente para evitar de se contratar ou capacitar ou pagar bem mais médicos que deveriam estar fazendo este tipo de trabalho, logicamente. Em Goiás mesmo, no Próprio Pronto-Socorro da Universidade Federal de Goiás enfermeiras fazem o exame físico, dão o diagnós-

tico e indicam o encaminhamento, numa clara afronta aos princípios de diagnóstico médico (sendo a reitora da UFG uma enfermeira, é de se esperar que absurdos como este tenham todo o apoio e nunca tenham sido contrapostos por nenhuma entidade médica).

10 - Quinto, “penso que é hora de se começar uma campanha para se desmistificar estas declarações: ou será que estou enganado e, realmente, fiz um curso tão penoso, gastei minha juventude em vão, quando poderia muito bem ter feito um curso de 4 anos e já sair diagnosticando e receitando? Será que os governantes, que apóiam estas iniciativas (?) levariam suas filhas e mulheres para serem consultadas, tratadas, darem à luz, com enfermeiros? Ou será que sou eu que estou atrasado nisto tudo, e de fato, agora, os enfermeiros são também médicos (aliás como os psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, etc)? Até quando o CFM tomará medidas apenas tímidas ou legalistas para tentar impedir isto? Não seria hora de ação mais incisivas, mostrando de fato o que é a prática médica, quais os riscos de todas estas “para-medicinas”, o que de fato é um procedimento médico, complexidade do diagnóstico e do tratamento médico? Não seria hora de o CFM, assim como os CRMs, terem comissões de defesa profissional pública, para publicamente assumirem a defesa da classe em ataques como os deferidos pelo Sr. Linhares?

Finaliza a sua “missiva” referindo ser esta uma das muitas “indagações” enviadas ao CFM, que ficam sem respostas, reafirmando opiniões pessoais meios de críticas às entidades médicas, entre as quais o CFM e os CRMs.

Respostas:

Como já referimos em relação a outros itens, o quarto e o quinto trazem no seu interior opiniões pessoais, críticas generalizadas, acusações de ordem pessoal e profissional à reitora, acusações a outras profissões relacionadas às áreas de atuações médicas, sendo as mesmas evadas de inconformismos, indignações, críticas e sugestões ao *status* atual da Medicina, de suas entidades, visando diretamente ao CFM e aos CRMs.

Evidentemente que em um “parecer-consulta” não entraríamos nos méritos de uma opinião pessoal, respeitando o amplo direito de discordar ou achar que tais movimentos são in-

suficientes ou sem resultado prático, sendo, portanto, um ato político e que condiz com o nosso exercício pleno da democracia.

Quanto ao papel das entidades médicas, recomendaria ao solicitante que faça uma revisão nos jornais e revistas oriundos do CFM, CRMs de todos os estados, dos Jornais da AMB e de suas federadas, dos jornais das Especialidades Médicas filiadas à AMB, dos jornais e publicações dos Sindicatos dos Médicos, da Federação dos Médicos, da Confederação Nacional da Saúde e de suas federadas, dos vários movimentos liderados pelo CFM, pela AMB, pelo Sindicato dos Médicos, de suas mobilizações perante o Congresso Nacional, o Judiciário, o Ministério Público, enfim das movimentações intensas que têm procurado sensibilizar toda a classe médica.

Negar esses fatos, alegando desconhecimento destas movimentações, seria uma conduta injusta e indigna por parte de qualquer médico.

Não entendo estarmos presos a qualquer “legalismo” para publicamente assumir a defesa da classe em ataques como os deferidos pelo Sr. L. A conduta pessoal deste senhor, no exercício da presidência do Conselho Federal de Enfermagem, é um direito que lhe assiste, entender que a sua profissão pode realmente diagnosticar, tratar etc, e para tanto emitir normativas a este respeito.

Não endossaria, no caso específico do CFM e Cremego, a utilização de *marketing* baseados em reações sensacionalistas, promocionais e antiéticas.

Reafirmando a convicção de que a Justiça seria no momento o meio mais rápido e hábil, resumiremos aqui a liminar concedida pela juíza da 3ª Vara da Justiça Federal, em Brasília, Mônica Sifuentes Medeiros, ao Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (Simers), impedindo enfermeiras de fazer diagnóstico, pedir exames e prescrever medicamentos. A decisão é inédita e passa a vigorar em todo país e torna sem efeito a resolução Cofen nº 271/2002.

Várias outras ações correm no Judiciário contra estes tipos de normativas.

4- DAS CONCLUSÕES:

A nossa luta, e desta nenhum médico pode-se omitir, independentemente de qualquer enti-

dade médica, é que devemos continuar a lutar por conceitos que nos diferenciam dos outros profissionais que atuam nesta interface médica, ou seja:

1. Médicos avaliam patologia, doenças, enfermidades e disfunções.
2. Médicos solicitam, fazem e avaliam exames.
3. Médicos elaboram e firmam diagnósticos.
4. Médicos emitem laudos, relatórios e pareceres.
5. Médicos indicam e/ou implantam tratamento, terapêutica e terapia.

É esse o nosso parecer, SMJ.

Ilham Cardoso dos Santos
Conselheiro Relator

Interface medicina – odontologia

Parecer Consulta nº 62/2002. Exercício da Anatomia Patológica, quanto à especialidade exclusiva de médico ou não. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 15 de maio de 2003.

Ementa: os odontólogos podem emitir laudos anatomopatológicos e histopatológicos de lesões que acometem exclusivamente a cavidade oral, respondendo ética e civilmente pelos seus atos. Mas, devemos frisar, a emissão de laudos anatomopatológicos e/ou pareceres de qualquer outro aparelho, sistema ou órgão configuram exercício ilegal da Medicina.

Parecer Consulta nº 62/2002
Aprovado em 15/5/2003

Interessada: Dra. E. D. M.

Assunto: **exercício da Anatomia Patológica, quanto à especialidade exclusiva de médico ou não.**

Relator: Silas Pereira Lima

Processo Consulta nº 16.378/2002.

Consulta: gostaria de solicitar o parecer do CFM sobre o exercício da Anatomia Patológica, trata-se de especialidade exclusivamente médica a emissão de laudos e pareceres ou outros profissionais estão autorizados a exercê-la, já odontólogos em Goiânia estão exercendo Anatomia Patológica da cavidade oral.

Parte expositiva:

A consulta foi inicialmente endereçada ao CFM por meio de *e-mail* enviado pela Dra. E. D. M. e, posteriormente, reendereçada pela conselheira Lívia Barros Garção para apreciação da matéria neste regional, mas, preliminarmente devemos fazer algumas considerações sobre o ato médico.

O ato de ofício emana do indivíduo quando posicionado frente ao objeto de observação e é caracterizado por expressão do ser (a contemplação, a atenção), busca da compreensão e do fazer (a ação, a atuação), busca da transformação. Desta dualidade, desenvolve-se o ato de ofício oriundo do conhecimento informal ou formal sistematizado, fruto da experimentação, da tenacidade dos sentidos imantados com *insights*, revelações aleatórias e os processos intuitivos.

O ato médico é particularizado por ser aviado pelo princípio do cuidar, no sentido filosófico de São Francisco de Assis, base da ecologia profunda, quando diz "... Irmão sol, irmão lua, irmão planta, irmão pedra...", cuidar no sentido de pertencer, pensamento hoje corroborado pela física quântica.

É também singular por ter como objeto de observação o ser humano.

Do posicionamento frente ao objeto de atenção (paciente), o observador (médico) poderá reagir com ação que inclusive pode significar não agir para restabelecer o equilíbrio biopsicossocial do indivíduo observado e este, como paciente e dependendo de sua disposição e empenho, contribuirá na sua contrapartida com o processo de cura.

As expressões de ofício no ato médico terão a sua relevância dependendo da área de atuação da especialidade médica.

Na função dos médicos socorristas, o fazer é imperioso. Médicos que lidam com a área de

diagnósticos, a expressão do ser, a contemplação é muito mais expressiva e suas observações são postulados em relatórios que poderão suscitar ação por outros profissionais no contexto multidisciplinar.

Os atos médicos não incluem apenas os procedimentos exclusivamente médicos, ou privativos dos médicos, mas atos e procedimentos tipicamente médicos que podem ser compartilhados com outros profissionais em virtude da natureza ou da função, a exemplo da realização de atos profiláticos, reabilitadores, que não implicam em diagnósticos com enfermidades, procedimentos higiênicos que possam fomentar o bem-estar individual e coletivo, e atos tipicamente médicos mas não exclusivos da Medicina, que podem ser compartilhados com agentes de outras profissões. E, devemos destacar também, que médicos podem realizar alguns procedimentos típicos de outras profissões, por exemplo: muitas cirurgias buco-maxilo-faciais, a radiologia de cavidade oral podem ser legalmente praticadas por médicos e cirurgiões dentistas, a psicoterapia pode ser realizada por psicólogos e psiquiatras.

O decreto nº 19.398, de 11 de novembro de 1930, do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil, em conformidade com o artigo 1º, reza: "O exercício da medicina... da odontologia, medicina veterinária e dos profissionais de farmacêutica, parteira e enfermeiro, fica sujeito à fiscalização na forma deste decreto, instrumento de regulação e fiscalização destes ofícios". Estas profissões compartilhavam o amplo mercado dos serviços de saúde com limites de atuação milenarmente ajustados em quase todos os casos até o início da lei nº 3.268/1957, que criou o CFM.

Com o transcorrer dos tempos, a abordagem da ciência tem sido fragmentada com o surgimento de novas profissões e com o advento da tecnologia.

Na maioria das escolas de saúde europeias, a exemplo de Portugal, a Odontologia é entendida como uma especialidade médica, o pretenente faz o curso básico de Medicina e, posteriormente, especializa-se em Odontologia.

Consultando ainda a matéria, encontramos a resolução CFM nº 1.536, de 11 de novembro

de 1998, instrumento redigido na tentativa de clarear limítrofe da interface profissional Medicina/Odontologia.

E um instrumento obtuso carece de revisão e ampliação, pois considera apenas uma faceta da área de atuação, abordando somente aspectos de competência terapêutica em cirurgia buco-maxilo-facial, a esfera dos procedimentos diagnósticos e da diagnose não é mencionada, uma vez que esta é a preocupação da consultante e a força motriz da consulta "... odontólogos em Goiânia estão exercendo a Anatomia Patológica de cavidade oral..."

O artigo 1º da resolução reza:

Em lesões de interesse comum à Medicina e à Odontologia, visando à adequação e segurança dos resultados, a equipe cirúrgica deve ser obrigatoriamente constituída por médico e cirurgião dentista, sempre sob a chefia do médico.

A abstração é pertinente à interpretação desta lei e deve-se considerar que só se trata aquilo que se diagnostica como diferente do que estatisticamente é interpretado como normal e que traz prejuízo individual e/ou coletivo, sempre revelando o princípio da benevolência e da autonomia.

Na grade curricular do curso de Odontologia, encontram-se as matérias de histologia, fisiológica, genética, anatomia com menção a cabeça e pescoço, patologia, anatomia patológica de cavidade oral, semiologia de cavidade oral.

A resolução CFM nº 1.627, de outubro de 2001, que define o ato médico e tramita no Congresso Nacional, reza, no Art. 1º, incisos I e II, e no Art. 2º:

"Art. 1º – Definir o ato profissional de médico como todo procedimento técnico profissional praticado por médico legalmente habilitado e dirigido para:

I) A promoção da saúde e prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia (prevenção primária).

II) A prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (prevenção secundária).

Art. 2º – O exercício da odontologia, nos limites de sua competência legal, está excluído destas disposições, nos termos da lei".

Parte conclusiva:

Considerando a grade curricular dos cursos de Odontologia, a exemplo de outras áreas de atuação, cirurgia buco-maxilo-facial, a radiologia oral, a última nada mais significa do que a anatomia patológica virtual, pois os imaginologistas em síntese realizam é o exame macroscópico indireto.

A patologia, que é composta das áreas de atuação anatomia patológica e histopatologia, quando exclusiva da cavidade oral, semelhante às retrodiscriminadas, é caracterizada como ato tipicamente médico, mas não exclusivo da Medicina e pode ser realizado por odontólogos. A resposta à consulente é que os odontólogos podem emitir laudos anatomopatológicos e histopatológicos de lesões que acometem exclusivamente a cavidade oral, respondendo ética e civilmente pelos seus atos.

Mas devemos frisar que a emissão de laudos anatomohistopatológicos e/ou pareceres de qualquer outro aparelho, sistema, órgão a exemplo de pele, laringe etc configuram exercício ilegal da Medicina, pois o oficioso não estaria afeito ao conhecimento de anatomia, semiologia, clínica médica, anatomia patológica, histopatologia, fisiopatologia, epidemiologia, implicações iatrogênicas de fármacos, ação de agentes físicos e químicos no organismo, requisitos entre outros para a imersão no estudo das doenças afins.

Este é o meu parecer.

Silas Pereira Lima
Conselheiro Relator



*Péan avant l'opération. Henri Gervex, 1887
Hôpital Saint Louis (Paris, France)*

Junta médica

Parecer Consulta nº 36/2002. Conduta adotada pelos profissionais da Junta Médica Municipal que negaram o pedido de aposentadoria ao paciente. Relator: Mauro Pereira Machado. Aprovado em 22 de outubro de 2002.

Ementa: no caso em tela, após análise legal (leis, pareceres etc), não vejo delito ou indícios de delito ético dos profissionais que atuaram no caso. Agiram estes de acordo com o que preceitua a lei. Se há desacordo ou descontentamento do paciente em relação ao laudo técnico da perícia, este poderá fazer até questionamento judicial e buscar os seus direitos.

Parecer Consulta nº 75/2004. Paciente que tem encontrado barreiras administrativas perante à Junta Municipal de Saúde para ter aceito atestado médico. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 28 de outubro de 2004.

Ementa: é função da Junta Médica Pericial de instituições previdenciárias estabelecer investigação diagnóstica, seja por história clínica, exame clínico ou pareceres de outros especialistas, com o intuito de confirmar ou conceder benefício ou licença de saúde.

Parecer Consulta nº 75/2004 Aprovado em 28/10/2004

Interessado: Dr. J. A. M. A.

Assunto: **paciente que tem encontrado barreiras administrativas perante à Junta Municipal de Saúde para ter aceito atestado médico.**

Relator: Reginaldo Bento Rodrigues
Processo Consulta: nº 25.836/2004

DA CONSULTA:

Em 25 de março de 2004, foi protocolada neste Conselho a seguinte solicitação:

“Sr. Presidente.

Venho por este instrumento de comunicação, informar V.Sª. que a Sra. L. M. J. M., funcionária pública municipal, faz tratamento médico em nível ambulatorial comigo, desde junho/

2003, desde então, tem estado sob licença médica, impossibilitada por doença.

Ocorre que esta paciente, todas as vezes que vai à Junta Municipal de Saúde, tem encontrado barreiras administrativas (segue anexo normas da referida junta) para ser aceito seu atestado médico, exigindo eles relatório médico.

Esclareço que sempre coloco o CID 10 do referido Quadro Clínico (F32.2 + F43.2), e, em sendo seqüência de atestados, não vejo porque relatar novamente a cronologia do problema da paciente, seguindo-se que, por não querer ferir a Constituição Federal, no seu artigo quinto, inciso X, tal modo tem sido a minha conduta: “São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra, e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”, de tal modo tenho agido.

Na hipótese de estar eu enganado, ou mesmo desinformado, gostaria que V.Sª. informasse-me o embasamento legal de tais relatórios, bem como comunicar à Junta Municipal (se eles tiverem errados) o modo legal de proceder.

Sem mais a dizer, ou mesmo solicitar, esperando contar com vossa compreensão, no ensejo de estar contribuindo para a boa prestação de serviço médico, me coloco à disposição para quaisquer outros esclarecimentos.

Atenciosamente, Dr. J. A. M. A.

DOS ESCLARECIMENTOS DA JUNTA MÉDICA PERICIAL DA PREFEITURA DE GOIÂNIA.

Em 15 de Abril de 2004, O Dr. N. R. G., presidente da Junta Médica Municipal, faz os seguintes esclarecimentos:

“*Senhor Secretário,*

Em respostas a solicitação do Ofício Cremego nº 219/2004, à Junta Médica Municipal, instituição oficialmente constituída que atua dentro dos mais rigorosos padrões éticos e técnicos na avaliação da capacidade/incapacidade laborativa.

Em anexo, encaminhamos cópia de Boletim Informativo distribuído aos Servidores da Prefeitura Municipal de Goiânia acerca dos procedimentos da Junta Médica.

Sabe-se que a figura do médico perito cuja complexa função judicante, nem sempre é reconhecida pelo cliente, principalmente quando aquele não atende às expectativas deste.

Sabe-se também, que situações de conflito são geradas nas relações médico assistente/médico perito, pois o profissional que assiste ao seu paciente, na grande maioria das vezes, desconhecendo o modo profissional do mesmo, solicita afastamento do trabalho sem ter conhecimento dos fatores de sobrecarga psicofísica que o labor possa exercer sobre o seu paciente, enquanto que o perito avalia a relação da condição patológica apresentada e capacidade ou não para o desempenho de uma determinada atividade para estabelecer prazos de concessão de licença médica.

Considerando que no Comunicado feito a este Conselho pelo nobre colega Dr. J. A. M. A., relatando o caso de paciente sua, sentimo-nos na obrigação de encaminhar cópia de parte do prontuário da mesma pertinente aos períodos de licenças abordados no referido Comunicado, constando das licenças concedidas cópias dos Atestados do referido profissional, bem como procedimentos de praxe realizados pela Junta Médica para a devida análise por este Conselho.

Anexamos ainda cópia do parecer do Conselho Federal de Medicina de Processo Consulta CFM nº 4.362/1994, que versa sobre competência e composição da Junta Médica, com o qual embasamos nossos entendimentos”.

DA ANÁLISE E CONCLUSÃO

Pelos documentos apresentados, a servidora deu entrada com a solicitação de licença médica em julho de 2003, sendo atendida em todos os pedidos de prorrogação que o Dr. J. A. M. A. solicitou, culminando com parecer de 2 psiquiatras, além do requerente, recomendando o afastamento definitivo do trabalho em 31 de março de 2004, por solicitação da Junta Médica Pericial.

De acordo com a resolução CFM nº 1.488/1998, em seu Art. 6º e Incisos I e II, com a seguinte redação:

“São atribuições e deveres do perito-médico de instituições previdenciárias e seguradoras:

I – avaliar a capacidade de trabalho do segurado, através do exame clínico, analisando documentos, provas e laudos referentes ao caso;

II – subsidiar tecnicamente a decisão para concessão de benefícios”.

De acordo com o exposto, é função da Junta Médica Pericial de instituições previdenciárias estabelecer investigação diagnóstica, seja por história clínica, exame clínico ou complementar ou mesmo até de pareceres de outros especialistas, com o intuito de confirmar ou conceder benefício ou licença de saúde.

Este é o nosso parecer, que submeto a esta plenária.

Reginaldo Bento Rodrigues
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 76/2004. Licitude ou não do poder executivo criar junta médica com o intuito de avaliar conduta dos médicos credenciados junto ao município. Relator: Antônio José de Araújo. Aprovado em 24 de junho de 2004.

Ementa: na nossa opinião, é lícito ao Poder Executivo criar uma junta médica para avaliar conduta dos médicos credenciados.



*A mulher enferma. Jan Steen, século XVII
Rijksmuseum, Amsterdam*

Laboratório

Parecer Consulta nº 12/2003. Terceirização em serviços de Anatomia Patológica e áreas de atuação. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 03 de março de 2005.

Ementa: laboratórios que realizam exames pertencentes à especialidade de patologista e áreas de influências devem estar registrados no CRM com o indicativo do diretor técnico assim como os seus médicos assistentes. O laboratório tributário conveniado com a terceirização tem *status* de posto de coleta.

Lâminas

Parecer Consulta nº 68/2001. Como anda a regularização da situação de que o médico patologista poderá assumir responsabilidade técnica para exames específicos de análise clínica e que poderá deixar, em sua ausência, um substituto legal, o profissional em Biologia. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 25 de abril de 2002.

Ementa: o citotécnico não está habilitado a assumir função de diretor técnico substituto em laboratórios que desenvolvem as especialidades médicas Citopatologia e Patologia, a liberar e assinar laudos de exames citopatológicos, sendo que sua função se restringe ao citoescrutínio, bem como a realizar exames macroscópicos de peças cirúrgicas, exames histopatológicos, necropsias, punções, biopsias aspirativas por agulha fina e biopsia ou assinar laudos que atestam o labor da especialidade médica Patologia.

Laqueadura

Parecer Consulta nº 101/2005. Cirurgia de esterilização, vasectomia e laqueadura tubária. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 02 de fevereiro de 2006.

Ementa: a esterilização cirúrgica, vasectomia e laqueadura tubária estão previstas na Constituição Federal e regulamentadas pela lei nº 9.263/1996, que trata do Planejamento Famili-

ar. Os Conselhos Regionais de Medicina já abordaram a matéria por meio de resoluções e pareceres que são auto-aplicáveis para os fins da presente consulta.

Parecer Consulta nº 115/2005. Obrigatoriedade de emissão de relatório de procedimento cirúrgico para esterilização. Relator: José Wesley Benício Soares. Aprovado em 04 de maio de 2006.

Ementa: conforme estabelece a lei nº 9.263/1996, é vedada a exigência de documento atestando a realização de procedimento cirúrgico para esterilização.

Laudo

Parecer Consulta nº 03/2001. Obrigatoriedade do preenchimento do relatório médico DPVAT de pacientes atendidos no Hospital das Clínicas. Relator: Heitor Alarico Gonçalves de Freitas. Aprovado em 04 de abril de 2002.

Ementa: o preenchimento do relatório médico DPVAT é obrigatório se for solicitado pelo paciente ou familiar expressamente. O médico assistente, ao recusar preencher este relatório, estará cometendo infração ética. Em princípio, não pode outro médico preencher este relatório baseado no prontuário médico hospitalar do paciente.

Parecer Consulta nº 19/2001. Sugestões feitas nos laudos dos exames radiológicos e anatomopatológicos para serem acatadas pelo médico assistente. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 04 de outubro de 2001.

Ementa: as sugestões, nos exames radiológicos e anatomopatológicos, poderão ser feitas através do laudo, desde que estejam tecnicamente justificadas, ficando a indicação do exame sugerido a critério do médico assistente.

Parecer Consulta nº 25/2001. Preenchimento do formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Relator: Paulo Rassi. Aprovado em 25 de outubro de 2001.

Ementa: o preenchimento do Laudo de Exame Médico (LEM – atestado médico) deve ser prioritariamente realizado pelo médico assistente, de acordo com o Art. 112 do CEM. Não

obstante tal assertiva, o diretor da unidade pode, secundariamente, após acessar o prontuário do paciente, preencher o formulário fazendo referência, no campo Observações, a este fato.

Parecer Consulta nº 30/2001. Confeção de laudos administrativos. Relator: Evandélio Alpino Morato. Aprovado em 17 de outubro de 2001.

Ementa: ao médico, cabe elaborar laudos administrativos tais como solicitações de AIH de forma clara e legível, utilizando-se para a confecção dos mesmos a própria caligrafia ou lançando mão de aparelhos de compressão. Impõe-se a identificação do emissor, que deverá apostá-la junto à sua assinatura.

Parecer Consulta nº 32/2001. Realização de exame admissional e demissional, bem como se o profissional fonoaudiólogo está apto ou não a executar "lavagem de ouvido". Relatora: Lívia Barros Garção. Aprovado em 05 de dezembro de 2002.

Ementa: a lavagem de ouvido, sendo um procedimento possível de complicação, podendo acarretar prejuízo permanente na integridade física do indivíduo, não pode ser realizada por profissionais de enfermagem, incapazes legal e tecnicamente para tal mister. A lavagem de ouvido é ato médico, não podendo o fonoaudiólogo realizar tal ato, tendo em vista a falta de amparo legal. O médico do trabalho tem a grande responsabilidade de verificar se o candidato que está sendo examinado, no momento do exame admissional, tem condições de saúde adequadas para desempenhar as tarefas do cargo ao qual será admitido, reconhecendo também que o posto de trabalho não oferece riscos à saúde.

Parecer Consulta nº 01/2002. Interpretação entre o atestado médico solicitado por usuário e a solicitação de laudo médico. Relator: Wanderly Barroso Campos. Aprovado em 06 de junho de 2003.

Ementa: o atestado e o laudo médicos são partes integrantes do ato médico, previstos no CEM, e, portanto, não podem ser usados para majoração do mesmo.

Parecer Consulta nº 08/2002. Laudos radiológicos via *internet* (escaneados). Relatora:

Lívia Barros Garção. Aprovado em 05 de dezembro de 2002.

Ementa: não há empecilho para a emissão de laudos de procedimentos radiológicos baseados em imagens escaneadas via *internet*, desde que seja observado rigorosamente o que determina a resolução CFM nº 1.643/2002.

Parecer Consulta nº 40/2002. Necessidade de guardar a planilha de exames (rascunho), visto que o laudo é gravado em disquete. Relator: Carlos Alberto Ximenes. Aprovado em 06 de fevereiro de 2003.

Ementa: não há necessidade de guardar planilhas de exames (rascunho) após gravações de um laudo em disquete. Os laudos devem ficar arquivados em disquete por um período não inferior a vinte anos (Resolução CFM nº 1.639/2002). Há que se assegurar o sigilo, a integridade, bem como a possibilidade de restauração plena.

Parecer Consulta nº 40/2002 Aprovado em 6/2/2003

Interessados: Dr. A. G. N. e Dr. M. A. F.

Assunto: **necessidade de guardar a planilha de exames (rascunho), visto que o laudo é gravado em disquete.**

Relator: Carlos Alberto Ximenes
Processo Consulta: nº 14.311/2002

Pode-se descartar os rascunhos?

Por quanto tempo devemos arquivar os laudos em arquivo (disquete)?

Designados que fomos para emitir Parecer Consulta nº 040/2002, o fazemos na forma que se segue:

1- Não há necessidade de guardar planilhas de exames (rascunho) após gravação de um laudo em disquete.

2- Os laudos devem ficar arquivados em disquete por um período não inferior a vinte anos (Resolução CFM nº 1.639/2002).

3- **Há que se assegurar o sigilo, a integridade, bem como a possibilidade de restauração plena.**

Este é o meu parecer.

Carlos Alberto Ximenes
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 59/2003. Emissão de laudos citohistoanatomopatológicos emitidos por profissionais não-médicos. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 03 de março de 2005.

Ementa: comete infração ética o médico que aceita laudo citohistoanatomopatológico emitido por profissionais não-médicos.

Lavagem de ouvido

Parecer Consulta nº 32/2001. Realização de exame admissional e demissional bem como se o profissional fonoaudiólogo está apto ou não a executar “lavagem de ouvido”. Relatora: Lívia Barros Garção. Aprovado em 05 de dezembro de 2002.

Ementa: a lavagem de ouvido, sendo um procedimento possível de complicação, podendo acarretar prejuízo permanente na integridade física do indivíduo, não pode ser realizada por profissionais de enfermagem, incapazes legal e tecnicamente para tal mister. A lavagem de ouvido é ato médico, não podendo o fonoaudiólogo realizar tal ato, tendo em vista a falta de amparo legal. O médico do trabalho tem a grande responsabilidade de verificar se o candidato que está sendo examinado, no momento do exame admissional, tem condições de saúde adequadas para desempenhar as tarefas do cargo ao qual será admitido, reconhecendo também que o posto de trabalho não oferece riscos à saúde.

Leishmaniose visceral

Parecer Consulta nº 05/2001. Classificação da doença Leishmaniose Visceral ou Calazar como parasitária ou infecto-contagiosa. Relatora: Ana Maria de Oliveira. Aprovado em 25 de outubro de 2001.

Ementa: a leishmaniose é uma doença infecciosa parasitária, contagiosa ou transmissível de modo indireto (mosquito-homem).

Parecer Consulta nº 5/2001
Aprovado em 25/10/01

Interessada: Dra. J.C.O.L.

Assunto: **classificação da doença Leishmaniose Visceral ou Calazar como parasitária ou infectocontagiosa.**

Relatora: Ana Maria de Oliveira
Processo Consulta: nº 3.478/2000

A Leishmaniose Visceral ou Calazar é uma doença parasitária causada por um protozoário, a *Leishmania Chagasi*. Transmite-se para o ser humano sobretudo a partir da picada de um tipo de mosquito, o flebótomo *Lutzomyia longipalpis*; Então, diz-se que é uma doença infecciosa, parasitária, transmissível.

O termo doença contagiosa diz respeito àquela doença que transmite-se de modo direto de uma pessoa doente para outra sadia, e para a qual devemos empregar medidas de biossegurança. Ex.: meningite meningocócica, tuberculose pulmonar e sarampo, que são transmitidos de modo direto, via respiratória.

Assim, conclui-se que a Leishmaniose Visceral é uma doença infecciosa parasitária, contagiosa ou transmissível de modo indireto. (mosquito – homem).

Esse é meu parecer, S.M.J.

Goiânia, 25 de outubro de 2001

Ana Maria de Oliveira
Conselheira Relatora

Liberdade do exercício profissional

Parecer Consulta nº 07/2001. Solicitação de exames complementares. Relator: Elias Hanna. Aprovado em 11 de julho de 2002.

Ementa: o parecer solicitado parece-me contemplado pelo conselheiro relator Oliveira Guanaes de Aguiar (Parecer CFM nº 29/2000), no qual o mesmo conclui que “o médico, para melhor servir ao paciente, deve ter autonomia e liberdade no exercício de sua profissão. Se hou-

ver, como parece-me no presente caso, pedidos reiterados de exames considerados desnecessários e com indícios de procedimento doloso, deve tal fato ser levado ao conhecimento do Conselho Regional competente, respeitado o princípio constitucional de defesa. Mas fere a ética médica a limitação de procedimentos permitidos ao médico, sendo também antiéticas as medidas punitivas que lhe possam ser impostas quando ultrapassados os limites estabelecidos como estatisticamente aceitáveis.

Parecer Consulta nº 7/2001
Aprovado em 11/07/2002

Interessada: Dra. A.C.A.

Assunto: **solicitação de exames complementares**

Relator: Elias Hanna

Processo Consulta: nº 5.815/2001

1) DA SOLICITAÇÃO DO PARECER

O presente Parecer Consulta originou-se de consulta a esse Regional pela Dra. A.C.A. sobre solicitação de exames complementares, particularmente em relação a esta solicitação que segue anexo.

Sabemos que cabe ao médico assistente a solicitação de exames complementares para a elucidação diagnóstica e sabemos também que à auditoria cabe analisar as solicitações e, caso não concorde com elas, tentar resolver a situação contactando o médico assistente (o que foi feito sem êxito).

Assim, estamos diante deste caso, que, a nosso ver, demonstra um exagero pela solicitação de tantos exames de uma só vez, parecendo-nos que se esquece de valorizar a clínica e solicitar exames relacionados com a hipótese diagnóstica.

Portanto, gostaria de que as nossas dúvidas fossem esclarecidas em relação a este caso:

1 – ao analisar pedidos como este e embasado no parecer do representante da especialidade, podemos negar os pedidos com os quais não concordamos? Caso contrário, como proceder?

2 – Cabe representação do referido médico junto ao Conselho Regional de Medicina no qual o mesmo está inscrito?

2 - DOS EXAMES SOLICITADOS

Solicito a realização dos seguintes exames:
material: sangue venoso

- Hemograma completo, VHS, co. Retio., con. plaquetas, contagem diferencial para linfócitos T (inclusive CD3, CD4 e CD8) e B, Fe sérico.

- Na, K, Cl, Ca, Mg, P, uréia, creatinina, ác. úrico, amilase, lipase.

- Glicose, Hb glicosada, frutossamina, insulina, peptídeo C, anticorpos anti-ilhotas (anti-ICA 512), anticorpos anti-insulina, anti-GAD, proteína C reativa ultra-sensível.

- Ferritina, PTH (paratormônio), T3, T4, TSH, FT4, anticorpos anti-tireóide, tireoglobulina, prolactina, estrógenos, LH, FSH, progesterona, S-DHEA, testosterona livre e total, beta-HCG, cortisol.

- Sorologia (IgG e 1gM) para toxoplasmose e citomegalovirus, monotest;

- anti-dsDNA, anti Sm, anti Ro, anti U1RNP, anti LA, anticorpos anti-fosfolipídeos, fator reumatóide, haptoglobina, FAN.

- VDRL, FTA, ABS, ASO, CPK, Ckmb.

- TGO, TGP, LDH, B1, BD, BT, gamaGT, fosf. aleatina, colinesterase, TAP, PTT.

- HbsAg, anti-HbsAg, anti-HBc, anti-HCV, anti-HAV, tipagem sanguínea, HIV 1 e 2.

- eletroforese das proteínas, imunoeletroforese, dosagem do complemento (CH50, C3, C4).

3 - DA JUSTIFICATIVA QUANTO A SOLICITAÇÃO DOS EXAMES

“ATESTADO (assunto: referente a relatório solicitado pela Unimed)

Atesto para fim de justificativa de pedido de exames complementares no sangue que o paciente se encontra com quadro de artralgia migratória de pequenas e médias articulações, iniciado há 30 dias e agravado na última semana, quando houve a progressão e intensificação dos sintomas (os quais foram refratários aos anti-inflamatórios não-esteróides prescritos por ortopedista).

Houve neste mesmo período agudização de processo herpético e episódio de piodermite. Estão sendo consideradas as patologias auto-

imunes e seus acometimentos orgânicos, para a pesquisa laboratorial.

A paciente apresenta desconforto incapacitante do ponto de vista funcional e se encontra amamentando.

4 - PARECER CONSELHO DE ESPECIALIDADES REUMATOLOGIA

“Ao Dpto. de Intercâmbio – Unimed/GO

Em resposta à solicitação de parecer do Conselho de Especialidade de Reumatologia sobre o grande número de exames solicitados à paciente atendida no Rio de Janeiro, temos as seguintes observações:

1 – Faltou-nos o dado (importante) referente à idade da paciente. Supomos tratar-se de paciente jovem, idade fértil.

2 – O colega não relatou, em sua descrição, a relação existente entre o tempo de início dos sintomas e o período pós-parto, facilitando, assim, o raciocínio diagnóstico.

3 – Considerando as doenças autoimunes, de evolução pós-parto ou durante a gravidez, a avaliação laboratorial (secundária, a uma boa anamnese e exame físico reumatológico completo) poderia constar de: Hemograma/VHS = velocidade de hemossedimentação/eletroforese proteínas/VDRL/teste, látex (fator reumatóide) FAN/TSH e Tq livre/Glicose/EAS.

4 – O colega também não encaminhou dados de seu exame clínico, dificultando a compreensão para a solicitação de tantos exames.

5 – Com esta avaliação laboratorial inicial, teríamos condições de investigar doenças autoimunes, mas imprescindível torna-se a avaliação clínica.

6 – Havendo necessidade e afastando-se etiologia reumatológica para o caso, solicitaríamos parecer de colega infectologista, após conclusão de nossos dados.

5- DAS DISPOSIÇÕES DO NOSSO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

5.1 - Quanto aos princípios fundamentais:

“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. 5º - O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício 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”.

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

5.2 – Quanto aos direitos do médico:

Art. 21 - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.

5.3 – Quanto às responsabilidades profissionais:

Art. 42 - Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.

5.4 – Quanto à relação com pacientes:

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

6 - DA DISCUSSÃO DO MÉRITO

Povoam-se em nossas mentes grandes quadros pintados por mestres da renascença traduzidos pela figura de um doente acamado e seu médico à beira do leito em atividade de dedica-

ção integral dispensando-lhe toda sua capacidade, conhecimento e dedicação clínica na busca de um objetivo maior: o bem-estar de seu paciente.

O avanço das ciências médicas calcado no progresso tecnológico, no maior conhecimento de fisiopatologia das doenças, fez com que se dobrasse a expectativa de vida média das pessoas, avançássemos nos transplantes, prótese e até clonagem de órgãos, sem, no entanto, como observa Cristovam Buarque, fazer com que essas vidas mais longas fossem certamente mais felizes.

A mercantilização da Medicina trouxe recursos tecnológicos inimagináveis há alguns anos. O crescente desenvolvimento da Medicina Diagnóstica (imagenologia, bioquímica, análises clínicas, dosagens hormonais, biologia molecular, etc.) acrescentou-nos um enorme arsenal de métodos de apoio ao diagnóstico clínico.

No capítulo XXIII do livro *Erro Médico*, editado pela Unimontes (1999), os professores e também conselheiros Dr. Julio César Meireles Gomes e Genival Veloso de França abordam o tema Medicina Defensiva, relato dos quatro próximos parágrafos.

“Medicina defensiva constitui novidade introduzida recentemente na plêiade de atitudes redutoras do erro médico. Na verdade o polêmico conceito da medicina defensiva constitui uma estratégia de omissão criteriosa racional colocando o paciente como inimigo potencial do médico, o que fere no âmago e, por antecipação, a relação médico/paciente, pilar da boa Ética Médica”.

“A medicina defensiva pode nos levar a presumir em sua motivação remota outros interesses que incitam o médico a solicitar mais exames do que o mínimo necessário com o propósito de cercar-se de todas as garantias contra possíveis insatisfações ou de certos diagnósticos, protegendo-o de possíveis ações ou reclamações do usuário”.

“Ora, é preciso valorizar a ação do médico, recompor suas atitudes diagnósticas, fomentar uma relação médico/paciente plena e segura, como um ato legítimo de parceria e lealdade. Não sendo assim, corremos o risco de oferecer vantagens comerciais à indústria de diagnósticos, transferindo o eixo de uma relação beneficente para uma operação comercial aberta”.

“O exame sofisticado impressiona o paciente, que tem medo do erro do diagnóstico, mas é o exame clínico que fortalece uma relação de confiança e respeito. O médico, assim como o próprio homem, é a medida das coisas, senhor da razão e soberano diante das máquinas produzidas por sua inteligência e sujeitas à sua vontade”.

7 - CONCLUSÃO

O parecer solicitado parece-me contemplado pelo conselheiro relator Oliveira Guanaes de Aguiar (parecer CFM nº 29/2000), em que conclui que “o médico, para melhor servir ao paciente, deve ter autonomia e liberdade no exercício de sua profissão. Se houver, como parece-me no presente caso, pedidos reiterados de exames considerados desnecessários e com indícios de procedimento doloso, deve tal fato ser levado ao conhecimento do conselho regional competente (neste caso o CRM/RJ – Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro), respeitando o princípio constitucional de defesa”.

Mas fere a ética médica a limitação de procedimentos permitidos ao médico (fator moderador), sendo também antiéticas as medidas punitivas que lhe possam ser impostas quando ultrapassados os limites estabelecidos como estatisticamente aceitáveis (fator redutor).

Esse é meu parecer, S.M.J.

Goiânia, 11 de julho de 2002.

Elias Hanna
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 44/2001. Esclarecimentos relacionados à Residência Médica, em estar o profissional apto ou não a exercer determinada especialidade médica. Relator: Benedito Alves Moreira. Aprovado em 06 de junho de 2002.

Ementa: o aluno que estudou 6 anos e mais 2 anos de residência está habilitado para ser médico clínico, desde que devidamente inscrito no CRM. Se a residência de Cirurgia Geral for devidamente reconhecida pelo CNRM e ter sido esta realizada em local reconhecido pelo referi-

do órgão, está apto a ser um cirurgião geral, inclusive a divulgar sua especialidade, após estar devidamente registrado no CRM. Se o médico atuar em área que não é sua especialidade, deverá assumir o ônus por esta atuação, ou seja, deverá se responsabilizar por todo o ato executado.

Parecer Consulta nº 66/2001. Se é legal um profissional médico duvidar da veracidade de um pedido de exame feito por um especialista. Se é lícito as caixas de assistência constituírem “juízes”, os quais não têm a especialidade do médico que requisita tal exame. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 27 de maio de 2002.

Ementa: 1) Os profissionais médicos, independentemente de sua especialização, estão aptos a solicitarem quaisquer exames complementares para que os correlacione com seu raciocínio clínico e então se estabeleça o diagnóstico da doença. 2) Os relatórios de auditoria quando limitantes da ação profissional devem mostrar claramente os motivos elencados, justificando tecnicamente sua atuação, respeitados os ditames do Código de Ética Médica no que se refere ao sigilo e relacionamento entre médicos.

Parecer Consulta nº 17/2002. Avaliação ética do quesito intersexo. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 11 de julho de 2002.

Ementa: o conhecimento médico e os atos e procedimentos dele decorrentes são de uso amplo e irrestrito de todos os médicos, que deverão utilizá-lo com competência e responsabilidade, visando sempre ao bem-estar do paciente. No caso em tela, não há respaldo ético ou legal na proibição dos coloproctologistas em realizarem a colonoscopia, na suposição de que se trata de procedimento exclusivo da especialidade de Endoscopia Digestiva. O campo de atuação de uma especialidade não é uma fronteira intransponível no universo médico. Sua superação é permitida a todos os médicos, que responderão pelos seus atos quando agirem com imprudência, imperícia ou negligência.

Parecer Consulta nº 04/2003. Exames de Eletroencefalografia e Eletroencefalograma,

se esses exames são privativos da especialidade de Neurofisiologia. Vistas: Sizenando da Silva Campos Júnior. Aprovado em 17 de julho de 2003.

Ementa: Todo médico legalmente habilitado e inscrito no CRM/GO pode executar qualquer ato médico, na sua jurisdição. Entretanto, para que o médico possa anunciar títulos científicos, é necessário que ele esteja registrado no quadro de especialista do CRM. Isso não quer dizer que o médico não possa exercer atos de especialidades, mas é recomendável que disponha de habilitação técnica específica.

Parecer Consulta nº 33/2003. Legalidade de médico na escolha de atender por convênio ou SUS, de acordo com a melhor remuneração. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 22 de janeiro de 2004.

Ementa: não há ilícito ético ou moral quando o médico faz a opção de realizar o transplante ou a assistência pós-operatória por convênio ou SUS de acordo com a melhor remuneração, estando atento para não incorrer em cobrança em duplicidade por um mesmo ato ou procedimento e ainda respeitando a opção do paciente. Não cabe aos médicos julgarem a opção do paciente, desde, é claro, que não haja compactuação com ilícitos quaisquer, tais como cobrança dupla, superfaturamento ou exorbitância de procedimentos.

Parecer Consulta nº 43/2003. Exame de ultrassonografia. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 19 de fevereiro de 2004.

Ementa: ultrassonografia não pode ser considerada como uma especialidade médica. A ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia é área de atuação da especialidade Ginecologia e Obstetrícia. Nenhuma especialidade detém a exclusividade para a prática de qualquer ato médico.

Parecer Consulta nº 043/2003
Aprovado em 19/02/2004

Interessado: Unimed-Goiânia. B.A.F.P.
Assunto: **exame de ultrassonografia.**
Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior
Processo Consulta: nº 5.251/2000

DO PARECER:

O Dr. B. A. de F. P. – diretor médico da Unimed Goiânia solicita a este Regional parecer acerca da prática da ultrassonografia, conforme questionamentos a seguir:

1- A ultrassonografia pode ser considerada uma especialidade médica?

2- Em caso negativo, pode ser considerada área de atuação de alguma(s) especialidade(s)? Qual(is)?

3-Caso negativo, qual(is) a(s) especialidade(s) autorizada(s) pelo CRM/CFM a realizar(em) o procedimento de ultrassonografia?

REGULAMENTAÇÃO DA MATÉRIA:

A resolução CFM nº 1.666/2003 dispõe sobre a relação de especialidades médicas e áreas de atuação reconhecidas pelo CFM/AMB e CNRM e estabelece critérios para a especialização, obtenção de título de especialista e seus registros nos Conselhos Regionais de Medicina.

De acordo com esta resolução, estas são as especialidades/áreas de atuação que se relacionam com a ultrassonografia:

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

FORMAÇÃO: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

AMB: Concurso Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

ÁREAS DE ATUAÇÃO:

Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular
Ecografia Vascular com Doppler
Neurorradiologia

Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM: ATUAÇÃO EXCLUSIVA ULTRASSONOGRRAFIA GERAL

FORMAÇÃO: 2 anos

AMB: Concurso Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

ÁREA DE ATUAÇÃO: ULTRASSONOGRRAFIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

CNRM: Opcional PRM em Obstetrícia e Ginecologia

AMB: Concurso Convênio Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem/Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

REQUISITO: TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia

Baseado nesta Resolução respondemos ao solicitante do seguinte modo:

1 - A ultrassonografia pode ser considerada uma especialidade médica?

Resposta: não. As normas vigentes fazem menção à ultra-sonografia apenas na especialidade de **"DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - ATUAÇÃO EXCLUSIVA EM ULTRASSONOGRRAFIA GERAL"**

2 - Em caso negativo, pode ser considerada área de atuação de alguma(s) especialidade(s)? Qual(is)?

Resposta: a ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia é área de atuação da especialidade Ginecologia e Obstetrícia.

3 - Caso negativo, qual(is) a(s) especialidade(s) autorizada(s) pelo CRM/CFM a realiza(em) o procedimento de ultrassonografia?

Resposta: nenhuma especialidade detém a exclusividade para a prática de qualquer ato médico. A especialização é tida pelo CFM como um "plus" no saber médico, já que a Lei assegura ao médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde atua a liberdade para a prática médica em sua plenitude.

Por outro lado, deve-se destacar que o médico assume a responsabilidade por todo ato que pratica, considerando-se sempre, em todos os casos, suas qualificações e dedicação em prol do conhecimento médico.

Deve ser ressaltado que qualquer estabelecimento de saúde, bem como o médico, somente

podem divulgar a especialidade médica devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina.

No caso em tela, a divulgação da condição de especialista em ultrassonografia e/ou área de atuação em ultrassonografia somente pode ocorrer se o respectivo título de especialista/certificado de área de atuação estiver devidamente registrado no Cremego.

Daniel do Prado Figueiredo Júnior
Conselheiro Relator



Lição de anatomia do Dr. van der Meer
Quadro de van Mierevelt, 1617. Museu de Delft

Mapa diário de atendimento

Parecer Consulta nº 92/2005. Preenchimento da identificação do paciente em planilha de atendimento em unidades públicas pelo médico. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 29 de setembro de 2005.

Ementa: não deve ser de responsabilidade do médico o preenchimento no mapa diário de atendimento dos dados concernentes à identificação do paciente. Entretanto, deve o médico, no mapa diário de atendimento, preencher todos os dados necessários a estabelecer estatísticas de morbi-mortalidade.

Medicamento

Parecer Consulta nº 10/2001. Possibilidade de a empresa ter, juntamente com a caixa de primeiros socorros, outros medicamentos, como analgésicos, antitérmicos e antiácidos, uma vez que não há médico nas dependências da empresa. Relator: Wanderly Barroso Campos. Aprovado em 23 de janeiro de 2003.

Ementa: é permitida a dispensação de medicamentos anódicos que não dependem de prescrição médica e cuja venda é autorizada nos hotéis e estabelecimentos similares, como restaurantes, bares e outros, de acordo com o parágrafo único dos artigos 6º da lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, e 8 e 55, item I, ambos do decreto nº 74.170, de 10 de julho de 1974.

Parecer Consulta nº 47/2001. Procedimentos realizados por prestadores de serviços e enfermeiros. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 11 de julho de 2003.

Ementa: 1) é pacífico que a cobrança de taxa de sala por portes cirúrgicos e de taxas de uso de aparelhos e/ou instrumentos concomitantes deve estar regulamentado nos contratos entre as partes, e não pelo Conselho de Medicina. 2) À enfermeira, bem como a qualquer outro profissional, é dado o direito de visitar o paciente internado como auditor, porém com o

intuito de auditoria administrativa, no sentido de checagem dos procedimentos ou condutas médicas. 3) É de bom alvitre que previamente haja comunicação do contratante, no contrato, da orientação de usar medicamento genérico, ressaltando os casos imprevistos, tais como a escassez no mercado.

Parecer Consulta nº 59/2001. Justificativa perante os convênios de assistência médica quanto ao uso de medicações anestésicas de qualidade comprovadamente superiores, as quais oferecem uma maior segurança à realização de atos anestésico-cirúrgicos. Vistas: Haroldo de Oliveira Torres. Aprovado em 22 de outubro de 2002.

Ementa: para a prática da anestesia deve o médico anestesista avaliar previamente as situações de segurança hospitalar, somente praticando o ato anestésico se estiverem asseguradas as condições mínimas para a sua realização, cabendo ao diretor técnico da instituição garantir tais condições. Não está o médico anesthesiologista obrigado a fazer justificativas de drogas usadas em seu cotidiano profissional. Quanto a responder justificativas, deverá ser feito quando solicitado e não de maneira aleatória e generalizada. Uma ficha de anestesia preenchida de modo adequado, completa e legível é a melhor justificativa para o uso de qualquer droga nos procedimentos anestésicos.

Parecer Consulta nº 60/2001. Orientação de imunobiológicos (vacinas e soros). Se essa atividade deve ser exclusiva da classe médica ou se pode a enfermeira encarregar-se das orientações necessárias. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 07 de novembro de 2002.

Ementa: a legislação federal e seus decretos reguladores, claros e específicos agora, revigorados em resolução específica do ato médico e suas modalidades, discutidos na resolução CFM nº 1.627/2001, deixa claro e definitivamente discutida a situação dos profissionais de outras áreas em relação a atos compartilhados pelos profissionais da saúde, não podendo ser atribuídos atos exclusivos do profissional médico a outras profissões em atos compartilhados.

Parecer Consulta nº 20/2002. Efeitos provocados pela ingestão de medicamentos Prozac 20, Tegretol 200 e Frontal 0,5 mg. Relator: José

Alberto Alvarenga. Aprovado em 21 de maio de 2002.

Ementa: a solicitação que se refere aos efeitos terapêuticos e à toxicologia do medicamento encontra-se extensivamente delineada nas bulas dos medicamentos ou nos Mementos Terapêuticos da Farmacopéia Brasileira. As indicações clínicas e os riscos a que se submetem os pacientes que os utilizam por prescrição médica devem ser analisados caso a caso pelo médico assistente. Resguardados os ditames do artigo 102, caput e parágrafo único.

Parecer Consulta nº 60/2003. Responsabilidade de preenchimento do formulário e a necessidade ou não de o anestesista se informar dos medicamentos administrados por outros médicos durante o ato cirúrgico. Relator: Haroldo de Oliveira Torres. Aprovado em 18 de novembro de 2004.

Ementa: o anesthesiologista deve sempre se informar de todo fármaco administrado durante o ato anestésico-cirúrgico, devendo também registrar em seu formulário todo o procedimento realizado.

Parecer Consulta nº 65/2003. Conduta ética de chefe de comissão de infecção hospitalar que, por mais de uma vez, tenha riscado e alterado a prescrição de antibiótico. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 19 de fevereiro de 2004.

Ementa: o médico que se encontra na condição de chefe da Comissão de Infecção Hospitalar somente em situação de indiscutível conveniência para o paciente e em caso de impossibilidade de contato com o médico assistente poderá alterar prescrição ou tratamento de paciente, sendo recomendados o relatório e a discussão entre ambos dos benefícios de tal ato para o paciente em questão.

Parecer Consulta nº 110/2005. Restrição do fornecimento dos talonários de notificação de receita B por parte da Vigilância Sanitária Municipal de Jataí. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 19 de janeiro de 2006.

Ementa: Não há limitação do fornecimento de seqüência numérica da notificação de receita B.

Medicina alternativa

Parecer Consulta nº 06/2001. Eficácia da Medicina Alternativa (harmonização), que está sendo aplicada em um determinado hospital de Goiás. Relator: Umberto de Sá Cavalcante. Aprovado em 16 de agosto de 2001.

Ementa: a especialidade harmonização não consta no rol de especialidades reconhecidas pelo CFM. Na realização dos procedimentos nos limites das atribuições, o paciente tem inteira autonomia para aceitar ou não a prática de tal método, ficando a Diretoria Técnica do hospital com a responsabilidade de comunicar por escrito a autorização para a execução do método em questão, por qualquer médico que faça parte do corpo clínico do hospital.

Médico cooperado

Parecer Consulta nº 47/2003. Legalidade da exigência da Unimed-Anápolis para confecção de carimbo padronizado constando o número do código do cooperado junto com o número do CRM. Relator: Ciro Ricardo Pires de Castro. Aprovado em 13 de novembro de 2003.

Ementa: a exigência da Unimed/Anápolis é legal e tem apenas cunho técnico-administrativo. Visa a agilizar e racionalizar o pagamento das faturas. O médico, ao se cooperar, assume o compromisso de acatar as normas definidas em assembleias e a seguir o estatuto da cooperativa. Não há irregularidade na exigência de carimbo com nome e código do cooperado nos documentos e prontuários ou faturas preenchidas pelos médicos cooperados, sendo esta decisão pertinente e legal, delegada à Diretoria da Unimed pela própria Assembleia dos cooperados.

Médico do trabalho

Parecer Consulta nº 22/2001. Qual procedimento deve ser tomado para o solicitante dar continuidade ao trabalho que executa como

médico do trabalho. Relator: Benedito Alves Moreira. Aprovado em 04 de outubro de 2001.

Ementa: nada impede o médico de exercer seu trabalho nesta empresa, uma vez que não está infringindo o Código de Ética Médica por tal conduta. Contudo, é necessário o registro desta empresa no Cremeço.

Parecer Consulta nº 32/2001. Realização de exame admissional e demissional, bem como se o profissional fonoaudiólogo está apto ou não a executar "lavagem de ouvido". Relatora: Lívia Barros Garção. Aprovado em 05 de dezembro de 2002.

Ementa: a lavagem de ouvido, sendo um procedimento possível de complicação, podendo acarretar prejuízo permanente na integridade física do indivíduo, não pode ser realizada por profissionais de enfermagem, incapazes legal e tecnicamente para tal mister. A lavagem de ouvido é ato médico, não podendo o fonoaudiólogo realizar tal ato, tendo em vista a falta de amparo legal. O médico do trabalho tem a grande responsabilidade de verificar se o candidato que está sendo examinado, no momento do exame admissional, tem condições de saúde adequadas para desempenhar as tarefas do cargo ao qual será admitido, reconhecendo também que o posto de trabalho não oferece riscos à saúde.

Parecer Consulta nº 61/2001. Patologias de pacientes atendidos pelos médicos do trabalho em suas empresas. Relator: Afif Afrânio Rassi. Aprovado em 25 de abril de 2002.

Ementa: o médico do trabalho que necessitar de um parecer de especialista poderá requisitá-lo mediante acordo prévio sobre os seus honorários em caráter particular.

Parecer Consulta nº 55/2003. Emissão de Atestado de Saúde Ocupacional por médico que não tem especialidade em Medicina do Trabalho. Relatora: Ana Maria de Oliveira. Aprovado em 20 de novembro de 2003.

Ementa: em obediência às normas e leis vigentes, para ter caráter de Atestado Saúde Ocupacional (ASO), o referido documento deve ser emitido em papel próprio da empresa, por qualquer médico, desde que esteja em pleno exercício profissional e tenha sido encarregado, de preferência por escrito, pelo médico co-

ordenador no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Um atestado médico comum, prerrogativa do médico ante a necessidade de justificativa de falta ao trabalho, não constitui um Atestado de Saúde Ocupacional e portanto, não tem valor legal, como a ASO.

Parecer Consulta nº 86/2004. Legalidade ou não em se recusar um atestado de funcionário que foi desligado da empresa. Relator: Bragmar Emílio Braga. Aprovado em 28 de outubro de 2004.

Ementa: médico do Trabalho, de posse de atestado médico emitido por colega, deve examinar o paciente, avaliar seu estado clínico e sua capacidade laborativa, independentemente do contido no referido atestado. O médico do Trabalho tem competência e poder de divergir do colega, mas isto só pode ser feito após o exame direto do paciente.

Parecer Consulta nº 086/2004 Aprovado em 28/10/2004

Interessado: C. A. S. R.

Assunto: **legalidade ou não em se recusar um atestado de funcionário que foi desligado da empresa.**

Relator: Bragmar Emílio Braga

Processo Consulta: nº 27.676/2004.

O presente Parecer Consulta originou-se de consulta a esse Regional por M.A.F. sobre consulente que **trabalha em duas empresas como médico do trabalho (examinador), que nos relata:**

"Em conformidade com NR 7, (da lei nº 6.514, de 22/12/1977), que diz no item 7.4.3.5. 'O exame demissional será obrigatoriamente realizado até a data da homologação, desde que o último exame médico ocupacional tenha sido realizado há mais de [...] 135 dias para as empresas de grau de risco I e II segundo o quando I da NR 4'.

Na empresa em que presto serviço, uma funcionária que trabalha no Setor de Atendimento ao Cliente (SAC), onde não faz esforço repetitivo nem tem postura forçada, uma vez que ocupa o cargo de chefia, fez, há menos de dois meses, exame periódico no qual constatei uma patologia, mas (em conformidade com o

Manual Avaliação de Incapacidade Laborativa (editora LTR, org. Wladimir Novaes Filho), eu a considerei apta para a função, tanto que a mesma já a vinha exercendo há meses.

Nesse ínterim, ao ser demitida, a funcionária foi desligada da empresa sem passar pelo exame demissional, em conformidade com a NR 7, supracitada. Inconformada com a demissão a mesma procurou um médico e trouxe um atestado dizendo que ela necessitaria ser submetida a uma cirurgia da patologia (síndrome do túnel do carpo). Como a empresa me informou que ela já estava desligada da empresa, eu me recusei a receber o tal atestado e a orientei a procurar o sindicato da sua categoria, uma vez que a rescisão somente se consolida com a homologação (ela já tinha mais de ano de casa). Com o desenrolar dos fatos, o sindicato não homologou, e o desligamento está pendente. Agora, a funcionária me acusa de ter faltado com a ética ao recusar receber um atestado de um empregado que já se encontrava desligado da empresa. Eu fiquei na dúvida e me antecipo solicitando um parecer do CRM. Nesses casos, o médico comete falta ética, ao recusar um atestado de um funcionário que já foi desligado da empresa? Qual seria a conduta mais ética? No meu entendimento, e posso estar equivocado, a mesma realmente tem uma patologia, mas que não a incapacita para exercer a função que vinha exercendo”.

O que é síndrome do túnel do carpo?

É um conjunto de sinais e sintomas decorrentes da compressão do nervo mediano na região do punho. Trata-se da neuropatia compressiva mais comum na prática clínica, sendo frequentemente bilateral.

Quais as causas da síndrome do túnel do carpo?

As causas da síndrome do túnel do carpo são multifatoriais. A doença é muito mais comum em mulheres (4:1), especialmente a partir da 5ª década de vida. Vários fatores estão envolvidos, tais como alterações endócrinas (hipotireoidismo, gestação, acromegalia, diabetes), estruturais (fratura do punho, edema, depósito de amilóide) e ergonômicas (trabalho pesado, esforços repetitivos). Muitos casos acabam sendo rotulados como idiopáticos.

Fundamentação legal – lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977, que altera o Capítulo V do Título II da CLT, relativo à segurança e medicina do trabalho e dá outras providências.

“Seção V – Dar medidas preventivas de medicina do trabalho”.

“Artigo 168 – Será obrigatório o exame médico do empregado, por conta do empregador”.

E também a portaria nº 3.214/1978, pela NR 7 – PCMSO.

Conforme NR 7.4.3.5, o exame médico demissional será obrigatoriamente realizado até a data da homologação, desde que o último exame médico ocupacional tenha sido realizado há mais de 135 dias para empresas de grau de risco 1 e 2; regendo o quadro I da NR 4.

Resolução do CFM nº 1.488/1998

“Artigo 2º - Para o estabelecimento do nexo causal entre os transtornos de saúde e as atividades do trabalhador, além do exame clínico (físico e mental) e dos exames complementares, quando necessários, deve o médico considerar:

I - a história clínica e ocupacional, decisiva em qualquer diagnóstico e/ou investigação do nexo causal;

II - o estudo do local de trabalho;

III - o estudo da organização do trabalho;

IV - os dados epidemiológicos;

V - a literatura atualizada;

VI - a ocorrência de quadro clínico ou subclínico em trabalhador exposto a condições agressivas;

VII - a identificação de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, estressantes e outros;

VIII - o depoimento e a experiência dos trabalhadores;

IX - os conhecimentos e as práticas de outras disciplinas e de seus profissionais sejam ou não da área da saúde”.

PROCESSO-CONSULTA – CRM Nº 6310/2001 PC/CFM/Nº 49/2002

“Ementa: o médico do trabalho deve avaliar o estado de saúde do trabalhador mediante exame direto. A alteração da recomendação contida em atestado emitido por outro médico impõe-lhe a responsabilidade sobre o examinado. Atestados médicos sem a identificação do emittente não devem ser acatados. Ao médico res-

ponsável pela definição de capacidade laboral cabe firmar diagnóstico.

Finalmente, o consulente indaga se pode discordar com o afastamento completo do trabalho indicado pelo colega que emitiu o atestado e decidir pela manutenção da terapêutica instituída, mantendo o empregado trabalhando em outra atividade que não acarrete prejuízos ao tratamento.

Entendo que sim, o médico do trabalho tem esse poder, mas deve lembrar-se de que assim agindo assumirá a responsabilidade sobre a recuperação do paciente”.

PROCESSO Nº TRT-RO – 5170/01

Dano Moral – Dort/ler - Reintegração

“Ementa: DORT/LER. REINTEGRAÇÃO. DANOS MORAIS.

Houve no decorrer do contrato de trabalho celebrado entre as partes litigantes um agravamento da doença da autora em decorrência às normas de proteção ao trabalho, bem como da função por ela exercida. Portanto, determino que seja nula a demissão da recorrente, garantindo-lhe o emprego na função anteriormente exercida. O trauma psicológico decorrente das limitações físicas ocasionadas pela doença profissional, acarretando parcial incapacitação para a vida profissional, é o maior dano moral causado à dignidade humana, pois decorre deste a discriminação social e o complexo de inferioridade no desempenho das funções, quando o mercado competitivo exige do indivíduo a excelência”.

CONCLUSÃO

Após análise de todos os relatos, pareceres, consultas, resoluções, legislação pertinente e similaridade com outros casos, podemos afirmar que, como todas as dúvidas existentes no exercer da Medicina e na visão de que o bem maior que nós lidamos é a saúde do paciente, em particularmente na Medicina do Trabalho, a decisão é preservar a saúde do trabalhador(a) e não permitir que o trabalho agrave os distúrbios pré-existentes.

Mesmo que o nobre colega tenha a prerrogativa de que a norma regulamentadora o faculte no exame demissional, a realização deste

até 135 dias antes da homologação da rescisão para os riscos 1 e 2 (NR 7), temos a certeza de que, com um período tão extenso, muita coisa pode mudar em relação à saúde de um trabalhador(a). A nossa saúde é temporal, pontual.

Entendemos também que dificilmente um distúrbio ou lesão (síndrome do túnel do carpo), de acordo com seu relato, seja relacionado ao trabalho, porém não invalida que o mesmo apresente após determinado período uma agudização e que possa lhe trazer esta limitação (incapacidade).

A maneira correta seria examinar o atestado novamente e a paciente e, se dúvida houver, que entre em contato com o colega médico assistente para que possam em conjunto discutir o caso em tela e tomar a melhor decisão para a paciente.

Apesar da preocupação do colega ser em relação à conduta ética, o Capítulo III do CEM nos fala da responsabilidade profissional: É vedado ao médico nos Arts. 29, 31, 40 e 41.

Concordamos com o conselheiro do CFM Rubens dos Santos Silva em processo consulta nº 6.310/2001 (PC CMF nº 49/2002) dando a seguinte resposta: “De posse de atestado médico emitido por colega, deve examinar o paciente, avaliar o seu estado clínico e sua capacidade laborativa para só então decidir sobre o afastamento e o seu período de tempo, independentemente do contido no atestado referido; o médico do trabalho tem competência e poder de divergir do colega, estabelecendo sua própria opinião clínica, mas isto só pode ser feito após o exame direto do paciente”.

Finalizando, entendemos, que o colega consulente quando da não análise do atestado do outro colega (médico assistente) e nem mesmo da paciente (trabalhadora), não poderia afirmar se houve agravo ou não à sua saúde, pois a empregada ainda é funcionária da empresa e, como tal, deve ser examinada por ele.

E, assim agindo, foi omissivo em relação ao caso.

Este é o parecer, SMJ.

Goiânia, 21 de setembro de 2004.

Bragmar Emilio Braga
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 94/2005. Legalidade e moralidade sobre a combinação de função de médico da empresa e coordenador e responsável pelo PCMSO. Relator: Francisco Geraldo Sarti de Carvalho. Aprovado em 31 de março de 2005.

EMENTA: a função de médico de empresa e coordenador e responsável pelo PCMSO são atividades periciais compatíveis legal e moralmente para serem exercidas pelo mesmo médico.

**Parecer Consulta nº 94/2005
Aprovado em 31/03/2005**

Interessado: A.L.L.N.

Assunto: **legalidade e moralidade sobre a combinação de função de médico da empresa e coordenador e responsável pelo PCMSO.**

Relator: Francisco Geraldo Sarti de Carvalho
Processo Consulta: nº 31.354/2005

A consulta oriunda do advogado Dr. A. L. L. N. solicita esclarecimentos quanto à legalidade e moralidade sobre a combinação de função médico de empresa e coordenador e responsável pelo PCMSO, primordialmente quanto à questão da análise e recusa de atestados médicos.

A portaria nº 3.214, de 8 de junho de 1978, do Ministério do Trabalho, e suas posteriores alterações estabeleceram a NR-7, Norma Regulamentadora nº 7, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que trata do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), determinando:

“DAS RESPONSABILIDADES

7.3.1 – Compete ao empregador:

- a) garantir a elaboração e efetiva implementação do PCMSO, bem como zelar pela sua eficácia;
- b) custear, sem ônus para o empregado, todos os procedimentos relacionados ao PCMSO;
- c) indicar, entre os médicos dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESME) da empresa, um coordenador responsável pela execução do PCMSO;
- d) no caso de a empresa estar desobrigada

de manter médico do trabalho, de acordo com a NR-4, deverá o empregador indicar médico do trabalho, empregado ou não da empresa, para coordenar o PCMSO;

e) inexistindo médico do trabalho na localidade, o empregador poderá contratar médico de outra especialidade para coordenar o PCMSO.

[...]

7.3.2. Compete ao médico coordenador:

a) realizar os exames médicos previstos no item 7.4.1., ou encarregar os mesmos a profissional médico familiarizado com os princípios da patologia ocupacional e suas causas, bem com o ambiente, as condições de trabalho e os riscos a que está ou será exposto cada trabalhador da empresa a ser examinado.

b) encarregar dos exames complementares previstos nos itens, quadros e anexos desta NR, profissionais e/ou entidades devidamente capacitados, equipados e qualificados.

7.4 DO DESENVOLVIMENTO DO PCMSO

7.4.1 O PCMSO deve incluir, entre outros, a realização obrigatória dos exames médicos:

- a) admissional;
- b) periódico;
- c) de retorno ao trabalho;
- d) de mudança de função
- e) demissional.

7.4.2 Os exames de que trata o item 7.4.1 compreendem:

- a) avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional e exame físico e mental;
- b) exames complementares, realizados de acordo com os termos especificados nesta NR e seus anexos.

[...]

7.4.8. Sendo constatada a ocorrência ou agravamento de doenças profissionais, através de exames médicos que incluam os definidos nesta NR, ou sendo verificadas alterações que revelem qualquer tipo de disfunção de órgão ou sistema biológico, através dos exames constantes dos quadros I (apenas aqueles com interpretação SC) e II, e do item 7.4.2.3 da presente NR mesmo sem sintomatologia, caberá ao médico coordenador ou encarregado:

- a) solicitar à empresa a emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT;

b) indicar, quando necessário, o afastamento do trabalhador da exposição ao risco, ou do trabalho;

c) encaminhar o trabalhador à Previdência Social para o estabelecimento de nexos causal, avaliação de incapacidade e definição da conduta previdenciária em relação ao trabalho;

d) orientar o empregador quanto à necessidade – adoção de medidas de controle no ambiente de trabalho”.

A Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.488/1998, entre outras determinações, cita:

“Art. 1º – Aos médicos que prestam assistência médica ao trabalhador, independentemente de sua especialidade ou local em que atuem, cabe:

I - assistir ao trabalhador, elaborar seu prontuário médico e fazer todos os encaminhamentos devidos;

II - fornecer atestados e pareceres para o afastamento do trabalho sempre que necessário, considerando que o repouso, o acesso a terapias ou o afastamento de determinados agentes agressivos faz parte do tratamento;

III - fornecer laudos, pareceres e relatórios de exame médico e dar encaminhamento, sempre que necessário, para benefício do paciente e dentro dos preceitos éticos, quanto aos dados de diagnóstico, prognóstico e tempo previsto de tratamento. Quando requerido pelo paciente, deve o médico pôr à sua disposição tudo o que se refira ao seu atendimento, em especial cópia dos exames e prontuário médico.

Art. 2º – Para o estabelecimento do nexo causal entre os transtornos de saúde e as atividades do trabalhador, além do exame clínico (físico e mental) e os exames complementares, quando necessários, deve o médico considerar:

I - a história clínica e ocupacional, decisiva em qualquer diagnóstico e/ou investigação de nexo causal;

II - o estudo do local de trabalho;

III - o estudo da organização do trabalho;

IV - os dados epidemiológicos;

V - a literatura atualizada;

VI - a ocorrência de quadro clínico ou subclínico em trabalhador exposto a condições agressivas;

VII - a identificação de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, estressantes e outros;

VIII - o depoimento e a experiência dos trabalhadores;

IX - os conhecimentos e as práticas de outras disciplinas e de seus profissionais sejam ou não da área de saúde;

Art. 3º – Aos médicos que trabalham em empresas, independentemente de sua especialidade, é atribuição:

I - atuar visando essencialmente à promoção da saúde e à prevenção da doença, conhecendo, para tanto, os processos produtivos e o ambiente de trabalho da empresa;

II - avaliar as condições de saúde do trabalhador para determinadas funções e/ou ambientes, indicando sua alocação para trabalhos compatíveis com suas condições de saúde, orientando-o, se necessário, no processo de adaptação;

III - dar conhecimento aos empregadores, trabalhadores, comissões de saúde, CIPAS e representantes sindicais, através de cópias de encaminhamentos, solicitações e outros documentos, dos riscos existentes no ambiente de trabalho, bem como dos outros informes técnicos de que dispuser, desde que resguardado o sigilo profissional;

IV - promover a emissão de Comunicação de Acidente do Trabalho, ou outro documento que comprove o evento infortunístico, sempre que houver acidente ou moléstia causada pelo trabalho. Essa emissão deve ser feita até mesmo na suspeita de nexo causal da doença com o trabalho. Deve ser fornecida cópia dessa documentação ao trabalhador;

V - notificar, formalmente, o órgão público competente quando houver suspeita ou comprovação de transtornos da saúde atribuíveis ao trabalho, bem como recomendar ao empregador a adoção dos procedimentos cabíveis, independentemente da necessidade de afastar o empregado do trabalho.

Art. 4º. – São deveres dos médicos de empresa que prestam assistência médica ao trabalhador, independentemente de sua especialidade:

I - atuar junto à empresa para eliminar ou atenuar a nocividade dos processos de produção e organização do trabalho, sempre que haja risco de agressão à saúde;

II - promover o acesso ao trabalho de portadores de afecções e deficiências para o traba-

lho, desde que este não a agrave ou ponha em risco sua vida;

III - opor-se a qualquer ato discriminatório impeditivo do acesso ou permanência da gestante no trabalho, preservando-a, e ao feto, de possíveis agravos ou riscos decorrentes de suas funções, tarefas e condições ambientais.

Art. 5º – Os médicos do trabalho (como tais reconhecidos por lei), especialmente aqueles que atuem em empresas como contratados, assessores ou consultores em saúde do trabalhador, serão responsabilizados por atos que concorram para agravos à saúde dessa clientela conjuntamente com os outros médicos que atuem na empresa e que estejam sob sua supervisão nos procedimentos que envolvam a saúde do trabalhador, especialmente com relação à ação coletiva de promoção e proteção à sua saúde.”.

A Resolução CFM nº 1.658/2002 determina:

“[...]

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.”

O Parecer Consulta CFM nº 49/2002, em decorrência do Processo Consulta CFM nº 6.310/2001 traz em sua Ementa:

“Ementa: O médico do trabalho deve avaliar o estado de saúde do trabalhador mediante exame direto. A alteração da recomendação con-

tida em atestado emitido por outro médico impõe-lhe a responsabilidade sobre o examinado. Atestados médicos sem a identificação do emittente não devem ser acatados. Ao médico responsável pela definição de capacidade laboral cabe firmar o diagnóstico.”

No citado Parecer Consulta CFM nº 49/2002 há a questão:

“[...]

3 - No caso de não concordar com um atestado de colega (quanto ao prazo do atestado, por exemplo, se entender que é exagerado), posso alterá-lo?

[...]

Quanto à terceira pergunta, o médico do trabalho, de posse de atestado médico emitido por colega, deve examinar o paciente, avaliar o seu estado clínico e sua capacidade laborativa para só então decidir sobre o afastamento e o seu período de tempo independentemente do contido no atestado referido; o médico do trabalho tem competência e poder de divergir do colega, estabelecendo sua própria opinião clínica, mas isto só pode ser feito após o exame direto do paciente”.

Concluindo o Parecer Consulta, o conselheiro parecerista Dr. Rubens do Santos Silva assim se manifesta:

“Finalmente, o consulente indaga se pode discordar com o afastamento completo do trabalho indicado pelo colega que emittiu o atestado e decidir pela manutenção da terapêutica instituída, mantendo o empregado trabalhando em outra atividade que não acarrete prejuízos ao tratamento.

Entendo que sim, o médico do trabalho tem esse poder, mas deve lembrar-se de que assim agindo assumirá a responsabilidade sobre a recuperação do paciente.”.

Do Código de Ética Médica (CEM), podemos extrair:

“É vedado ao médico:

Art. 118 – Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competência.

Art. 119 – Assinar laudos periciais ou de verificação médico-legal, quando não o tenha realizado, ou participado pessoalmente do exame.

Art. 120 – Ser perito de paciente seu, de

pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho.

Art. 121 – Intervir, quando em função de auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.”.

Expostas as normas e resoluções vigentes relativas à consulta em tela e atendendo ao fulcro do questionamento, que é a legalidade e moralidade sobre a combinação da função de médico da empresa e coordenador e responsável pelo PCMSO, entendo que são atividades periciais cuja combinação é compatível para ser exercida pelo mesmo médico, tanto no aspecto legal quanto no moral. Não há o impedimento da legislação vigente, o que corrobora para que não haja impedimento moral, obviamente respeitando-se aos citados artigos do Código de Ética Médica (CEM).

Este é o parecer, SMJ.

Goiânia, 14 de março de 2005.

Francisco Geraldo Sarti de Carvalho
Conselheiro Relator

Médico itinerante

Parecer Consulta nº 16/2001. Planos ou convênios de saúde que propõem cartões de descontos sobre honorários médicos, bem como, se é ou não responsabilidade do diretor técnico/clínico, em casos de médicos que prestam atendimentos e realizam cirurgias em locais onde não residem. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 24 de outubro de 2001.

Ementa: a figura do médico itinerante é uma realidade em várias regiões do País, particularmente em locais desprovidos de recursos ou de especialistas em determinadas áreas. A concorrência desleal entre médicos, vedada pelo artigo 80 do Código de Ética Médica, é representada genericamente pelo médico que lança mão de métodos ilícitos e/ou espúrios para angariar clientela.

Médico perito

Parecer Consulta nº 27/2002. Licitude de um médico-legista atuar como perito em Delegacia de Polícia. Relator: Caio Fernando Vicente da Silva. Aprovado em 07 de novembro de 2002.

Ementa: encontra-se resposta à indagação formulada na resolução CFM nº 1.635, de 09 de maio de 2002, em seus artigos 1º, 2º, 3º e 4º.

Parecer Consulta nº 28/2002. Obrigatoriedade da prestação de informações escritas ao paciente, pelos médicos peritos do INSS. Relator: Afif Afrânio Rassi. Aprovado em 29 de março de 2003.

Ementa: a recusa de tais informações é passível de abertura de processo ético profissional em desfavor do responsável técnico da Perícia Médica do INSS, conforme dispõem os artigos 1º, 4º, 59, 71 e 118.

Parecer Consulta nº 70/2002. Definição e diferença entre auditor e perito. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 23 de janeiro de 2003.

Ementa: auditoria médica e perícia médica são habilidades profissionais médicas específicas e distintas em suas técnicas e atuações. A necessidade de conhecimento técnico e científico ensejam aperfeiçoamento e dedicação por parte dos que as praticam. O Código de Ética Médica, em seus artigos 118, 119, 120 e 121, estabelece os limites éticos da atuação profissional de auditor e perito.

Parecer Consulta nº 70/2002
Aprovado em 23/1/2003

Interessado: C. R. F.

Assunto: **definição e diferença entre auditor e perito.**

Relator: José Alberto Alvarenga
Processo Consulta nº 16.458/2002

Exmo. Sr.
Dr. Erso Guimarães
DD. Presidente do Cremego

Senhores conselheiros,

Designado a emitir Parecer Consulta de nº 70/2002 sobre definição e diferença entre auditor e perito, passamos a apresentá-lo na forma que se segue:

PARTE EXPOSITIVA:

Em Ofício Circular do CRF da 5ª Região de nº 67, o Conselho Regional de Fonoaudiologia, por ordem de sua presidenta, L.M.B., solicita documentos que definam o que é “auditor”, qual a sua necessidade e se existe diferença entre auditor e perito, bem como as normas que regulamentam tais ações.

A auditoria médica ou assistencial encontra-se bem definida em Parecer Consulta do Conselho Federal de Medicina de nº 011/1999, de 8 de janeiro de 1999, emitido pelo conselheiro federal Dr. Paulo Eduardo Behrens, aprovado em sessão plenária de 07 de abril de 1999.

O conceito emitido no bojo do parecer acredito contemplar sua definição, a saber: “auditoria médica é o conjunto de atividades e ações de fiscalização, de controle e a avaliação dos processos e procedimentos adotados, assim como o atendimento prestado, objetivando sua melhor adequação e qualidade, detectando e saneando eventuais distorções e propondo medidas para seu melhor desempenho e resolutividade”.

A regulamentação da auditoria médica foi instituída pelo Sr. presidente da República no decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, publicado no *Diário Oficial da União* de nº 189, de 02 de outubro de 1995, cumprindo o previsto no artigo 16, inciso XIX da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no artigo 6º da lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, as quais deram origem ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) junto ao SUS, em todas as esferas de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.

A resolução do Conselho Federal de Medicina de nº 1.614, de 8 de fevereiro de 2001, publicada no *Diário Oficial – Poder Executivo*, Brasília (DF), nº 48, de 9 de março de 2001, Seção 1, p. 17, estabelece condutas a serem adotadas pelos auditores médicos e norteia as ações de auditoria médica.

A perícia médica é uma sindicância de natureza médica que visa a esclarecer fatos que interessam em um procedimento judicial ou administrativo. É um elemento de prova fundamental quando as normas (penais, civis, administrativas etc.) exigem conhecimentos médicos para serem executadas.

Trata-se de um ramo da Medicina Legal em que os ensinamentos técnicos e científicos especiais são ministrados e suficientes para a emissão de pareceres.

A lei nº 3.268/1957 e o decreto nº 20.931/1932 norteiam a profissão do médico. O Conselho Federal de Medicina, em Parecer Jurídico de nº 163/1997, estabelece: “Ato pericial é ato médico. O perito médico-legista subjugase aos preceitos legais que regem a matéria a ser examinada. O perito médico-legista deve obediência aos preceitos éticos da Medicina. O trabalho desempenhado pelo médico legista é de natureza médico-pericial e não policial”.

O parecer do Setor Jurídico do CFM de nº 306/1998 expõe com clareza as ações de perito e apresenta em seu bojo o conceito de Gagli: “Perito, de fato, é aquele que, por capacidade técnica especial, é chamado a dar o seu parecer sobre a avaliação de uma prova. Tratando-se de juízo científico, não pode ele variar conforme a finalidade ou o interesse da parte que oferece a perícia”.

O perito deverá ter habilitação legal, conforme determina o artigo 145 do Código de Processo Civil. A inobservância deste artigo poderá ensejar nulidade ao processo. Porquanto, se ele não é habilitado, está impedido.

A lei nº 9.620, de 02 de abril de 1998, cria a carreira de supervisor médico pericial no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), complementada pela resolução nº 688, de 3 de maio de 1999.

PARTE CONCLUSIVA:

Auditoria médica e perícia médica são habilidades profissionais médicas específicas e distintas em suas técnicas e atuações.

A necessidade de conhecimentos técnicos e científicos enseja aperfeiçoamento e dedicação por parte dos que as praticam.

Enfim, sabiamente, o Código de Ética Médica, em seus artigos 118, 119, 120 e 121, estabe-

lece os limites éticos da atuação profissional de auditor e perito.

Este é o meu parecer, que coloco à disposição deste pleno para análise e considerações.

José Alberto Alvarenga
Conselheiro Relator

Médico plantonista

Parecer Consulta nº 75/2002. Obrigatoriedade de um médico plantonista acompanhar o paciente consultado em pronto-socorro. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 06 de novembro de 2003.

Ementa: não há que se falar em responsabilidade de médico plantonista por não acompanhar a paciente, quando formulou diagnóstico correto e instituiu medicação e medidas adequadas para o caso.

Parecer Consulta nº 105/2005. Obrigatoriedade de haver plantonista noturno e de finais de semana no hospital. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 17 de novembro de 2005.

Ementa: é obrigação de todo hospital que mantém regime de internação disponibilizar plantonista em regime integral para atender as intercorrências dos pacientes que estiverem internados.

Médico preceptor

Parecer Consulta nº 35/2001. Necessidade da presença de professores ou médicos orientadores durante atendimento realizado pelo estudante, médico residente ou estagiário. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 25 de abril de 2002.

Ementa: a ausência de professores ou médicos orientadores durante o atendimento realizado pelo estudante, médico residente ou estagiário implica infração ética cometida pelo professor. O mesmo fato implica em simultânea infração ética cometida pelos dirigentes do estabelecimento/instituição, caso não sejam to-

madas as providências administrativas e éticas que o caso requer.

Médico residente

Parecer Consulta nº 35/2001. Necessidade da presença de professores ou médicos orientadores durante atendimento realizado pelo estudante, médico residente ou estagiário. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 25 de abril de 2002.

Ementa: a ausência de professores ou médicos orientadores durante o atendimento realizado pelo estudante, médico residente ou estagiário implica infração ética cometida pelo professor. O mesmo fato implica em simultânea infração ética cometida pelos dirigentes do estabelecimento/instituição, caso não sejam tomadas as providências administrativas e éticas que o caso requer.

Parecer Consulta nº 42/2002. Atitude dos médicos residentes do Hospital Materno Infantil em deflagarem greve, até mesmo nos serviços de emergência. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 29 de janeiro de 2004.

Ementa: o médico residente devidamente regularizado perante o CRM/GO e inserido em pós-graduação assume todas as responsabilidades éticas e legais pelos seus atos. Entretanto, deve ser destacado que essa responsabilidade é compartilhada pela supervisão de outro profissional que obrigatoriamente o acompanha em todas as atividades que ele desenvolve no serviço de pós-graduação. Todo movimento paredista em estabelecimentos de saúde deve ser precedido de negociações formais, assembleias e comunicados, com o propósito de tentar evitar a paralisação. Caso ocorra a paralisação, devem ser preservados os atendimentos de urgência/emergência pelos próprios grevistas ou outros profissionais do estabelecimento. O fato de o residente R1 e R2 exercerem atividades conjuntas no mesmo serviço pressupõe a possibilidade de deflagração de movimento conjunto em prol de se assegurarem direitos comuns e benefícios coletivos. Quanto ao prazo para o pagamento de bolsa aos médicos residentes de uma instituição, existem normas estabelecidas

pela CNRM/MEC, sendo o atraso desumano implicando no comprometimento da manutenção da subsistência do médico residente, que é obrigado a ter dedicação exclusiva.

Parecer Consulta nº 31/2003. Legalidade da realização de sessões clínicas nas dependências do Pronto Socorro Psiquiátrico do Departamento de Saúde Mental. Relator: Wanderly Barroso Campos. Aprovado em 18 de novembro de 2004.

Ementa: não constitui ilícito ético o exercício prático, sob supervisão do ensino médico a residentes e estudantes de Medicina, que adota as sessões clínicas como modelo em escolas de Medicina ou em serviços médicos devidamente capacitados, respeitados os direitos dos pacientes materializados no consentimento esclarecido.

Mercantilização da medicina

Parecer Consulta nº 36/2001. Comercialização, em clínica privada de dermatologia, de formulações tópicas cosmeceúticas de fitocomplexos estudados e desenvolvidos pelo proprietário. Relator: Afif Afrânio Rassi. Aprovado em 17 de outubro de 2001.

Ementa: ao se proceder a referida prática, fica clara a infração ética aos artigos 9º e 99 do CEM.

Parecer Consulta nº 34/2003. Legalidade na imposição de encaminhamento de materiais para anatomopatológico para apenas um laboratório, referente aos convênios. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 11 de dezembro de 2003.

Ementa: a prática mencionada configura um ilícito, e, uma vez identificada na luz das evidências, deve ser denunciada, nomeando-se os envolvidos.

Método de diagnóstico

Parecer Consulta nº 02/2001. Exames de ultrassonografia solicitados por enfermeira da

rede pública. Relator: Guilherme Lopes Barbosa. Aprovado em 05 de abril de 2001.

Ementa: licitude do pedido de exame de ultrassonografia feito por enfermeira (os) da rede municipal de saúde. Há uma interface entre a Medicina e a Enfermagem decorrente da resolução Cofen nº 195/1997, cuja matéria dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiros, na qual resolve: "O enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais". Entretanto, a solicitação destes fora dos programas de saúde elencados pela resolução nº 195/1997 poderá estar caracterizado o exercício irregular da Medicina.

Parecer Consulta nº 2/2001 Aprovado em 05/04/2001

Interessado: M.A.F.

Assunto: **interface entre a Medicina e a Enfermagem na solicitação de exames complementares.**

Relator: Guilherme Lopes Barbosa
Processo Consulta: nº 5.251/2000

O presente Parecer Consulta originou-se de consulta a esse Regional por M.A.F. sobre pedido de exame de ultrassonografia solicitado por enfermeira(o) da rede municipal (Sec. Municipal de Saúde). É correto realizarmos tal exame ou não? A paciente é consultada por um médico (Equipe Multidisciplinar).

DOS FATOS:

A presente solicitação é fruto da interface entre a Medicina e a Enfermagem, decorrente da Resolução nº 195/1997, do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), cuja matéria dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiros, na qual resolve, no artigo primeiro: "O enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais".

CONSIDERAÇÕES:

Considerando a lei nº 7.948, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.

Considerando o parecer do Setor Jurídico nº 184/1997 do CFM, no qual, analisando a resolução nº 195/1997, concluiu:

“Cumpra observar que a resolução nº 195/1997 limitou-se à solicitação de exames de rotina e complementares por parte do enfermeiro às hipóteses nas quais o profissional atua como integrante da equipe de saúde e na rotina aprovada pela instituição de saúde. Reportando-nos à letra “a” do inciso I, do artigo 8º, da lei nº 7.498/1986, podemos entender que a expressão Instituição de Saúde refere-se à instituição privada ou pública.”

“Qualquer tentativa do profissional da enfermagem de solicitar exames de rotina e complementares fora dos programas de saúde elencados pela resolução nº 195/1997 poderá restar caracterizado o exercício irregular da Medicina, uma vez que o enfermeiro não está legalmente e tecnicamente habilitado para tanto”.

Considerando que a integração profissional nos serviços de saúde é uma necessidade real e que a qualidade e eficiência no atendimento são metas fundamentais neste tipo de prestação de serviço.

Considerando que a solicitação assinada por um profissional da enfermagem preencha os seguintes requisitos:

- a) Estar devidamente preenchido;
- b) Em formulário padronizado e apropriado do serviço no qual deverá constar a que programa se refere;
- c) A necessidade do exame solicitado deve fazer parte de um programa oficial do Ministério da Saúde para acompanhamento médico em instituição de saúde e em cujo protocolo deverão estar explícitas as responsabilidades de cada profissional integrante da equipe multidisciplinar;
- d) O profissional da enfermagem que rubrica deve estar inserido numa equipe multiprofissional;
- e) Existir registrado no pedido de exame o nome e CRM do médico responsável integrante da equipe multiprofissional;

Nessas circunstâncias, o pedido assinado por profissional da enfermagem tornar-se-á apenas uma extensão da atividade médica e em muito facilitará o atendimento ao usuário do sistema de saúde.

Esse é meu parecer, S.M.J.

Goiânia, 05 de abril de 2001.

Guilherme Lopes Barbosa
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 18/2001. Capacitação e/ou habilitação dos médicos que não são especialistas em Radiologia para realizarem exames radiológicos e legalidade ou não do Conselho Regional e/ou Nacional de Técnicos em Radiologia fiscalizar e autuar clínicas médicas especializadas em Ortopedia e Traumatologia. Relator: Carlos Alberto Ximenes. Aprovado em 10 de maio de 2001.

Ementa: os médicos podem exercer a atividade de radiologia, inobstante a lei nº 7.394/1985, que regula o exercício de técnicos em radiologia, os quais estão subordinados aos médicos. Os Conselhos de Técnicos em Radiologia exorbitam os limites de sua competência ao promoverem a fiscalização ou autos de infração à instituições clínicas-hospitalares, o que cabe somente às autoridades sanitárias.

Parecer Consulta nº 19/2001. Sugestões feitas nos laudos dos exames radiológicos e anatomopatológicos para serem acatadas pelo médico assistente. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 04 de outubro de 2001.

Ementa: as sugestões, nos exames radiológicos e anatomopatológicos, poderão ser feitas através do laudo, desde que estejam tecnicamente justificadas, ficando a indicação do exame sugerido a critério do médico assistente.

Parecer Consulta nº 34/2001. Necessidade de uma empresa de avaliação motora para medir o equilíbrio (teste ao estímulo auditivo e coordenação visual motora em relação aos pés) ter em seu quadro societário ou como empregado um médico responsável, e necessidade de registrar a empresa no CRM/GO. Relator: Caio Fernando Vicente da Silva. Aprovado em 02 de maio de 2002.

Ementa: atos que visem a diagnósticos, prognósticos ou terapêutica só podem ser praticados por médicos ou executados por outros profissionais quando supervisionados por médico.

Parecer Consulta nº 38/2001. Possibilidade ou não de exame toque retal em mulher vir-

gem e sob qual finalidade referido exame é realizado. Relator: Afif Afrânio Rassi. Aprovado em 17 de outubro de 2001.

Ementa: o toque retal, independentemente de mulher virgem ou não, é praticado com a finalidade de colher dados para o diagnóstico de patologia anal e/ou retal. Antes do advento dos modernos meios diagnósticos como a laparoscopia e a Ultrassonografia, o exame era praticado, porém, atualmente, não se justifica.

Parecer Consulta nº 57/2001. Portaria normativa nº 106/2001 do Ipasgo. Relator: Paulo Rassi. Aprovado em 08 de agosto de 2002.

Ementa: o exame anatomopatológico de fragmentos ou partes retiradas do organismo humano deve ser feito consoante dever do médico de agir com o máximo zelo e o melhor de sua capacidade profissional, sempre em favor do paciente e sem caráter obrigatório.

Parecer Consulta nº 61/2001. Patologias de pacientes atendidos pelos médicos do trabalho em suas empresas. Relator: Afif Afrânio Rassi. Aprovado em 25 de abril de 2002.

Ementa: O médico do trabalho que necessitar de um parecer de especialista poderá requisitá-lo mediante acordo prévio sobre os seus honorários em caráter particular.

Parecer Consulta nº 66/2001. Se é legal um profissional médico duvidar da veracidade de um pedido de exame feito por um especialista. Se é lícito as caixas de assistência constituírem “juízes”, os quais não tem a especialidade do médico que requisita tal exame. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 27 de maio de 2002.

Ementa: 1) Os profissionais médicos, independentemente de sua especialização, estão aptos a solicitarem quaisquer exames complementares para que os correlacione com seu raciocínio clínico e então se estabeleça o diagnóstico da doença. 2) Os relatórios de auditoria quando limitantes da ação profissional devem mostrar claramente os motivos elencados, justificando tecnicamente sua autuação, respeitados os ditames do Código de Ética Médica no que se refere ao sigilo e relacionamento entre médicos.

Parecer Consulta nº 38/2002. Legalidade ou não de biomédicos assinarem laudos de

citologia oncoparasitárias sem terem especialidade na área. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 20 de fevereiro de 2003.

Ementa: o CFM reconhece a citopatologia como ato médico, e qualquer desempenho da profissão por outros profissionais é caracterizado como exercício ilegal da Medicina, ato realizado por práticos. Não reconhece o órgão supracitado, cursos de especialização na área de citopatologia direcionado a outros profissionais não-médicos e não legitima laudos de exames citopatológicos assinados por outros profissionais não-médicos.

Parecer Consulta nº 50/2002. Exames complementares executados em consultórios de Cardiologia (ECG e outros). Relator: Wanderly Barroso Campos. Aprovado em 11 de setembro de 2003.

Ementa: é atribuição dos Conselhos de Medicina zelar pelo cumprimento das normas éticas, sendo assim, deve avaliar os aspectos éticos envolvidos, reservando à Vigilância Sanitária a devida competência na avaliação do dimensionamento das áreas físicas. Alguns procedimentos diagnósticos tornaram-se imperativos diante da evolução técnico-científica e passaram a integrar as consultas médicas em algumas especialidades. Furtar-se destes recursos seria não utilizar os meios disponíveis de diagnósticos. Ao realizar um procedimento, o médico assume a responsabilidade sobre ele. Não há ilícito ético quando o profissional solicitante é aquele que realiza o exame, bem como não há restrições quanto ao fato de fazê-lo fora do ambiente hospitalar ou em consultório, resguardados os direitos dos pacientes e os deveres e responsabilidades do médico.

Parecer Consulta nº 74/2002. O destino de peças cirúrgicas obtidas em procedimentos cirúrgicos hospitalares, cujos pacientes não retornam para dar encaminhamento. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 11 de dezembro de 2003.

Ementa: os diretores técnicos das unidades de saúde devem confeccionar termos de anuência para realização de exame de material biológico que forem encaminhados para exame. Nos casos em que o paciente não compareceu para autorização e andamento, o material pode ser descartado findo o prazo de três meses, tempo equivalen-

te ao das peças cirúrgicas fixadas remanescentes do estudo anatomopatológico com elaboração e arquivamento de relatório explicando os fatos.

Parecer Consulta nº 04/2003. Exames de Eletroneuromiografia e Eletroencefalograma, se esses exames são privativos da especialidade Neurofisiologia. Vistas: Sizenando da Silva Campos Júnior. Aprovado em 17 de julho de 2003.

Ementa: todo médico legalmente habilitado e inscrito no CRM/GO pode executar qualquer ato médico, na sua jurisdição. Entretanto, para que o médico possa anunciar títulos científicos, é necessário que ele esteja registrado no quadro de especialista do CRM. Isso não quer dizer que o médico não possa exercer atos de especialidades, mas é recomendável que disponha de habilitação técnica específica.

Parecer Consulta nº 43/2003. Exame de ultrassonografia. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 19 de fevereiro de 2004.

Ementa: ultrassonografia não pode ser considerada como uma especialidade médica. A ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia é área de atuação da especialidade Ginecologia e Obstetrícia. Nenhuma especialidade detém a exclusividade para a prática de qualquer ato médico.

Parecer Consulta nº 50/2003. Proposta da AHEG de padronizar os formulários de pedidos de exames usados pelas operadoras de saúde. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 15 de janeiro de 2004.

Ementa: desde que as informações estejam convenientemente escritas, tornam-se inadequadas outras exigências, tais como formulários padronizados ou próprios de cada plano ou convênio, pois, se cada plano de saúde, caixa de assistência, seguro de saúde ou mesmo cooperativa exige, cada um, formulário próprio, fica o médico perdido no meio de, nada menos, 40 formulários diferentes. Os pedidos de exames complementares devem ter obrigatoriamente a identificação adequada, como nome, idade, sexo, procedimento solicitado, justificativa do procedimento (indicação) ou hipótese diagnóstica de acordo com o consentimento do paciente, se assim for relevante para a elucidação do que foi solicitado.

Parecer Consulta nº 050/2003 **Aprovado em 15/01/04**

Interessado: Sistema de Representação Associativo e Sindical de Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde em Goiás.

Assunto: **proposta da AHEG de padronizar os formulários de pedidos de exames usados pelas operadoras de saúde.**

Relator: Reginaldo Bento Rodrigues
Processo Consulta: nº 17.819/2003

DA CONSULTA

Trata-se na verdade de solicitação de padronização de formulário de pedido de exames, formulado nos seguintes termos:

“Em virtude dos inúmeros problemas causados, tanto para os profissionais quanto para os usuários, pela diversidade dos formulários de pedidos de exames usados pelas operadoras de planos de saúde, vimos solicitar a este egrégio Conselho que intervenha, padronizando um formulário único de pedidos de exames.

Desta forma acreditamos que essas dificuldades enfrentadas pelos médicos e pelos clientes serão resolvidas”.

Tal solicitação deu entrada neste Conselho na data de 04/02/2003, sendo remetida ao Conselho Federal de Medicina por decisão de Diretoria, como consta no extrato da Ata de Reunião de Diretoria do dia 18 de fevereiro de 2003.

O Conselho Federal de Medicina responde nos seguintes termos a tal questionamento:

“Senhor Presidente,

Encaminhamos a V.Sa., em anexo, cópia da correspondência protocolada neste Conselho sob o nº 1.146, datada de 28/02/2003. Informamos que o Conselho Federal de Medicina é um órgão de recurso dos Conselhos de Medicina. Sendo assim, consideramos que cabe aos Conselhos Regionais conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, assim como estabelecer as condições para o cumprimento das normas emanadas deste Conselho.

Diante desse entendimento, reencaminhamos a V. Sa. a referida correspondência para as providências cabíveis. Atenciosamente, M. F. T. S. - DIRETORA”.

DA LEGISLAÇÃO

1) Léo Meyer Coutinho, conselheiro do Conselho Federal de Medicina, em resposta a Processo Consulta datado de 5 de março de 1997, firma a seguinte posição referendada pelo Plenário:

“O médico, ao requisitar exames complementares, tem o dever de oferecer dados clínicos e outras informações que orientem a realização do exame”.

2) Paulo Eduardo Berhens, também conselheiro do Conselho Federal de Medicina, em resposta a Processo Consulta nº 07/1998, datado de 13 de maio de 1998, firma a seguinte posição:

“É permitido às UnimedS a exigência da colocação da justificativa da solicitação de exames complementares, desde que haja garantias de que esses documentos médicos sejam dirigidos apenas a outros médicos e que não sejam utilizados para fins estranhos àqueles a que se destinam.

Os médicos são obrigados a cumprir esse dispositivo, caso estejam seguros de que o fornecimento dos dados clínicos do paciente não implique em quebra do sigilo”.

Ainda no corpo do mesmo Processo Consulta, quando concluía o seu relatório, o Conselheiro assim responde a alguns questionamentos:

1) É permitido à Cooperativa Médica exigir a colocação de dados clínicos que orientem os exames solicitados por seus cooperados?

R. Sim, desde que haja a garantia de que o acesso a tal documento médico seja prerrogativa apenas de médicos, responsáveis pela realização dos exames, e que não seja utilizado para outro fim como, por exemplo, a cobrança de honorários.

2) É infração ao Código de Ética Médica negar-se o médico solicitante de exames complementares a colocar os dados clínicos que orientem os exames em seus pedidos?

R. Sim, por desobediência a normas emanadas do Conselho Federal de Medicina e ao artigo 83, com a ressalva de que deve ter a absoluta segurança de que este fornecimento de dados não implique em quebra do sigilo, pelas circunstâncias analisadas.

COMENTÁRIOS E DISCUSSÃO

Os Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica levam-nos a um caminho que impõe a necessidade de elevar ao máximo a sublime missão do médico no exercício de sua profissão. Ao médico, não cabe somente a função técnica e fria de curar, aliviar ou minimizar o sofrimento do próximo. O exercício pleno da Medicina é muito mais do que isto deve ser como era outrora, sacerdócio, não no sentido de religiosidade, mas incorporando o sentido da responsabilidade e de poder.

Ora, de uns tempos para cá o exercício da Medicina incorporou certas condutas não condizentes com a essência destes princípios, tendo o médico que provar e comprovar estar apto a desempenhar determinado ato ou procedimento. Para submeter seu paciente a um ato médico, é necessário que o médico, de próprio punho, prove, comprove, com relatos pertinentes de sinais, sintomas relacionados à indicação, comprovando a necessidade de tal procedimento.

Hoje, cada um dos convênios – operadoras de planos de saúde, caixas de assistência médica, cooperativas médicas, seguros de saúde – exige preenchimento de formulários diferentes, com diferentes informações, pertinentes ou não, relacionadas ou não com o principal objeto, que é ato ou procedimento proposto ao paciente.

Chega-se ao cúmulo de executar determinado procedimento mesmo que não haja indicação, desde que os formulários sejam preenchidos de acordo com o que determina a operadora do plano de saúde.

Deixou-se de exigir a história clínica em detrimento de códigos, sejam éticos ou não, os formulários ficaram repletos de quadro a serem preenchidos, pertinentes ou não, tais como a exigência de que no pedido do médico estejam firmados o nº de matrícula do usuário, a data de nascimento do usuário, a data de validade da carteira de identificação do usuário no plano de saúde etc.

CONCLUSÃO

Em função da multiplicidade de serviços de assistência de saúde, catalogados como planos de saúde, caixa de assistência, coope-

rativas médicas, seguros de saúde, que, no estado de Goiás somam mais de quarenta, considero a solicitação ora pleiteada pelo presidente da Associação dos Hospitais do Estado de Goiás e Sindicato dos Hospitais do Estado de Goiás pertinente.

Considerando os seguintes artigos do Código de Ética Médica:

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

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

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

“Art. 18º - As relações do médico com os demais profissionais em exercício na área de 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”.

“Art. 83 - É vedado ao médico - Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico do paciente, desde que autorizada por este ou seu responsável legal”.

“Art. 102 - É vedado ao médico - Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Parágrafo único: Permanece essa proibição: a) Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido. b) Quando do depoimento como testemunha. Nesta hi-

pótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento”.

“Art. 105 - É vedado ao médico - Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade”.

Se determinado formulário médico exorbita a quantidade ou a pertinência de dados a serem grafados, com intuito de dificultar ou inibir o pleno exercício da profissão e não de contribuir para o melhor desempenho de tal ato, tem o médico o dever e o direito a se recusar a fazer uso de tais. A data de validade da identificação do usuário, por exemplo, não tem a menor pertinência ao trabalho do médico.

Deve o médico ter sensibilidade e clareza no sentido de identificar situações em que haja necessidade de liberar informações em pedidos de exames ou laudos médicos que sejam de importância e relevância ao diagnóstico, tratamento e/ou prognóstico do paciente.

Se tais informações estiverem legíveis e convenientemente escritas, tornam-se inadequadas outras exigências, tais como formulários padronizados ou próprios de cada plano ou convênio, pois, se cada plano de saúde, caixa de assistência, seguro de saúde ou mesmo cooperativa exige, cada um, um formulário próprio, fica o médico perdido no meio de, nada menos, 40 formulários diferentes.

Diante do exposto, temos o entendimento de que os pedidos de exames complementares devem ter obrigatoriamente a identificação adequada, como nome, idade, sexo, procedimento solicitado, justificativa do procedimento (Indicação) ou Hipótese Diagnóstica de acordo com o consentimento do paciente, se assim for relevante para elucidação do que foi solicitado.

Este é o nosso entendimento.

Reginaldo Bento Rodrigues
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 63/2003. Liminar judicial que libera a solicitação de exames complementares pelos fisioterapeutas. Relator:

Robson Paixão de Azevedo. Aprovado em 26 de fevereiro de 2004.

Ementa: é ilegal aos fisioterapeutas a prática de atos privativos dos profissionais médicos tais como exame clínico, solicitação de exames complementares, firmar diagnósticos clínicos, estabelecer prescrição ou alteração de terapêutica a ser instituída. Também é vedado ao médico radiologista ou ao patologista realizar exames complementares solicitados por fisioterapeutas.



*Lição de Anatomia do Dr. Nicolas Tulp
Rembrandt van Rijn, 1632. Mauritshuis, Holanda.*

Necropsia

Parecer Consulta nº 30/2003. Qual profissional está habilitado a exercer a atividade de preparo de corpo, bem como qual profissional está habilitado a exercer a atividade de responsabilidade técnica de conservação de cadáveres. Relator: Eduardo Alves Teixeira. Aprovado em 14 de agosto de 2003.

Ementa: a formolização e/ou embalsamento é ato exclusivo do médico. Pode, no entanto, ser praticado por técnico de necropsia, sob a responsabilidade de um médico, que deverá supervisionar a sua realização. O responsável técnico, ou diretor técnico, das clínicas de conservação e reconstituição de cadáveres deverá ser médico inscrito regularmente no Conselho Regional de Medicina. As atribuições do diretor técnico são as mesmas, as contidas na resolução CFM nº 1.342/1991.

Parecer Consulta nº 78/2004. Artigo do *Jama* relativo à possibilidade da divulgação da importância da necropsia, inclusive para a proteção do médico quando for acusado injustamente. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 03 de março de 2005.

Ementa: a necropsia deve ser recomendada como boa prática em Medicina, assegurando à população a importância deste procedimento.

Parecer Consulta nº 078/2004 Aprovado em 03/03/2005

Interessado: M. S. B. L.

Assunto: **artigo do *Jama* relativo à possibilidade da divulgação da importância da necropsia, inclusive para a proteção do médico quando for acusado injustamente.**

Relator: Silas Pereira Lima

Processo Consulta: nº 26.641/2004

“Senhor Presidente,

Tomo a liberdade, de reenviar este artigo do *Jama* para a análise deste Conselho, e, caso seja o entendimento, a possibilidade da divulgação da importância da necropsia, inclusive para a proteção do médico quando for acusado injustamente.

Aduzo a este mais dois artigos, um original e outro, réplica, que deixam claro que a necropsia não pode ser, na maior parte, substituída por outros métodos de diagnóstico, além de informar que, atualmente, Goiânia conta com excelente serviço público de verificação de óbito (Serviço de Verificação de Óbito).

Os laboratórios privados que prestam serviço em patologia cirúrgica (anatomia patológica) têm controle externo da qualidade, haja vista que, amiúde, o material aí examinado é enviado a centros de referência.

Entretanto, os serviços dos hospitais de referência não são submetidos a controle externo da qualidade.

E, às vezes, o médico patologista que examina o material em laboratório privado externo é o mesmo que o examina nos serviços dos hospitais de referência. Portanto, neste caso não há controle de qualidade.

Para haver controle de qualidade do diagnóstico da patologia cirúrgica e da evolução, devido aos procedimentos e às ações terapêuticas, a necropsia se faz imprescindível, inclusive nos pacientes com diagnóstico de câncer.

Por outro lado, a Saúde Pública tem, com este tipo de exame, estatísticas mais fidedignas quanto ao diagnóstico, evolução das doenças mediante as terapêuticas usadas, podendo repercutir nas ações da Medicina Preventiva”.

PARTE EXPOSITIVA

O consulente protocola missiva a esta autarquia destacando a importância da necropsia como estudo prospectivo, acosta três artigos científicos publicados: o 1º, na *Jama*, em 1998, que destacou a alarmante discrepância de 44% entre o diagnóstico clínico e o diagnóstico na necropsia para neoplasias malignas; o 2º artigo foi publicado na *Histopatology* (2003) e compara a necropsia convencional na determinação da morte súbita, avaliação realizada por quatro radiologistas. Este artigo conclui que, de dez casos comparados, oito se apontam à anormalidade relacionada com a *causa mortis*, mas a precisão e o correto diagnóstico só foram realizados em um caso. Destaca a acurácia e limitação do método, asseverando ainda o alto custo deste procedimento, perfazendo cinco vezes o custo da necropsia convencional; o ter-

ceiro artigo também foi publicado na *Histopatologia*, em 2003, com o título “The autopsy: complete or not complete?”, e, na introdução, relata a diminuição na realização de necropsia nos últimos anos, e, nas novas causas, destaca a rejeição da família, arraigada em marcas culturais, concebendo este ato médico como mutilativo, a rejeição do patologista, por achar o ato médico laborioso, tedioso, e a rejeição do clínico assistente.

Continua a exposição abordando as diversas formas da necropsia invasiva e não-invasiva completa e parcial, mediante punção por agulha, endoscopia, RX, angiografia, RM e os procedimentos adjuvantes na necropsia incompleta.

As vantagens são particularizadas em cada método, comparadas com a necropsia convencional, relevando também a maior aceitação pela tríade retromencionada.

Conclui, por fim, que, nesta metodologia, necropsia incompleta produz informações incompletas.

PARTE CONCLUSIVA

Com a automação e o desenvolvimento tecnológico, houve um arrefecimento na realização da necropsia nos últimos anos. É inegável a importância deste ato médico como estudo retrospectivo na monitorização da acurácia diagnóstica, ajustando a sintonia fina dos procedimentos terapêuticos, da eficácia das técnicas cirúrgicas, ação de fármacos contrapondo o efetivo benefício e toxicidade das drogas, além da contribuição com as informações epidemiológicas.

Devemos destacar também o inquestionável benefício deste procedimento nas questões judicantes, pois pode determinar níveis mais profundos de consciência, esclarecendo fatos devidos a outras realidades, espessando, por conseguinte, a linha tênue entre erro de procedimento e a complicação de procedimentos médicos, possível de acontecer, porém indesejável, contribuindo para o exercício da justiça.

Entendemos que este Conselho deve ser patrono na divulgação e recomendação deste procedimento com boa práxis, oficiando os serviços de referência do estado, privados e públicos, e a educação da população mediante

os veículos de comunicação pertinentes.

Este é o meu parecer, s.m.j.

Silas Pereira Lima

Conselheiro Relator

Neurologia

Parecer Consulta nº 04/2003. Exames de Eletroneuromiografia e Eletroencefalograma, se esses exames são privativos da especialidade Neurofisiologia. Vistas: Sizenando da Silva Campos Júnior. Aprovado em 17 de julho de 2003.

Ementa: todo médico legalmente habilitado e inscrito no CRM/GO pode executar qualquer ato médico, na sua jurisdição. Entretanto, para que o médico possa anunciar títulos científicos, é necessário que ele esteja registrado no quadro de especialista do CRM. Isso não quer dizer que o médico não possa exercer atos de especialidades, mas é recomendável que disponha de habilitação técnica específica.

Parecer Consulta nº 97/2005. Esclarecimentos acerca de derrame (Acidente Vascular Cerebral). Relator: Sizenando da Silva Campos Júnior. Aprovado em 23 de fevereiro de 2006.

Ementa: a evolução do ataque cerebral é variável, podendo ser leve ou já se instalar de forma catastrófica, inclusive com morte súbita. A sedação profunda com analgesia, com ou sem hiperventilação, é uma das possibilidades terapêuticas em casos de lesão cerebral aguda, inclusive dos AVCs.

Notificação compulsória de doenças

Parecer Consulta nº 17/2001. Obrigatoriedade ou não do preenchimento da ficha individual de notificação. Relator: Benedito Alves Moreira. Aprovado em 09 de agosto de 2001.

Ementa: a ficha a ser preenchida é ética, e as doenças constantes da lista são de notificação exigida pelo Ministério da Saúde. Portanto, não há que se falar em exposição do paciente, mesmo por que estas fichas não serão expostas

ao público, mas serão catalogadas em um banco de dados, e o resultado servirá para traçar o perfil epidemiológico da região. O embasamento legal está na exigência da lei em fazer a notificação aos órgãos públicos pertinentes destas doenças, que são de notificação compulsória.



Difteria. Francisco Goya, 1812
Col. D. Carmen Marañon, Madrid

Obesidade mórbida

Parecer Consulta nº 39/2003. Procedimentos de cirurgia da obesidade mórbida. Relator: Paulo Roberto Prata Mendonça. Aprovado em 28 de outubro de 2004.

Ementa: a cirurgia bariátrica é uma grande cirurgia gastrointestinal realizada em pacientes muito obesos. Os profissionais médicos devem aumentar a segurança do procedimento adquirindo conhecimentos sobre os resultados em longo prazo. Esta cirurgia é indicada para pessoas com o IMC de 35 quando co-morbidades estejam presentes ou um IMC de 40 se não há doenças associadas à obesidade. As indicações fora das normatizações poderão ser encaminhadas ao CRM para análise e providências pertinentes a cada caso.

Parecer Consulta nº 39/2003 Aprovado em 28/10/2004

Interessado: GEAP- F. S. S. / Dr. C. C. A.

Assunto: **procedimentos de cirurgia da obesidade mórbida.**

Relator: Paulo Roberto Prata Mendonça

Processo consulta nº 20.040/2003

O crescente aumento da prevalência da obesidade tem produzido uma segunda epidemia, "a da cirurgia bariátrica". Esta epidemia tem sido produzida pelo aumento no número de pessoas extremamente obesas, pela falha das dietas, dos exercícios e do tratamento medicamentoso no controle da obesidade. Seu crescimento é também reflexo de publicações na imprensa leiga sobre o sucesso de tais operações, como recentemente foi publicado na revista *Veja*.

A cirurgia bariátrica não pode ser rotulada como uma cirurgia cosmética. Ela é uma grande cirurgia gastrointestinal realizada em pacientes muito obesos cuja obesidade os coloca em risco de complicações e morte.

Do ponto de vista ético a grande preocupação que temos não é o custo em si do procedimento, mas a possibilidade de que as potenciais oportunidades financeiras para os médicos e hospitais possam estar colocando alguns pacientes em risco. Isto pode acontecer devido a um treinamento inadequado para a avaliação deste

tipo de paciente, que é necessária antes e após a cirurgia.

Como a demanda para a cirurgia bariátrica provavelmente continuará a aumentar, os médicos e os órgãos públicos de saúde terão desafios futuros: o primeiro deles é aumentar a segurança do procedimento e o segundo, a aquisição de conhecimentos sobre os resultados em longo prazo, os mecanismos pelos quais a cirurgia bariátrica resulta em redução de peso e efeitos nas condições coexistentes.

Outra preocupação que nos aflige tange as indicações do procedimento, já que a seleção dos pacientes é crítica para o sucesso do tratamento cirúrgico da obesidade. A cirurgia continua indicada para pessoas com o IMC de 35, quando co-morbidades estejam presentes, ou um IMC de 40, se não há doenças associadas à obesidade.

As indicações fora das normatizações poderão ser encaminhadas ao CRM para análise e providências pertinentes a cada caso.

Este é o meu parecer, SMJ.

Paulo Roberto Prata Mendonça
Conselheiro Relator

Oftalmologia

Parecer Consulta nº 24/2001. Procedimento cirúrgico para retirada de catarata. Relator: Evandélio Alpino Morato. Aprovado em 17 de outubro de 2001.

Ementa: é possível realizar a cirurgia de catarata, desde que a glicemia se mantenha em níveis inferiores a 150mg/dl. Independentemente, o prognóstico do tratamento cirúrgico da hemorragia retiniana é, por sua vez, reservado. Outrossim, se o controle glicêmico não for rigoroso, a evolução poderá ser desfavorável, com novo sangramento, concorrendo para a anemiose evoluir para glaucoma neovascular.

Parecer Consulta nº 50/2001. Atividade médica oftalmológica e adaptação de lentes de contato. Relator: Evandélio Alpino Morato. Aprovado em 04 de abril de 2002.

Ementa: a adaptação de lentes de contato é um ato médico, sendo que o profissional

capacitado para realizá-la é o oftalmologista, uma vez que este conhece os materiais utilizados e pode detectar com exatidão as complicações que podem ocorrer com o uso dessas lentes. Não se considera comercialização quando o médico cobra os honorários de maneira distinta dos custos das lentes. Não há correlação entre receita de óculos e receita de lente de contato.

Parecer Consulta nº 050/2001
Aprovado em 04/04/02

Interessado: R.A.P. – presidente da Sociedade Goiana de Oftalmologia.

Assunto: **atividade médica oftalmológica e adaptação de lentes de contato.**

Relator: Evandélio Alpino Morato
Processo consulta: nº 9.226/2001

O presente Parecer Consulta originou-se de consulta a esse Regional por R.A.P., presidente da Sociedade Goiana de Oftalmologia, que solicita junto a esse regional parecer relativo à atividade médica oftalmológica e adaptação de lentes de contato, baseando-se em alguns quesitos primordiais.

1) A quem compete a adaptação de lente de contato, ao médico oftalmologista ou ao ótico?

R – A adaptação de lentes de contato é um ato médico, portanto só poderá ser realizado por este profissional.

No parecer consulta CFM nº 1.006/1989, fl. 49 (sobre adaptação de lentes de contato), "... só poderá ser feita pelo médico, pela observação, estudo do corpo estranho controlado (lentes de contato) e o olho exige conhecimentos profundos".

Igualmente se posiciona a AMB/RS no mesmo processo consulta, Fl. 71v e 72: "o conceito sobre adaptação de lentes de contato deve levar em conta que a lente colocada sobre a córnea é feita de material originário de vários tipos de plásticos, havendo sofrimento deve ser controlado para que o paciente possa usá-la, mas nem sempre isso é possível, por várias razões".

2) A adaptação de lente de contato pode vir a trazer problemas para a saúde ocular do paciente, mesmo quando bem adaptada?

R – Após elaborado exame oftalmológico, cabe exclusivamente ao médico indicar ou contra-indicar o uso de lentes de contato. Abandonando as contra-indicações absolutas, devemos dizer que a qualquer momento o usuário está sujeito a ter que suspender o uso, devido a problemas inerentes à adaptação e a fatores que normalmente determinam essa interrupção, que são: sofrimento da córnea, sofrimento da conjuntiva, alterações na lente de contato, uso de produtos com efeitos colaterais. A grande tarefa do médico oftalmologista é a de manter seu paciente usando a lente de contato, tarefa nem sempre fácil, pois nos defrontamos com inúmeras dificuldades, tais como incapacidade lacrimal de umidificação do plástico, perda de memória molecular do material, pobre controle de qualidade na confecção das lentes, desequilíbrio hormonal com repercussão ocular etc. Existe uma série de parâmetros a serem observados pelo médico especialista.

3) Consiste mercantilismo a adaptação de lentes de contato no consultório médico oftalmológico?

R - Não, a adaptação de lentes de contato é um ato médico. No parecer CFM nº 37/1990, "não se considera como comercialização quando o médico cobra os honorários de maneira distinta dos custos das lentes, os quais são cobrados contra a apresentação da nota fiscal da empresa fornecedora, em nome do paciente".

4) Consiste a adaptação da lente de contato no consultório médico o ato de indicação de venda de produto óptico?

R – A adaptação de lentes de contato é ato médico, já a comercialização de lentes de contato é prática antiética por infringência ao Art. 98 - CEM: "exercer a profissão com interação ou dependência, de farmácia, laboratório farmacêutico, ótica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação ou comercialização de produtos de prescrição médica de qualquer natureza, exceto quando se tratar de exercício da medicina do trabalho".

Por outro lado, reconhece-se a necessidade de que as lentes de contato sejam aplica-

das pelo médico oftalmologista, o qual detém de maneira exclusiva a competência profissional e a responsabilidade pela adaptação às suas possíveis conseqüências sobre a saúde ocular do paciente. Por conseguinte, não se considera como comercialização quando o médico cobra os seus honorários de maneira distinta dos custos das lentes, os quais são cobrados contra a apresentação da nota fiscal da empresa fornecedora, em nome do paciente.

5) Existe algum outro profissional capacitado a tratar complicações de uso de lentes de contato?

R – Não, apenas o médico oftalmologista, por se tratar de especialista que conhece os materiais utilizados e detectar com exatidão as complicações que possam ocorrer com o uso de lentes de contato.

6) Todos os tipos de lente de contato servem para todos os pacientes ou há especificidade de conforme teste?

R - Embora a maioria das pessoas possa usar lentes de contato, existem restrições baseadas na idade do paciente, expectativa, condições psicológicas, grau de responsabilidade, além da presença de doenças oculares e sistêmicas.

Deve-se salientar que a lente de contato é um corpo estranho de íntimo contato com a córnea, precisando ser adequadamente adaptada e seu uso controlado, estando o usuário sempre sujeito a complicações que vão desde conjuntivites irritativas a úlceras de córnea e mesmo perda da visão. O sucesso do uso exige a escolha de uma lente adequada com os parâmetros próprios para cada olho.

7) Há correlação da receita dos óculos e das de lentes de contato?

R – Não existe correlação entre receita de óculos e receita de lente de contato. Quando o oftalmologista prescreve óculos para um paciente submetido a exame de refração, o ato médico se esgota no fornecimento da receita. De posse desta, o paciente compra os óculos numa ótica. Diferente é a situação quando se trata de lentes de contato. Neste caso, não basta diagnosticar o tipo e

grau do defeito de refração, torna-se necessário todo um trabalho de adaptação das lentes, o que envolve atos médicos.

8) A adaptação de lentes de contato é ou não um ato médico?

R - Por tudo o que foi dito acima, posso afirmar com toda a certeza de se tratar de um ato médico. Parecer consulta CFM nº 1.006/1989: “[...] só poderá ser feita pelo médico, pela observação, estudo do corpo estranho controlado (lente de contato) e o olho exige conhecimentos profundos”.

Evandélio Alpino Morato
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 30/2002. Legalidade no ato de profissionais oriundos de outros países estarem realizando exames sem registro no CRM(GO). Relatora: Ione Borges Ribeiro Guimarães. Aprovado em 07 de novembro de 2002.

Ementa: para exercer a medicina em nosso país, necessita-se de uma habilitação profissional e de uma habilitação legal, sendo a primeira adquirida com a formação acadêmica seguida pela posse de um título idôneo e pelo seu registro nas repartições competentes, não podendo realizar exames médicos indivíduos não-médicos oriundos de outro país. Além disso, infringe disposição ética o médico que assume responsabilidade por ato médico que não praticou, ou do qual não participou efetivamente.

Parecer Consulta nº 02/2003. Uso da tabela AMB 92 e 96. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 15 de abril de 2004.

Ementa: a legalidade da existência da tabela AMB foi argüida junto ao Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) pela Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização (Fenaseg). O Cade posicionou-se contra a tabela elaborada pela AMB, alegando que ela caracterizaria cartelização. Por outro lado, não se posicionou contra as tabelas das seguradoras e de outras empresas que fazem a intermediação do trabalho médico. Quanto às cooperativas, a utilização de uma tabela de remuneração dos cooperados caracteriza-se apenas como um instru-

mento referencial administrativo. A utilização de uma tabela de preços é uma relação contratual, representada, no presente caso, por um contrato entre um prestador de serviços e um comprador do mesmo.

Parecer Consulta nº 72/2004. Recidiva de pterígio. Relator: Evandélio Alpino Morato. Aprovado em 24 de junho de 2004.

Ementa: o pterígio apresenta como tratamento a remoção cirúrgica, no entanto, no nosso meio, devido à grande exposição solar, a recidiva é alta, em torno de 30% a 50% dos casos, independente da técnica cirúrgica aplicada. Cabe ao médico oftalmologista informar de forma clara a necessidade da remoção cirúrgica do pterígio, uma vez que, se não for feito, pode trazer danos para a visão do paciente, e o alto risco de recidiva mesmo usando todo o aparato terapêutico existente.

**Parecer Consulta nº 72/2004
Aprovado em 24/6/2004**

Interessado: Dr. N.F.S.

Assunto: **recidiva de pterígio**

Relator: Evandélio Alpino Morato

Processo Consulta: nº 25.769/2004

O presente Parecer Consulta originou-se de consulta a esse Regional por N.F.S. acerca de parecer técnico científico sobre a recidiva do pterígio.

CONSIDERAÇÕES:

O pterígio é uma proliferação fibrovascular anormal com forma triangular elevada da conjuntiva bulbar que invade progressivamente a córnea, e, para produzir sintomas visuais, é necessário que a área pupilar esteja envolvida. Em climas temperados, ele progride vagarosamente, mas em regiões ensolaradas e secas do mundo, ele pode representar um sério problema para a visão. Geralmente, é bilateral, com o lado nasal da área interpalpebral sendo mais freqüentemente afetado. O exame da margem livre e do corpo da lesão mostra se o pterígio está ativo, pelo grau de dilatação vascular desta lesão. A remoção cirúrgica está indicada, mas a taxa de recidiva pode ser tão alta, como 30 ou 50% naqueles países com alto grau de exposição solar, e o sucesso da remoção cirúrgica se

apresenta como um considerável desafio cirúrgico para o cirurgião.

PARTE CONCLUSIVA:

Como ficou evidente, o pterígio apresenta como tratamento a remoção cirúrgica, no entanto, no nosso meio, em virtude da grande exposição solar, a recidiva é alta, em torno de 30 a 50% dos casos, independente da técnica cirúrgica aplicada. Cabe ao médico oftalmologista informar de forma clara a necessidade da remoção cirúrgica do pterígio, uma vez que se não for feita, pode trazer danos para a visão do paciente, e o alto risco de recidiva mesmo usando todo o aparato terapêutico existente.

Esse é meu parecer, S.M.J.

Goiânia, 17 de maio de 2004.

Evandélio Alpino Morato
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 77/2004. Legalidade do uso da ortoceratoprotese e do anel de Ferrara no Brasil. Relator: Evandélio Alpino Morato. Aprovado em 24 de junho de 2004.

Ementa: a ortoceratologia (ortoceratoprotese), por se tratar de assunto novo, recente, no Brasil ainda não foi publicado nenhum estudo na área até o presente momento, portanto não existe resolução do CFM, ou divulgação pelo CBO, normatizando a matéria, indicando, com isso, tratar-se de procedimento experimental. Quanto ao anel de Ferrara, já conhecido e devidamente debatidos pelo CFM e CBO, existe a Resolução nº 1.622/2001 que versa sobre o assunto.

**Parecer Consulta nº 077/2004
Aprovado em 24/06/2004**

Interessado: M. A. T. V. B. Z.

Assunto: **legalidade do uso da ortoceratoprotese e do anel de Ferrara no Brasil.**

Relator: Evandélio Alpino Morato

Processo Consulta: nº 26.509/2004

O presente Parecer Consulta originou-se de consulta a esse Regional por M.A.T.V.B. Z., sobre a **legalidade do uso da ortoceratoprotese e de anel de Ferrara no Brasil.**

PARTE EXPOSITIVA

CONSIDERAÇÕES:

1. ORTOCERATAROLOGIA (ORTOCERATO-PROTESE).

É um método terapêutico que modifica a curvatura anterior da córnea para permitir boa acuidade visual sem correção. O objetivo é o mesmo da cirurgia refrativa, porém utilizando lentes de contato especiais para uso noturno em vez do *laser*. É também conhecida como Corneal Refractive Therapy (CRT).

2. ANEL DE FERRARA

Trata-se de técnica cirúrgica com indicação para tratamento do ceratocone, uma doença hereditária que atinge pessoas entre 12 e 30 anos e provoca afinamento e a deformação progressiva da córnea (em forma de cone), levando à cegueira. Nesses casos, até hoje, a única alternativa de tratamento era o transplante de córnea. Com sua invenção, pelo oftalmologista Paulo Ferrara de Almeida Cunha, o anel de Ferrara, como ficou conhecido, é uma técnica revolucionária porque melhora a visão do paciente.

A técnica cirúrgica se baseia no implante de dois microanéis de acrílico com 5mm de diâmetro, evitando com isso o transplante ou, nos casos mais graves, que se adie esse procedimento por um determinado tempo.

PARTE CONCLUSIVA

A respeito da ortoceratologia (ortoceratoprótese), por se tratar de assunto novo, recente, no Brasil ainda não foi publicado nenhum estudo na área até o presente momento, portanto não existe resolução do CFM, ou divulgação pelo CBO, normalizando a matéria, indicando, com isso, tratar-se de procedimento experimental.

Quanto ao anel de Ferrara, já conhecido e devidamente debatidos pelo CFM e CBO, existe a resolução CFM nº 1.622/2001 que versa sobre o assunto, e, portanto, passo a expô-la na íntegra:

“O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições pela lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo decreto nº 44.045, de 19 de Junho de 1958, e considerando o art. 2º da lei nº 3.268 (o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a república e, ao mesmo tempo, julgadores

e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhe zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente).

Considerando os artigos 123, 124, 126 e 127, dispostos no capítulo XII do Código de Ética Médica, referente à pesquisa médica nos quais é vedado ao médico:

‘Art. 123 – Realizar pesquisa em ser humano sem que este tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido, sobre a natureza e conseqüências da pesquisa.

Parágrafo único – Caso o paciente não tenha condições de dar seu livre consentimento, a pesquisa somente poderá ser realizada, em seu próprio benefício, após expressa autorização de seu representante legal.

Art. 124 – Usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso no país, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis conseqüências.

Art. 126 – Obter vantagens pessoais, ter qualquer interesse comercial ou renunciar à sua independência profissional em relação a financiadores de pesquisa médica da qual participe.

Art. 127 – Realizar pesquisa médica em ser humano sem submeter o protocolo à aprovação e acompanhamento de comissão isenta de qualquer dependência em relação ao pesquisador’.

Considerando os estudos realizados em conjunto pelo Conselho Federal de Medicina e o Conselho Brasileiro de Oftalmologia, por meio de sua comissão científica;

Considerando o parecer CFM nº 15/2001;

Considerando, finalmente, o decidido em sessão plenária de 16 de maio de 2001.

Resolve:

Art. 1º - Considerar como procedimento terapêutico, ou seja, procedimento corretivo funcional, da prática médico-oftalmológica usual.

I – O tratamento com fotoablação corneana por Excimer Laser para miopia, astigmatismo e opacidades corneanas.

II – O tratamento com fotoablação corneana por Excimer Laser para hipermetropia de até 6 dioptrias de equivalente esférico, em pacientes com mais de 18 anos de idade.

Art. 2º - Manter como Experimentais:
I – Halo implantes com finalidade refrativa;
II – Implantes intracorneanos e esclerais;
III – Epiceratofacia;
IV – Implante de lente intra ocular em olhos fálicos, com finalidade refrativa;
V – Extração de cristalino transparente com finalidade refrativa;
VI – Cirurgia para correção de presbiopia;
Art. 3º - Tornar sem efeito a resolução CFM nº 1.459/1995, de 06 de dezembro de 1995”.

Esse é meu parecer, s.m.j.

Goiânia, 14 de junho de 2004.

Evandélio Alpino Morato
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 90/2004. Procedimento na área de oftalmologia. Relator: Evandélio Alpino Morato. Aprovado em 27 de janeiro de 2005.

Ementa: a conferência dos óculos é ato contínuo à consulta médica oftalmológica, e deve ser feita pelo médico. A refração faz parte do exame oftalmológico, que é prescrita no receituário para a confecção dos óculos. Cabe à ótica fazer exatamente o que foi prescrito. O exame de refração, com olho ciclopegiado, não ocasionará muita variação de prescrição entre dois médicos oftalmologistas. As indústrias colocam novos equipamentos no mercado após comprovarem sua eficácia e obterem a aprovação na Anvisa.

Parecer Consulta nº 18/2006. Profissão optometrista. Relator: Evandélio Alpino Morato. Aprovado em 06 de julho de 2006.

Ementa: a profissão de optometrista não é reconhecida no Brasil. Trata-se de uma das especialidades mais importantes da Oftalmologia, com extensa carga horária destinada ao aprendizado teórico e prático nas residências oftalmológicas.

Omissão de socorro

Parecer Consulta nº 56/2001. Portaria Normativa nº 342/2001 do Ipasgo. Relator:

Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 18 de abril de 2002.

Ementa: o não atendimento de qualquer urgência ou emergência, sendo o paciente beneficiário ou não do Ipasgo, é visto e tido como omissão de socorro, incorrendo, portanto, o diretor técnico em infração ao Código de Ética Médica.

Optometria

Parecer Consulta nº 18/2006. Profissão optometrista. Relator: Evandélio Alpino Morato. Aprovado em 06 de julho de 2006.

Ementa: a profissão de optometrista não é reconhecida no Brasil. Trata-se de uma das especialidades mais importantes da Oftalmologia, com extensa carga horária destinada ao aprendizado teórico e prático nas residências oftalmológicas.

Parecer Consulta nº 018/2006
Aprovado em 06/07/2006

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde de Rio Verde/GO

Assunto: **optometrista**

Relator: Evandélio Alpino Morato
Processo Consulta nº 3.016/2006

O presente Parecer Consulta originou-se de consulta a esse Regional pela Secretaria Municipal de Saúde de Rio Verde (GO) acerca da profissão de optometrista, se é regulamentada, e por qual entidade e quais seriam os procedimentos permitidos ao profissional realizar.

DO PARECER

O Ministério Público, através de parecer proferido no processo nº 23000.007951/96-49, assenta que: “a profissão de optometrista não é reconhecida no Brasil e que, neste país esta atividade profissional é exercida exclusivamente por médicos, [e ainda que] existem interesses menos científicos e menos nobres ligados à comercialização de lentes pelas ópticas que, através dos optometristas, passariam não só a vender lentes como a prescrevê-las, sem controle ou interferência do

oftalmologista, razão pela qual assevera que embora a prescrição de lentes possa parecer processo simples, a refratometria está associada ao exame ocular e apenas este pode detectar anomalias ou doenças que podem ser responsáveis pela deficiência da visão”.

O Ministério da Saúde, por intermédio da Agência de Vigilância Sanitária, exarou o parecer nº 1.110/2000, informando que: “no Brasil, a optometria não existe como profissão independente, constituindo parte integrante e uma das especialidades mais importantes da oftalmologia, com extensa carga horária destinada ao aprendizado teórico e prático nas residências oftalmológicas, logo do ponto de vista legal não há nenhum diploma que discipline a optometria; a prática dessa atividade por profissionais não-médicos deve ser denunciada aos Conselhos Regionais de Medicina, órgãos fiscalizadores do exercício da profissão médico e supervisor da ética profissional, e ainda ao Conselho Brasileiro de Oftalmologia, entidade que representa a oftalmologia brasileira nacional e internacionalmente, com finalidade de congregar e dar respaldo legal à atividade oftalmológica”.

Há que se afirmar ainda que os tribunais brasileiros, considerando que a realização de exames médicos oftalmológicos é ato médico, têm proferido decisão exarando a ilegalidade do exercício da profissão de optometrista e coibindo sua prática.

Esse é meu parecer.

Goiânia, 12 de junho de 2006.

Evandélio Alpino Morato
Conselheiro Relator

Otorrinolaringologia

Parecer Consulta nº 40/2003. Portaria normativa nº 177/2002 – Ipasgo. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 11 de setembro de 2003.

Ementa: deve a Diretoria Técnica do Ipasgo ser interpelada para, na maior brevidade pos-

sível, revogar o artigo 2º da mencionada portaria daquele instituto, bem como a tabela referida no anexo desta portaria, que deverá ser substituída por semelhante, de autoria da Fonoaudiologia, pois, além de ferir direito constitucional que dá exclusividade ao médico de praticar tais atos, também fere o princípio dos direitos autorais da classe médica que a elaborou.



Criança convalescente. Luigi Nono, 1889
Auction House Finarte, Milão

Patologia

Parecer Consulta nº 19/2001. Sugestões feitas nos laudos dos exames radiológicos e anatomopatológicos para serem acatadas pelo médico assistente. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 04 de outubro de 2001.

Ementa: as sugestões, nos exames radiológicos e anatomopatológicos, poderão ser feitas através do laudo, desde que estejam tecnicamente justificadas, ficando a indicação do exame sugerido a critério do médico assistente.

Parecer Consulta nº 57/2001. Portaria normativa nº 106/2001 do Ipasgo. Relator: Paulo Rassi. Aprovado em 08 de agosto de 2002.

Ementa: o exame anatomopatológico de fragmentos ou partes retiradas do organismo humano deve ser feito consoante dever do médico de agir com o máximo zelo e o melhor de sua capacidade profissional, sempre em favor do paciente e sem caráter obrigatório.

Parecer Consulta nº 68/2001. Como anda a regularização da situação de que o médico patologista poderá assumir responsabilidade técnica para exames específicos de análise clínica e que poderá deixar, em sua ausência, um substituto legal, o profissional em Biologia. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 25 de abril de 2002.

Ementa: o citotécnico não está habilitado a assumir função de diretor técnico substituto em laboratórios que desenvolvem as especialidades médicas Citopatologia e Patologia, a liberar e assinar laudos de exames citopatológicos, sendo que sua função se restringe ao citoescrutínio, bem como a realizar exames macroscópicos de peças cirúrgicas, exames histopatológicos, necropsias, punções, biopsias aspirativas por agulha fina e biopsia ou assinar laudos que atestam o labor da especialidade médica Patologia.

Parecer Consulta nº 12/2003. Terceirização em serviços de Anatomia Patológica e áreas de atuação. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 03 de março de 2005.

Ementa: laboratórios que realizam exames pertencentes à especialidade de patologista e áreas de influências devem estar registrados no

CRM com o indicativo do diretor técnico assim como os seus médicos assistentes. O laboratório tributário conveniado com a terceirização tem *status* de posto de coleta.

Peças cirúrgicas

Parecer Consulta nº 57/2001. Portaria normativa nº 106/2001 do Ipasgo. Relator: Paulo Rassi. Aprovado em 08 de agosto de 2002.

Ementa: o exame anatomopatológico de fragmentos ou partes retiradas do organismo humano deve ser feito consoante dever do médico de agir com o máximo zelo e o melhor de sua capacidade profissional, sempre em favor do paciente e sem caráter obrigatório.

Parecer Consulta nº 68/2001. Como anda a regularização da situação de que o médico patologista poderá assumir responsabilidade técnica para exames específicos de análise clínica e que poderá deixar, em sua ausência, um substituto legal, o profissional em Biologia. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 25 de abril de 2002.

Ementa: o citotécnico não está habilitado a assumir função de diretor técnico substituto em laboratórios que desenvolvem as especialidades médicas Citopatologia e Patologia, a liberar e assinar laudos de exames citopatológicos, sendo que sua função se restringe ao citoescrutínio, bem como a realizar exames macroscópicos de peças cirúrgicas, exames histopatológicos, necropsias, punções, biopsias aspirativas por agulha fina e biopsia ou assinar laudos que atestam o labor da especialidade médica Patologia.

Parecer Consulta nº 74/2002. Destino de peças cirúrgicas obtidas em procedimentos cirúrgicos hospitalares, cujos pacientes não retornam para dar encaminhamento. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 11 de dezembro de 2003.

Ementa: os diretores técnicos das unidades de saúde devem confeccionar termos de anuência para realização de exame de material biológico que forem encaminhados para exame. Nos casos em que o paciente não compareceu para autorização e andamento, o material pode ser descartado findo o prazo

de três meses, tempo equivalente ao das peças cirúrgicas fixadas remanescentes do estudo anatomopatológico com elaboração e arquivamento de relatório explicando os fatos.

Parecer consulta nº 74/2002
Aprovado em 11/12/2003

Interessado: O. P.

Assunto: destino de peças cirúrgicas obtidas em procedimentos cirúrgicos hospitalares cujos pacientes não retornam para dar encaminhamento.

Relator: Silas Pereira Lima

Processo Consulta nº 16.732/2002

Vimos por meio desta solicitar parecer deste Conselho com relação ao destino de peças cirúrgicas obtidas em procedimentos cirúrgicos hospitalares cujos pacientes não retornaram para dar encaminhamento, ou seja, autorização para realização de exame anatomopatológico, não deixando endereço ou telefone, ou cujo contato não foi possível.

Assim sendo, gostaríamos de saber como proceder no tocante ao destino das peças e o tempo em que devemos aguardar para tal.

PARTE EXPOSITIVA:

Consultando a matéria, encontramos os seguintes dispositivos:

Parecer Consulta CFM nº 44/1995, que conclui: "O exame anatomopatológico de fragmentos ou partes retiradas do organismo humano deve ser feito consoante dever do médico de agir com o máximo zelo e o melhor de sua capacidade profissional, sempre em favor do paciente e sem caráter obrigatório".

Parecer Consulta CFM nº 27/1994, que versa sobre o hiato temporal estabelecido para a guarda de requisição e cópias de laudos equivalentes. As informações dos relatórios médicos devem ser mantidas permanentemente, uma vez que fazem parte do prontuário médico. Os originais mantidos por cinco anos, findo o qual devem ser substituídos por microfilmagem ou arquivos informatizados ou outros métodos de registros possíveis de restauração plena do conteúdo, quando exigidos para preservação da memória histórica dos arquivos para fins jurídicos ou do ensino.

Reza também sobre a temporalidade de manutenção em arquivo de peças fixadas remanescentes do estudo biológico, blocos de parafina e lâminas de estudo anatomopatológico e regulamenta que:

As lâminas de estudo anátomo-histocitopatológico e blocos de parafina devem ser guardados no mínimo por cinco anos, findo o prazo, podem ser destruídos.

A peça cirúrgica fixada remanescente de estudo, deve ser guardada no mínimo por três meses, findo o prazo estabelecido, devem ser descartados e são considerados como resíduo sólido do grupo A pelo Conama, existem normas específicas desta autarquia e da Vigilância Sanitária para os procedimentos que não são objeto desta matéria.

A guarda das peças cirúrgicas pelo tempo de três meses se faz necessária para garantir complementaridade do ato cirúrgico e a possibilidade da revisão do estudo anatomopatológico e inclusão de novas amostragens e blocos de parafina para estudo histopatológico e imunohistoquímico ou outros estudos da esfera da patologia molecular.

A missiva do consulente reporta uma situação inusitada, interrogando sobre peças cirúrgicas, produto de exereses em unidades hospitalares e que não tem a anuência do paciente ou responsável para a realização do exame anatomopatológico.

"Art. 56 – Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida".

O artigo 56 do Código de Ética Médica é claro e versa sobre a aquiescência do paciente na execução das práticas terapêuticas e/ou diagnósticas, haja ou não ônus para este.

Mesmo sobre cobertura de instituições previdenciárias públicas ou privadas de seguros de saúde, o paciente tem a liberdade de aceitar ou não o procedimento propedêutico.

O ideal é que para a captação do exame, quer nas unidades hospitalares ou nos laboratórios, que se confeccionasse termo de anuência autorizando a realização do exame, pelo qual os pacientes ou responsáveis se comprometeriam a custear algum ônus pendente e autorizando o contratado a descartar o produto biológico da intervenção cirúrgica caso fosse o seu de-

sejo expresso da não execução do exame ou descumprisse cláusulas contratuais ou disposições do termo do acordo.

Na formulação hipotética do consulente, refere-se o fato estabelecido, da impossibilidade em encontrar as partes legítimas para obtenção da autorização de procedimentos diagnósticos.

O produto da exérese, a princípio, está sob a guarda das unidades de saúde:

“Art. 57 – Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente”.

A elaboração de requisição de exame pelo médico assistente é o atestado da sua intenção na realização do procedimento e deve estar relatado no prontuário e já o isentará de responsabilidades, caso não seja realizado o exame.

Em contrário a esta posição, o produto pode ser descartado, o médico assistente não viu necessidade de realizar o exame, e este assumirá as responsabilidades éticas e cívicas advindas de tal ato, se acusado por paciente ou familiares de lesão que, se diagnosticada precocemente, teria mudado o curso da história clínica.

Se foi elaborada a requisição do exame, e os responsáveis não foram encontrados, após alta hospitalar, ou outra impossibilidade. Se existe a requisição, o médico deve ter informado ao paciente da importância do exame, e se ele tem um seguro saúde seria uma excrescência o paciente não autorizar a realização do procedimento, uma vez que é um movimento em seu próprio benefício. Poderá ser encaminhado o material para estudo.

A única circunstância plausível seria o paciente ou responsável desautorizar por ter que custear o procedimento, sendo assim, este material deve ser guardado por, no mínimo, três meses, findo este prazo, as unidades de saúde podem descartar as peças cirúrgicas ou qualquer outro material biológico com elaboração de relatório explicando os fatos e arquivando cópia da requisição.

PARTE CONCLUSIVA:

Os diretores técnicos das unidades de saúde devem confeccionar termos de anuência para

realização de exames de material biológico que forem encaminhadas para exame.

Nos casos em que o paciente não compareceu para autorização e andamento, o material pode ser descartado findo o prazo de três meses, tempo equivalente ao das peças cirúrgicas fixadas remanescentes do estudo anatomopatológico com elaboração e arquivamento de relatório explicando os fatos.

Esse é meu parecer, S.M.J.

Silas Pereira Lima
Conselheiro Relator

Pediatria

Parecer Consulta nº 65/2001. Especialização em Pediatria, considerando ser esta de cunho geral, abrangendo a assistência à adolescência (faixa etária que ultrapassa os 18 anos de idade). Relator: Guilherme Lopes Barbosa. Aprovado em 18 de abril de 2002.

Ementa: concluo que a Medicina do Adolescente é área exclusiva de atuação da Pediatria.

Parecer Consulta nº 12/2002. Médicos não especialistas em Pediatria estarem realizando atendimentos nesta área, em virtude da carência de profissionais pediatras. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 21 de novembro de 2002.

Ementa: inexistindo o anúncio de que o atendimento na unidade é prestado por médico especialista, tal atendimento pode ser prestado livremente por qualquer médico registrado no Conselho de Medicina. O diretor clínico será responsabilizado pelo dano causado, por falta de profissional médico, à saúde das pessoas que se deslocarem para a unidade no horário em que esta se propõe a prestar atendimento.

Perícia médica

Parecer Consulta nº 27/2002. Licitude de um médico-legista atuar como perito em de-

legacia de polícia. Relator: Caio Fernando Vicente da Silva. Aprovado em 07 de novembro de 2002.

Ementa: encontra-se resposta à indagação formulada na resolução CFM nº 1.635, de 09 de maio de 2002, em seus artigos 1º, 2º, 3º e 4º.

Parecer Consulta nº 027/2002
Aprovado em 07/11/2002

Interessado: E.A.T

Assunto: **licitude de um médico-legista atuar como perito em Delegacia de Polícia.**

Relator: Caio Fernando Vicente da Silva

Processo consulta: nº 12.493/2002

O presente Parecer Consulta originou-se de consulta a esse Regional por E.A.T. sobre a licitude de um médico-legista atuar como perito em Delegacia, haja vista que aqui em Goiânia temos a Delegacia da Mulher e uma médica-legista atuando e confeccionando laudos periciais dentro da Delegacia.

Parecer:

Encontramos a resposta à indagação formulada na resolução nº 1.635, de 9 de maio de 2002, do Conselho Federal de Medicina:

“Art. 1º - É vedado ao médico realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior dos prédios e/ou dependências de delegacias, seccionais ou sucursais de Polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

Art. 2º - É vedado ao médico realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos contidos através de algemas ou qualquer outro meio, exceto quando o periciando oferecer risco à integridade física do médico perito.

Art. 3º - É vedado ao médico, exercendo cargo ou função de chefia, nomear ou designar médicos a ele subordinados para realizarem tais exames sob as condições descritas nos artigos 1 e 2.

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

Esta resolução foi publicada no *Diário Oficial* nº 94, seção 1, sexta-feira, dia 17 de maio de 2002.

Assim, conforme rege o art. 45 do CEM, “É vedado ao médico deixar de cumprir, sem justificativa, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado”.

Caio Fernando Vicente da Ssilva
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 28/2002. Obrigatoriedade da prestação de informações escritas ao paciente, pelos médicos peritos do INSS. Relator: Afif Afrânio Rassi. Aprovado em 29 de março de 2003.

Ementa: a recusa de tais informações é passível de abertura de processo ético profissional em desfavor do responsável técnico da Perícia Médica do INSS, conforme dispõem os artigos 1º, 4º, 59, 71 e 118.

Parecer Consulta nº 20/2003. Se ,em algum momento, a medicina especializada indicou a Hepatite C como enfermidade passível de ser considerada no mesmo patamar lesivo da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Relatora: Ana Maria de Oliveira. Aprovado em 24 de novembro de 2005.

Ementa: o potencial lesivo da Hepatite C é semelhante ao da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida pelo HIV. Entretanto, o Manual de Perícia Médica do Ministério da Saúde enquadra na Lei de Isenção de Imposto de Renda a categoria “Hepatopatia Grave” e não a “Hepatite C”.

Pesquisa em seres humanos

Parecer Consulta nº 43/2001. Pesquisa de novo microorganismo a ser estudado a partir da cavidade bucal de crianças com síndrome de Down. Relator: Guilherme Lopes Barbosa. Aprovado em 17 de outubro de 2001.

Ementa: o projeto não fere os princípios básicos da bioética de autonomia, beneficência e maleficência, além de cumprir com as exigências éticas em pesquisa envolvendo seres humanos

Parecer Consulta nº 06/2002. Avaliação da sensibilidade dos profissionais médicos para abordagem sindrômica das infecções sexualmente transmissíveis, quanto aos aspectos éticos e bioéticos. Relator: Wanderly Barroso Campos. Aprovado em 05 de dezembro de 2002.

Ementa: o Ministério da Saúde adotou como estratégia de combate às DSTs a abordagem sindrômica como método de manejo clínico de portadores de DST. Um estudo multicêntrico no Brasil permitiu a adoção desta estratégia. A presente pesquisa está, portanto, de acordo com a política nacional de combate às DSTs/Aids da Secretaria de Políticas de Saúde do MS. É preciso, porém, submetê-la a um CEP para aprovação ética e científica, em conformidade com a Resolução nº 196, de 10/10/1996, do Conselho Nacional de Saúde. O referido Comitê, após avaliação criteriosa, poderá autorizar o início bem como o acompanhamento de toda a pesquisa até a sua publicação.

Parecer Consulta nº 34/2002. Convênio de cooperação técnico-científica e intercâmbio cultural e profissional firmado entre a Catholic Health East e a Fundação de Assistência Social de Anápolis. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 07 de novembro de 2002.

Ementa: os protocolos e projetos devem ser clara e objetivamente apresentados aos Comitês de Ética Médica em Pesquisa da instituição, registrados no Conep, quando se tratarem de pesquisas que envolvam direta ou indiretamente seres humanos. Os convênios de interesse puramente científicos na troca de experiências entre profissionais devem ser apresentados às Comissões de Ética Médica da instituição e, conseqüentemente, ao Conselho Regional de Medicina para conhecimento e deliberação.

Parecer Consulta nº 35/2003. Solicitação recebida pelo Hugo para realização de pesquisa médica dentro do Hospital. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 05 de fevereiro de 2004

Ementa: a pesquisa em epígrafe contempla a resolução CFM nº 671/1975, que estabelece normas para a pesquisa clínica, atende à Declaração de Helsinki adotada pelo CFM como guia a nortear a matéria e também aos pressupostos da resolução nº 196/1996 do CNS. No entanto, deve reportar à Comissão Científica que apre-

ciou o projeto para legitimar a expansão da área geográfica do campo de pesquisa.

Parecer Consulta nº 45/2003. Viabilidade ética da atuação de estudantes de fisioterapia na realização de pesquisa na área da especialidade acupuntura. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 24 de novembro de 2005.

Ementa: a acupuntura é reconhecida pelo CFM como especialidade médica, não podendo ser exercida por outro profissional senão médico. Portanto, os projetos de pesquisa a serem realizados por estudantes de fisioterapia não devem ser desenvolvidos em seres humanos, nem em estabelecimentos hospitalares e muito menos sob supervisão/orientação de médicos.

Piercing

Parecer Consulta nº 54/2003. Permissão aos estabelecimentos que comercializam medicamentos (farmácias e drogarias) para realizar injeção intramuscular e endovenosa, teste de glicemia, aferição de pressão, perfuração de orelha e colocação de *piercing*. Relatora: Ana Maria de Oliveira. Aprovado em 04 de março de 2004.

Ementa: já está amplamente normatizado pela legislação a permissão do farmacêutico nas funções em farmácias e drogarias para realizar os seguintes procedimentos: injeção, teste de glicemia, aferição de pressão, perfuração de orelha e colocação de *piercing*, ressalvadas as recomendações especiais.

Planejamento familiar

Parecer Consulta nº 11/2001. Procedimento de ligaduras de trompas. Possibilidades de insucesso e casos de falha técnica ou negligência. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 10 de maio de 2001.

Ementa: procedimento de ligaduras de trompas. Possibilidades de insucesso. Se a cirurgia foi realizada corretamente, a possibilidade de recanalização espontânea das trompas pode ocorrer em uma a cada 33 a 1.000 mulheres

esterilizadas, dependendo da técnica utilizada. A caracterização de negligência ou imperícia quando ocorreu a recanalização espontânea das trompas é de extrema dificuldade. Não será possível a caracterização de falha técnica ou negligência durante uma cesariana, na maioria absoluta dos casos. Existem procedimentos administrativos que possibilitam a participação de um conselheiro do CRM/GO.

Parecer Consulta nº 27/2001. Recanalizações espontâneas da vasectomia. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 25 de outubro de 2001.

EMENTA: a literatura demonstra que não existe nenhum método anticonceptivo 100% garantido, e a vasectomia não foge à regra. Fica claro que a alegação de que o espermograma de controle demonstrava sucesso no tratamento é totalmente infundada, pois ainda havia gametas no esperma ejaculado, mostrando que houve falha na condução do caso.

Parecer Consulta nº 18/2003. Obrigatoriedade ou não de cobertura por parte dos planos de saúde do procedimento de vasectomia bilateral para fins de esterilização. Relator: Afif Afrânio Rassi. Aprovado em 17 de junho de 2003.

EMENTA: a Lei nº 9.263 torna inócuos os artigos 42 e 43 do CEM, relativos à esterilização cirúrgica. A citada lei concede o direito ao cidadão de submeter-se à vasectomia. Quanto à obrigatoriedade dos planos de saúde na cobertura deste procedimento, depende das cláusulas contratuais entre as partes. É importante que o médico assistente esclareça ao seu paciente sobre este método considerado radical. Permanecendo a opção pelo ato cirúrgico, é recomendável, como medida preventiva, que o paciente faça uma declaração expressa que foi esclarecido e é de sua livre e espontânea vontade submeter-se à vasectomia. Tal declaração deve ser parte integrante da ficha clínica do paciente.

Parecer Consulta nº 18/2003
Aprovado em 17/6/2003

Interessado: H. E. G. / A. M. A.

Assunto: **obligatoriedade ou não de cobertura por parte dos planos de saúde do procedimento de vasectomia bilateral para fins de esterilização.**

Relator: Afif Afrânio Rassi
Processo Consulta nº 18.762/2003

Senhor presidente,
Senhores conselheiros,

Recebidos os autos deste Parecer Consulta em 22/04/2003 para emissão de Relatório, cumpro, na forma que se segue:

I – PARTE EXPOSITIVA:

1.1 – Em 27 de fevereiro de 2003, o consulente protocolizou na Delegacia Regional de Anápolis correspondência dirigida ao delegado nos seguintes termos:

“Solicito parecer sobre a obrigatoriedade ou não de cobertura por parte dos planos de saúde do procedimento vasectomia bilateral, para fim de esterilização”.

2.1 – Em 21 de março de 2003, sob o protocolo nº 18.672, foi registrado neste Regional e encaminhado ao Corregedor de Sindicância em 26/03/2003, e, em 01/04/2003, fui designado relator.

3.1 – A solicitação de parecer não faz referência a possíveis implicações éticas contidas nos artigos 42 e 43 do CEM, cinge-se simplesmente na “obligatoriedade ou não de cobertura por parte dos planos de saúde”. Os artigos acima mencionados estão em consonância com o decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 – Código Penal, todavia a lei nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996, que trata do Planejamento Familiar, em seus artigos 22 e 25 possibilita a prática da vasectomia. Art. 22 - “Aplica-se subsidiariamente a esta lei o disposto no decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 – Código Penal e, em especial, no art. 129, caput e parágrafo 2º, inciso III. Art. 129 - “Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem”. Pena – detenção de 3 (três) meses a 1 (um) ano. Lesão corporal de natureza grave; parágrafo 2º, se resulta: inciso III - perda ou inutilização de membro, sentido ou função”. Art. 25 - “Revogam-se as disposições em contrário”.

4.1 – Os artigos 42 e 43 do CEM referem-se, respectivamente, à proibição de atos médicos contrários à legislação do país e ao descumprimento de legislação específica nos casos de esterilização.

5.1 – A Lei nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996, Capítulo I – Do Planejamento Familiar – contém artigos dos quais destaco:

5.1.1 – Art. 1º - “O Planejamento Familiar é direito de todo o cidadão, observado o disposto nesta Lei”.

5.1.2 – Art. 2º - “Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”.

“Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico”.

5.1.3 – Art. 4º - “O Planejamento Familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade”.

5.1.4 – Art. 6º - “As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde”.

5.1.5 – Art. 9º - “Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção”.

“Parágrafo único - A prescrição a que se refere o caput só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia”.

6.1 – No capítulo II – Dos crimes e penalidades, destaco os artigos:

6.1.1. - Art. 16 - “Deixar o médico de notificar autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar. Pena – detenção de seis meses a dois anos e multa”.

6.1.2. - Art. 17 - “Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica. Pena – reclusão de um a dois anos”.

Parágrafo único - “Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na Lei nº 2.889, de 1º de Outubro de 1956”.

II – PARTE CONCLUSIVA:

1.2. Ante o exposto pode-se concluir que a lei nº 9.263 retroreferida torna inócuos os artigos 42 e 43 do CEM relativos à esterilização cirúrgica.

2.2. Ainda conforme a citada lei nº 9.263, os artigos destacados concedem o direito ao cidadão de submeter-se à vasectomia. Quanto à obrigatoriedade dos planos de saúde, na cobertura deste procedimento, depende das cláusulas contratuais entre as partes.

3.2. Por último, quero destacar a importância dos esclarecimentos que o médico assistente deve fornecer ao seu paciente sobre este método considerado radical. Permanecendo a opção pelo ato cirúrgico, é recomendável, como medida preventiva, que o paciente faça uma declaração expressa que foi esclarecido e é de sua livre e espontânea vontade submeter-se à vasectomia. Tal declaração deve ser parte integrante da ficha clínica do paciente.

Este é o meu parecer, SMJ.

Goiânia, 05 de maio de 2003.

Afif Afrânio Rassi

Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 101/2005. Cirurgia de esterilização, vasectomia e laqueadura tubária. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 02 de fevereiro de 2006.

Ementa: a esterilização cirúrgica, vasectomia e laqueadura tubária estão previstas na Constituição Federal e regulamentadas pela lei nº 9.263/1996, que trata do Planejamento Familiar. Os Conselhos Regionais de Medicina já abordaram a matéria por meio de resoluções e pareceres que são auto-aplicáveis para os fins da presente consulta.

Parecer Consulta nº 115/2005. Obrigatoriedade de emissão de relatório de procedimento cirúrgico para esterilização. Relator: José Wesley Benício Soares. Aprovado em 04 de maio de 2006.

Ementa: conforme estabelece a lei nº 9.263/1996, é vedada a exigência de documento atestando a realização de procedimento cirúrgico para esterilização.

Planos de saúde

Parecer Consulta nº 16/2001. Planos ou convênios de saúde que propõem cartões de descontos sobre honorários médicos, bem como se é ou não responsabilidade do diretor técnico/clínico, em casos de médicos que prestam atendimentos e realizam cirurgias em locais onde não residem. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 24 de outubro de 2001.

Ementa: a figura do médico itinerante é uma realidade em várias regiões do País, particularmente em locais desprovidos de recursos ou de especialistas em determinadas áreas. A concorrência desleal entre médicos, vedada pelo artigo 80 do Código de Ética Médica, é representada genericamente pelo médico que lança mão de métodos ilícitos e/ou espúrios para angariar clientela.

Parecer Consulta nº 32/2002. Cobrança de glosas por parte do Hospital de Formosa (GO), o qual emite nota fiscal aos pacientes, orientando-os a procurar a Unimed para ressarcimento. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 21 de novembro de 2002.

Ementa: a pendência administrativa deve ser resolvida pelas partes de acordo com o contido no contrato. Todavia, a cobrança direta do usuário de despesas que não são de sua responsabilidade pelo atendimento prestado em decorrência do contrato vigente é um ato ilícito. A instância administrativa, através do Conselho Regional de Medicina, poderá ser acionada pelos que se sentirem lesados, particularmente nos casos de indícios de infração aos artigos do Código de Ética Médica.

Parecer Consulta nº 18/2003. Obrigatoriedade ou não de cobertura por parte dos planos de saúde do procedimento de vasectomia bilateral para fins de esterilização. Relator: Afif Afrânio Rassi. Aprovado em 17 de junho de 2003.

Ementa: a lei nº 9.263 torna inócuos os artigos 42 e 43 do CEM, relativos à esterilização cirúrgica. A citada lei concede o direito ao cidadão de submeter-se à vasectomia. Quanto à obrigatoriedade dos planos de saúde na cobertura deste procedimento, depende das cláusulas contratuais entre as partes. É importante que

o médico assistente esclareça ao seu paciente sobre este método considerado radical. Permanecendo a opção pelo ato cirúrgico, é recomendável, como medida preventiva, que o paciente faça uma declaração expressa que foi esclarecido e é de sua livre e espontânea vontade submeter-se à vasectomia. Tal declaração deve ser parte integrante da ficha clínica do paciente.

Parecer Consulta nº 22/2003. Legalidade de rejeição de internação de casos cirúrgicos eletivos no dia anterior à cirurgia por parte dos convênios/seguros de saúde. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 14 de agosto de 2003.

Ementa: havendo, do ponto de vista médico, a necessidade de se prestar ao paciente cuidados relevantes, decorrentes de sua frágil condição de saúde que pode expô-lo a riscos anestésicos e/ou cirúrgicos, a internação hospitalar no dia que antecede o procedimento em cirurgias eletivas é de extrema importância para recompor a homeostase orgânica, propiciando uma melhor conduta anestésica e proporcionando relacionamento médico/paciente harmonioso e seguro.

Parecer Consulta nº 22/2003 Aprovado em 14/8/2003

Interessado: I. N. G. Ltda / Dr. F. J. M. A.

Assunto: **legalidade de rejeição de internação de casos cirúrgicos eletivos no dia anterior à cirurgia por parte dos convênios/seguros de saúde.**

Relator: José Alberto Alvarenga
Processo Consulta nº 18.851/2003

Exmo. Sr.
Dr. Erso Guimarães
DD. Presidente do CRM/GO

Senhores conselheiros,

Designado a emitir Parecer Consulta de nº 022/2003 a respeito da legalidade de recusa por parte dos convênios/seguros saúde, na internação de casos cirúrgicos eletivos no dia anterior à cirurgia, gerando dificuldades para a rotina pré-operatória imediata (exames pré-operatórios, visita médica pré-cirúrgica e pré-anestésica, comunicação prévia ao banco de san-

que, dieta zero, preparo do paciente etc), passo a apresentá-lo na forma que se segue:

O Código de Ética Médica expõe com clareza os compromissos e deveres do médico para com a Medicina e para com o ser humano.

O Artigo 2º afirma: "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".

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

A análise pormenorizada destes dois artigos do Código de Ética Médica é suficiente para responder ao consultante.

Havendo, do ponto de vista médico, a necessidade de se prestar ao paciente cuidados relevantes decorrentes de sua frágil condição de saúde que pode expô-lo a riscos anestésicos e/ou cirúrgicos, a internação hospitalar é de extrema importância para recompor a homeostase orgânica, propiciando uma melhor conduta anestésica e relacionamento médico/paciente harmonioso e seguro.

Nestes casos, a questão de cobrança deverá ser discutida entre o convênio ou o seguro saúde e o hospital e, não havendo entendimento entre as partes, poderá haver cobrança da diária por intermédio do poder judiciário.

Nos casos cirúrgicos de pequena monta ou pequeno porte, em procedimentos eletivos, já devidamente estudados em consultas pré-operatórias, através de exame clínico cuidadoso e exames complementares pertinentes ao caso, esta internação torna-se desnecessária e gera custos adicionais sem propiciar benefícios ao paciente.

Este é o meu parecer, que coloco para análise e considerações.

José Alberto Alvarenga
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 34/2003. Legalidade na imposição de encaminhamento de materiais para anatomopatológico para apenas um laboratório, referente aos convênios. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 11 de dezembro de 2003.

Ementa: a prática mencionada configura um ilícito, e, uma vez identificada na luz das evidências, deve ser denunciada, nomeando-se os envolvidos.

Parecer Consulta nº 34/2003
Aprovado em 11/12/2003

Interessado: M. R. Ltda.

Assunto: **legalidade na imposição de encaminhamento de materiais para anatomopatológico para apenas um laboratório, referente aos convênios.**

Relator: Silas Pereira Lima

Processo Consulta nº 19.836/2003

Consulta: Solicita orientação quanto à imposição do convênio Samedh, por não poder dar atendimento a certos procedimentos eletivos, pois o mesmo tem contrato com um certo hospital e médicos que lhe dão desconto em cima das tabelas praticadas pelos hospitais. E que impuseram também que todos os materiais para exames anatomopatológicos sejam encaminhados apenas a um laboratório, cuja carta encontra-se anexada aos autos (fl. 03).

Parte expositiva:

Após inteirar com a matéria, foi solicitada diligência constando os seguintes termos:

- 1 – Número de usuários da Samedh;
- 2 – Exame dos laboratórios de anatomia patológica e citopatologia credenciados pelo convênio;
- 3 – Coeficiente de honorários praticados para consultas e procedimentos e se existe algum CH com numerário diferenciado para algum procedimento;
- 4 – CH praticado para exames anatomopatológicos e citopatológicos;
- 5 – Número de exames anatomopatológicos e citopatológicos realizados pelo convênio nos últimos 8 meses (fl. 11).

A fl. 12 consta resposta do Diretor Técnico, Dr. D. B. C. F.

1 – Atualmente, a Samedh conta com aproximadamente 47.000 beneficiários ativos;

2 – A Samedh possui laboratório próprio de análises clínicas, citopatologia e anatomia patológica, sendo que este último é realizado por terceiros;

3 – Atualmente, utiliza como referência para pagamento dos laboratórios contratados a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB), edição 1992, com Coeficiente de Honorários (CH) de R\$ 0,25 (vinte e cinco centavos de real).

4 – Que no mês de:

12/2002 realizou 1.118 exames de anatomia patológica e citopatologia,
01/2003 realizou 1.194,
02/2003 realizou 1.211,
03/2003 realizou 1.159,
04/2003 realizou 1.173
05/2003 realizou 1.071
06/2003 realizou 1.195,
07/2003 realizou 1.262.

Parte conclusiva:

Na sua missiva, o consulente afirma que o convênio Samedh está auferindo lucros em determinados procedimentos médicos, pois, dando exclusividade para determinado serviço, estaria recebendo descontos em cima da tabela de honorários praticada, que é a AMB/1992, com CH de R\$ 0,25 (vinte e cinco centavos de real).

Esta prática é abominável, pois, com o agenciamento de procedimentos médicos, estaria configurada uma excrescência mercantil deletéria ao exercício da função médica na sua plenitude, sem nenhum movimento para qualificação do serviço prestado, contrariando postulados do Código de Ética Médica nos seus princípios e fundamentos:

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

"Art. 9º: A medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer 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".

O diretor técnico da Samedh pode responder por infração também ao artigo 92:

"Art. 92: Explorar o trabalho médico como proprietário, sócio ou dirigente de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos, bem com auferir lucro sobre o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe".

E os médicos que com personalidade física ou jurídica maquinados neste conluio estão infringindo os artigos:

"Art. 86: Receber remuneração pela prestação de serviços profissionais a preços vis ou extorsivos, inclusive através de convênios".

"Art. 87: Remunerar ou receber comissão ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, ou por serviços não efetivamente prestados".

E a comunidade remanescente credenciada ou contratada estaria com seus direitos limitados para o exercício de suas atividades, trabalhar com baixa remuneração tem outra implicação, pois impele os profissionais ao trabalho em escala com diminuição do tempo de observação no ato médico, por conseguinte favorecendo o erro médico.

A prática mencionada, portanto, configura um ilícito, e, uma vez identificada na luz das evidências, deve ser denunciada, nomeando-se os envolvidos.

Este é o meu parecer, salvo maior juízo crítico.

Silas Pereira Lima
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 42/2003. Concessão de autorização por escrito, pelos hospitais e clínicas associados à AHEG, com poder de negociação junto aos planos de saúde no que se refere aos contratos de prestação de serviços. Relator: Carlos Alberto Ximenes. Aprovado em 20 de novembro de 2003.

Ementa: à luz do Código de Ética Médica, toda decisão emanada de assembléia geral legalmente convocada pela entidade representativa dos prestadores de serviços de saúde deve ser seguida pela categoria, sendo o diretor técnico ou seu substituto eventual responsável pelas infrações cometidas ao CEM, estando sujeitos a processo ético profissional.

Parecer Consulta nº 47/2003. Legalidade da exigência da Unimed/Anápolis para confecção de carimbo padronizado constando o número do código do cooperado junto com o número do CRM. Relator: Ciro Ricardo Pires de Castro. Aprovado em 13 de novembro de 2003.

Ementa: a exigência da Unimed/Anápolis é legal e tem apenas cunho técnico-administrativo. Visa a agilizar e racionalizar o pagamento das faturas. O médico, ao se cooperar, assume o compromisso de acatar as normas definidas em

assembléias e a seguir o estatuto da cooperativa. Não há irregularidade na exigência de carimbo com nome e código do cooperado nos documentos e prontuários ou faturas preenchidas pelos médicos cooperados, sendo esta decisão pertinente e legal, delegada à Diretoria da Unimed pela própria Assembléia dos cooperados.

Parecer Consulta nº 49/2003. Licitude da restrição de atendimento a pacientes do Ipasgo, atendendo apenas em caráter particular. Relator: Paulo Rassi. Aprovado em 13 de novembro de 2003.

Ementa: o médico não pode discriminar os pacientes provenientes de planos de saúde, após ter acordado com o mesmo a forma de pagamento, dificultando o acesso aos consultórios, com adoção de limites de vagas ou outros artifícios. A atitude eticamente aceita, para situações desta natureza, é a suspensão global do atendimento ou o descredenciamento.

Parecer Consulta nº 50/2003. Proposta da AHEG de padronizar os formulários de pedidos de exames usados pelas operadoras de saúde. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 15 de janeiro de 2004.

Ementa: desde que as informações estejam convenientemente escritas, tornam-se inadequadas outras exigências, tais como formulários padronizados ou próprios de cada plano ou convênio, pois se cada plano de saúde, caixa de assistência, seguro de saúde ou mesmo cooperativa exige, cada um, formulário próprio, fica o médico perdido no meio de, nada menos, 40 formulários diferentes. Os pedidos de exames complementares devem ter obrigatoriamente a identificação adequada, como nome, idade, sexo, procedimento solicitado, justificativa do procedimento (indicação) ou hipótese diagnóstica de acordo com o consentimento do paciente, se assim for relevante para a elucidação do que foi solicitado.

Parecer Consulta nº 64/2003. Credenciamento de médicos que não detêm título de especialista na área solicitada. Relator: Mauro Pereira Machado. Aprovado em 22 de janeiro de 2004.

Ementa: a Geap poderá contratar médicos que tenham especialidade em Cardiologia, Otor-

rino, Medicina Interna etc, desde que previamente esclarecido e acordado, não cabendo ao contratante ou ao médico divulgar especialidades que não possam legalmente comprovar.

Plantão médico

Parecer Consulta nº 54/2001. Obrigatoriedade de médicos especialistas realizarem procedimentos para os quais não foram contratados, obrigatoriedade de o médico plantonista permanecer no consultório médico. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 16 de maio de 2002.

Ementa: os atendimentos prestados em unidades médicas por profissionais médicos especialistas contratados devem restringir-se à área para os quais foram contratados, ressalvados os casos de urgência e emergência, quando da ausência de outro profissional escalado para estes atendimentos. O atendimento em consultório na unidade deve obedecer o critério do agendamento de rotina quando se tratar de ambulatório eletivo e, neste caso, o médico deverá estar presente no consultório no período necessário para os atendimentos. Na Unidade de Emergência, o mesmo não necessita permanecer obrigatoriamente dentro do consultório médico, porém deve estar presente na unidade e à disposição para eventuais atendimentos que se apresentem em seu turno de trabalho.

Parecer Consulta nº 62/2001. Plantões de cirurgias médicas. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 18 de abril de 2002.

Ementa: exponho aos dirigentes e aos profissionais médicos envolvidos na presente situação as responsabilidades destacadas nos artigos 3º, 4º, 10, 15, 17, 24, 35, 78, 85, 86, 92 e 142 do Código de Ética Médica.

Parecer Consulta nº 69/2002. Como proceder em caso de procura de pacientes para consulta fora do horário de expediente. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 29 de janeiro de 2004.

Ementa: uma maternidade é obrigada a funcionar vinte e quatro horas ao dia, inclusive nos feriados e finais de semana, devendo estar presente em todo momento um médico plan-

tonista para atender as intercorrências das clientes internadas e de outras clientes que, eventualmente, procurem o estabelecimento fora do horário comercial. Estando presente o médico plantonista, é obrigado a atender às intercorrências que surgirem com as clientes internadas bem como promover o primeiro atendimento às clientes que procurarem o estabelecimento fora do horário comercial.

Parecer Consulta nº 08/2003. Plantões médicos. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 29 de abril de 2003.

Ementa: todos os hospitais que mantenham internações são obrigados a manter em um plantão médico. Deve ter o plantão médico para o atendimento das intercorrências dos pacientes internados. O diretor técnico e/ou clínico, bem como o médico, poderão ser responsabilizados ética e penalmente por omissão de socorro por quaisquer intercorrências clínicas que ocorram em hospital desprovido de plantão médico.

Parecer Consulta nº 31/2003. Legalidade da realização de sessões clínicas nas dependências do Pronto Socorro Psiquiátrico do Departamento de Saúde Mental. Relator: Wanderly Barroso Campos. Aprovado em 18 de novembro de 2004.

Ementa: não constitui ilícito ético o exercício prático, sob supervisão do ensino médico a residentes e estudantes de Medicina, que adota as sessões clínicas como modelo em escolas de Medicina ou em serviços médicos devidamente capacitados, respeitados os direitos dos pacientes materializados no consentimento esclarecido.

Parecer Consulta nº 031/2003
Aprovado em 18/11/2004

Interessado: F. M. DA UFG

Assunto: **legalidade da realização de sessões clínicas nas dependências do Pronto Socorro Psiquiátrico do Departamento de Saúde Mental.**

Relator: Wanderly Barroso Campos

Processo Consulta: nº 5251/2000

1. DA CONSULTA

Na folha 03, o Chefe do DSMML da Faculdade de Medicina da UFG, Prof. Abrão Marcos

da Silva, informa que o referido departamento firmou parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) permitindo que os residentes de Psiquiatria pudessem exercer atividades, sob supervisão, em enfermarias e plantões no Pronto Socorro Psiquiátrico, que ora encontra-se sob gestão daquela SMS.

No entanto, o diretor técnico do Pronto Socorro Psiquiátrico, Dr. A. S. A., negou o pedido do mesmo departamento, anexo à folha 04, para realização de sessões clínicas naquela unidade, alegando que esta atividade acadêmica contraria preceitos éticos.

Assim, em Assembléia Departamental, decidiu-se pela solicitação de pronunciamento deste Conselho sobre o assunto.

DA LEGISLAÇÃO PERTINENTE

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

“Título II

Dos Direitos e Garantias Fundamentais

Capítulo I

Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos

II – ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;

X – são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”.

DIREITO CIVIL – CÓDIGO CIVIL

“Art.11. Com exceção dos casos previstos em lei, os direitos da personalidade são intransmissíveis e irrenunciáveis, não podendo o seu exercício sofrer limitação voluntária”.

Direitos da Personalidade. “[...] os direitos da personalidade são os direitos subjetivos da pessoa de defender o que lhe é próprio, ou seja, a vida, a integridade, a liberdade, a sociabilidade, a reputação ou honra, a imagem, a privacidade, a autoria etc. São direitos subjetivos *excludenti alios*, ou seja, direitos de exigir um comportamento negativo dos outros [...]”.

Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

Princípio da autonomia. O profissional de saúde deve respeitar a vontade do paciente, ou de seu representante, se incapaz. Daí a exigência do consentimento livre e informado. Imprescindível será a informação detalhada sobre seu estado de saúde e o tratamento a ser seguido, para que tome decisão sobre a terapia a ser empregada.

Princípio da beneficência. A prática médica deve buscar o bem-estar do paciente, evitando, na medida do possível, quaisquer dano e risco de vida. Só se pode usar tratamento ou cirurgia para o bem do enfermo.

Princípio da não-maleficência. Há obrigação de não acarretar dano ao paciente.

DIREITO PENAL – CÓDIGO PENAL

“Capítulo VI
DOS CRIMES CONTRA A LIBERDADE INDIVIDUAL

SEÇÃO I

Dos crimes contra a Liberdade Pessoal
CONSTRANGIMENTO ILEGAL

Art. 146. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda: [...]

§ 3º Não se compreendem na disposição deste artigo:

l) a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida”.

DIREITO CONSTITUCIONAL

Direito à Intimidade, à Vida Privada e à Honra

Este direito consiste na faculdade que cada indivíduo possui de obstar a intromissão de pessoas estranhas na sua vida privada e familiar, bem como de impedir o acesso de pessoas estranhas à informação sobre sua privacidade e, ainda, impedir a divulgação de informações de foro íntimo.

A proteção à intimidade e à vida privada desdobra-se em outros direitos constitucionais [...], o sigilo profissional.

DIREITO MÉDICO

O Consentimento do Paciente

Com o avanço cada dia mais eloqüente dos direitos humanos, o ato médico só alcança sua verdadeira dimensão e o seu incontestável destino com a obtenção do consentimento do paciente ou de seus responsáveis legais. Assim, em tese, todo procedimento profissional nesse particular necessita de uma autorização prévia. Isso atende ao princípio da autonomia ou da liberdade, pelo qual todo indivíduo tem por consagrado o direito de ser autor de seu próprio destino e de optar pelo caminho que quer dar à sua vida.

Desse modo, a ausência desse requisito pode caracterizar infrações aos ditames da ética médica, a não ser em delicadas situações confirmadas por iminente perigo de vida.

Além disso, exige-se não só o consentimento puro e simples, mas o consentimento esclarecido.

LITERATURA CIENTÍFICA

MUNOZ, D. R.; FORTES, P. A. C. **O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido**. In: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Iniciação à bioética*. p. 53-69. 1998.

Esta obra literária traz uma análise detalhada dos princípios que norteiam o direito do paciente ao consentimento livre e esclarecido e faz outras considerações.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

“Capítulo IV – É vedado ao médico:

Art.46 – Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em perigo de vida.

Art. 48 – Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar.

Art.53 – Desrespeitar o interesse e a integridade de paciente, ao exercer a profissão em qualquer instituição na qual o mesmo esteja recolhido independentemente da própria vontade.

Parágrafo Único – Ocorrendo quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou psíquica dos pacientes a ele confiados, o médico está obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Capítulo V – É vedado ao médico

Art. 56 – 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. 63 – Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais”.

DECLARAÇÃO DE LISBOA

Sobre os Direitos do Paciente

(Adotada pela 34ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial em Lisboa, Portugal, em setembro/outubro de 1981 e emendada pela 47ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial em Bali, Indonésia, em setembro de 1995).

“Direito a autodeterminação. (a) O paciente tem o direito a autodeterminação e tomar livremente suas decisões. O médico informará o paciente sobre as conseqüências de suas decisões; (b) Um paciente adulto e mentalmente capaz tem o direito de dar ou retirar consentimento a qualquer procedimento diagnóstico ou terapêutico. O paciente tem o direito à informação necessária e de tomar suas próprias decisões. O paciente deve entender qual o propósito de qualquer teste ou tratamento, quais as implicações dos resultados e quais seriam as implicações do pedido de suspensão do tratamento; (c) O paciente tem o direito de recusar participar em pesquisa ou em ensaio de medicamento.

O paciente inconsciente. (a) Se o paciente está inconsciente ou, em caso contrário, impossibilitado de se expressar, seu consentimento informado deve ser obtido sempre que possível de um representante legalmente indicado ou legalmente pertinente.

O paciente legalmente incapaz. (a) Se o paciente é menor ou legalmente incapaz, o consentimento será requerido a um representante legalmente responsável.

Direito à dignidade. (a) O paciente tem direito à privacidade e será respeitado a toda hora com ensino e cuidados médicos”.

DECLARAÇÃO DE RANCHO MIRAGE

Sobre a Independência e Liberdade do Médico

Adotada pela 38ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial, em Rancho Mirage, Estados Unidos, em outubro de 1986.

“Os médicos têm de reconhecer e têm de apoiar os direitos dos pacientes particularmente como estão designados na Declaração de Lisboa da Associação Médica Mundial.

O exercício do juízo e a discrição do profissional médico ao tomar decisões clínicas e éticas no cuidado e tratamento de pacientes devem ser preservados e protegidos.

Os médicos têm de ter independência profissional para representar e defender as necessidades de saúde dos pacientes contra tudo que negue ou restrinja o cuidado necessário para esses que estão doentes ou feridos”.

PARECERES E RESOLUÇÕES

CRMSP – Consulta nº 11.261/1997.

“Assunto: se há necessidade de pacientes assinarem consentimento informado, por parte de pacientes internados em instituição pública de ensino, com programa de Residência Médica para determinados procedimentos.

Relator: Conselheiro José Marques Filho

Ementa: Deve sempre ser utilizado o princípio da autonomia do consentimento informado da melhor adequação possível da relação médico-paciente, visando sempre o bem estar do paciente, alvo definitivo e lógico de toda atenção e conduta médica”.

RESOLUÇÃO CFM nº 663/1975

“O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, usando da atribuição 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 estudante de Medicina deve ter parte ativa no sistema educacional;

CONSIDERANDO QUE todo estudante deve ser treinado na elaboração da história clínica, no exame do doente, no diagnóstico e no tratamento;

CONSIDERANDO QUE o estudante de Medicina deve iniciar sua experiência no trato dos doentes o mais cedo possível;

CONSIDERANDO QUE o programa educacional deve incorporar assistência ambulatorial e hospitalar para maior e melhor benefício do estudante de medicina;

CONSIDERANDO QUE deve haver uma relação de cooperação a mais estreita possível en-

tre as Escolas de Medicina e os diversos tipos de serviços médicos devidamente capacitados para o ensino, existente no País;

CONSIDERANDO QUE não se deve separar educação médica da assistência médica;

CONSIDERANDO QUE, para adquirir um conhecimento básico das diferentes técnicas e procedimentos para bem tratar as mais variadas condições clínicas, o estudante deve ter contato direto com doentes com a participação, sob supervisão, na solução de todos os problemas de saúde, sejam individuais ou da comunidade;

CONSIDERANDO QUE o estudante de Medicina deve ter a oportunidade de participar, sob supervisão, de atos e procedimentos médicos para atingir a sua execução num grau de eficiência e perfeição desejada;

CONSIDERANDO QUE a educação do estudante de Medicina deve ser o começo de um processo contínuo;

CONSIDERANDO QUE deve ser dada a maior importância à orientação e aprimoramento em atividades práticas durante o aprendizado médico, para que a transição do treinamento para a prática efetiva se realize de uma maneira natural, dando ao médico consciência e segurança,

RESOLVE:

1 - Determinar aos médicos que mantenham permanente supervisão dos procedimentos realizados por estudantes de Medicina no trato com os doentes.

2 - Determinar aos médicos que nessa supervisão procurem sempre fazer conhecidas dos estudantes de Medicina todas as implicações éticas dos diferentes procedimentos e das diferentes situações, encontradas no trato dos doentes.

3 - Determinar aos médicos que procurem fazer conhecidas dos estudantes de Medicina sob sua supervisão as altas responsabilidades sociais da Medicina e dos médicos em particular.

Rio de Janeiro, 28 de fevereiro de 1975.

Murillo Bastos Belchior

Presidente

José Luiz Guimarães Santos

Secretário-Geral".

Publicada no D.O. (Seção I - Parte II) de 12/08/75.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Departamento de Saúde Mental e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFG estabeleceu parceria com a Secretaria Municipal de Saúde sendo-lhe consentido acesso aos serviços do Pronto-Socorro Psiquiátrico, conforme esclarecido no pedido de parecer (folha 3), para atividades de ensino e assistência. Este modelo de parceria está previsto nos considerando da Resolução CFM nº 663/1975: "CONSIDERANDO QUE deve haver uma relação de cooperação a mais estreita possível entre as Escolas de Medicina e os diversos tipos de serviços médicos devidamente capacitados para o ensino, existente no País".

Ficou demonstrado que a legislação pertinente ao assunto não somente defende mas orienta sobre a necessidade de instituir-se o consentimento esclarecido como documento indispensável em procedimentos que dependem da permissão do paciente ou do seu responsável legal. Não ficou demonstrado ilícito ético se este princípio é respeitado em determinados procedimentos médicos.

O Prof. A. M. S., chefe do DSMML, previu a necessidade do consentimento esclarecido, conforme demonstrado no ofício encaminhado ao diretor técnico do Pronto-Socorro Psiquiátrico (folha 04).

Os considerandos da Resolução CFM nº 663/1975 deixam claro que o modelo de ensino que inclui sessões clínicas deve ser adotado para residentes e estudantes de Medicina.

CONCLUSÃO

Amparado pelos documentos citados neste parecer e pelo teor da consulta em tela, entendo que não constitui ilícito ético o exercício prático, sob supervisão, do ensino médico a residentes e estudantes de Medicina que adota as sessões clínicas como modelo em escolas de Medicina ou serviços médicos devidamente capacitados, respeitados os direitos dos pacientes, materializados no consentimento esclarecido.

Este é o meu parecer, S.M.J.

Goiânia, 04 de novembro de 2004.

Wanderly Campos
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 41/2003. Legalidade do exercício dos cargos de diretor clínico, diretor técnico e secretário de saúde em uma mesma gestão, bem como sobre as especialidades (cirurgião e anestesia), estando em regime de plantões alcançáveis, em uma unidade que conta com serviços de pronto-socorro. Relator: Wanderly Barroso Campos. Aprovado em 18 de novembro de 2004.

Ementa: não vislumbram ilícitos éticos o exercício simultâneo de direções técnica e clínica, ainda que o profissional médico tenha outros cargos públicos. Conforme resoluções, pareceres e o Código de Ética Médica, um único profissional não pode exercer simultaneamente as funções de anestesia e cirurgião geral, considerando que tais especialistas devem compor a equipe mínima do pronto-socorro.

Prescrição médica

Parecer Consulta nº 60/2001. Orientação de imunobiológicos (vacinas e soros). Se essa atividade deve ser exclusiva da classe médica ou se pode a enfermeira encarregar-se das orientações necessárias. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 07 de novembro de 2002.

Ementa: a legislação federal e seus decretos reguladores, claros e específicos agora, revigorados em resolução específica do ato médico e suas modalidades, discutidos na resolução CFM nº 1.627/2001, deixa claro e definitivamente discutida a situação dos profissionais de outras áreas em relação a atos compartilhados pelos profissionais da saúde, não podendo ser atribuídos atos exclusivos do profissional médico a outras profissões em atos compartilhados.

Parecer Consulta nº 37/2003. Preenchimento da prescrição cirúrgica no prontuário médico. Relator: Antônio José de Araújo. Aprovado em 06 de novembro de 2003.

Ementa: não é cabível a admissão e alta hospitalar, bem como a descrição de qualquer ato executado pelo profissional médico por outros profissionais como enfermeiras etc.

Parecer Consulta nº 65/2003. Condução ética de chefe de Comissão de Infecção Hospitalar que, por mais de uma vez, tenha riscado

e alterado a prescrição de antibiótico. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 19 de fevereiro de 2004.

Ementa: o médico que se encontra na condição de chefe da Comissão de Infecção Hospitalar somente em situação de indiscutível conveniência para o paciente e em caso de impossibilidade de contato com o médico assistente poderá alterar prescrição ou tratamento de paciente, sendo recomendados o relatório e a discussão entre ambos dos benefícios de tal ato para o paciente em questão.

Prestação de serviços médicos

Parecer Consulta nº 42/2003. Concessão de autorização por escrito, pelos hospitais e clínicas associados à AHEG, com poder de negociação junto aos planos de saúde no que se refere aos contratos de prestação de serviços. Relator: Carlos Alberto Ximenes. Aprovado em 20 de novembro de 2003.

Ementa: à luz do Código de Ética Médica, toda decisão emanada de assembléia geral, legalmente convocada pela entidade representativa dos prestadores de serviços de saúde deve ser seguida pela categoria, sendo o diretor técnico ou seu substituto eventual responsável pelas infrações cometidas ao CEM, estando sujeitos a processo ético profissional.

Parecer Consulta nº 42/2003 Aprovado em 20/11/2003

Interessados: A. H. E. G. / R. A. P.

Assunto: **Concessão de autorização por escrito, pelos hospitais e clínicas associadas à AHEG, com poder de negociação junto aos planos de saúde no que se refere aos contratos de prestação de serviços.**

Relator: Carlos Alberto Ximenes
Processo Consulta nº 20.346/2003.

Sr. presidente,
Srs. conselheiros,

A AHEG, por meio de seu secretário, Dr. R. A. P., solicitou parecer a este egrégio Conselho, com

os seguintes dizeres: “parecer ético da concessão de autorização por escrito pelos Hospitais e Clínicas associados à AHEG, com poder de negociação junto aos planos de saúde no que se refere aos contratos de prestação de serviços”.

Justifica o parecer dizendo: “são notórias as dificuldades financeiras pelas quais passam os hospitais e clínicas, razão pela qual uma negociação universal propiciaria a sobrevivência dessas entidades, evitando prejuízos maiores à saúde da população”.

COMENTÁRIOS:

O CEM, por meio da resolução nº 1.642/2002, estabelece as diretrizes de atuação das empresas de prestação direta ou intermediação de serviços médicos em sua relação com os profissionais médicos. Não temos nenhuma resolução quanto ao relacionamento entre empresas prestadoras e compradoras de serviços hospitalares, estabelecida pelo CFM.

O Código de Ética Médica, artigo 68, refere que: “É vedado ao médico: Posicionar-se contrariamente a movimentos legítimos da categoria médica, com a finalidade de obter vantagens”.

Genival Veloso de França, em *Comentários ao Código de Ética Médica*, assim se expressa, ao comentar este artigo: “neste dispositivo não se inibe a prática democrática de contestação e de posições contrárias que possam ter diante dos movimentos de reivindicação, mesmo os mais legítimos da categoria médica”. Claro que este é um direito consagrado pelos princípios mais elementares da convivência humana e assegurado nas conquistas da cidadania e dos preceitos constitucionais. Não é obrigação de alguém sujeitar-se à ditadura da maioria, como imposição de um grupo que obrigue um outro minoritário a acatar compulsoriamente determinada decisão. Até por que, afinal, não existe dispositivo ético ou legal que obrigue um indivíduo a aderir a toda manifestação, seja ela de simples protesto ou como forma de repúdio.

CONCLUSÃO:

À luz do Código de Ética Médica, poderíamos assim responder a esta conduta: toda decisão emanada de assembléia geral legalmente convocada pela entidade representativa dos

prestadores de serviços de saúde deve ser seguida pela categoria, sendo o diretor técnico ou seu substituto eventual responsável pelas infrações cometidas ao CEM, estando sujeitos a processo ético profissional.

Este é o meu parecer, SMJ.

Carlos Alberto Ximenes
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 48/2003. Impedimento ou não, no Código de Ética Médica ou em resoluções do CFM, do profissional médico constituir sua empresa para prestação de serviços médicos a outra empresa. Vistas: Paulo Rassi. Aprovado em 20 de novembro de 2003.

Ementa: não existe no CEM nenhum impedimento a que o profissional médico constitua empresa prestadora de serviços. No entanto, chamamos a atenção para os artigos 9º, 10, 92 e 97 do Código de Ética Médica.

Pronto-socorro

Parecer Consulta nº 31/2003. Legalidade da realização de sessões clínicas nas dependências do Pronto Socorro Psiquiátrico do Departamento de Saúde Mental. Relator: Wanderly Barroso Campos. Aprovado em 18 de novembro de 2004.

Ementa: não constitui ilícito ético o exercício prático, sob supervisão do ensino médico a residentes e estudantes de Medicina, que adota as sessões clínicas como modelo em escolas de Medicina ou em serviços médicos devidamente capacitados, respeitados os direitos dos pacientes materializados no consentimento esclarecido.

Prontuário médico

Parecer Consulta nº 09/2001. Preenchimento de fichas de evolução de pacientes atendidos em seus domicílios pela equipe multidisciplinar e implicações legais quanto à questão do sigilo na utilização de um único prontuário por toda a equipe. Relator: Galdino da Silva Neto. Aprovado em 04 de abril de 2002.

Ementa: as anotações nas Fichas de Evolução podem ser feitas nos autos de parecer, tanto em folha separada como em folha única. Em caso de folha única, deve-se observar sempre o sigilo médico. Não há implicação legal, do ponto de vista do sigilo profissional, na utilização de um prontuário único por toda a equipe, desde que preservados os direitos do paciente.

Parecer Consulta nº 22/2002. Retirada de prontuários médicos do hospital por auditores de plano de saúde. Relator: Heitor Alarico Gonçalves de Freitas. Aprovado em 22 de outubro de 2002.

Ementa: a exigência de envio de prontuário médico para fins de auditoria é indevida e contrária as normas éticas do CFM, podendo-se caracterizar infração por parte dos auditores, dos médicos responsáveis técnicos pelos convênios, ou das empresas de auditoria médica, aos artigos 17, 45, 85, 97 e 148, salvo no caso descrito no artigo 7º, § 1º da Resolução CFM nº 1614/2001.

Parecer Consulta nº 61/2002. Possibilidade de verificação de prontuários pelo administrador hospitalar e pelo secretário municipal de saúde. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 23 de janeiro de 2003.

Ementa: a verificação do prontuário por não médicos está restrita ao setor de faturamento hospitalar (Comissão de Prontuário Médico), onde assistentes administrativos estabelecem a composição dos custos hospitalares para o faturamento da conta. A responsabilidade do sigilo, assim, transfere-se ao diretor técnico, conforme decreto nº 20.931, de 11/01/1932. A verificação do prontuário médico pelo Secretário Municipal de Saúde, quando o mesmo se trata de profissional da Medicina, fica regido pela legislação pertinente, quanto à manutenção do sigilo. Em não se tratando de médico, o diretor técnico cumprirá as normas emanadas pelo Conselho Federal de Medicina em sua resolução específica para o caso.

Parecer Consulta nº 61/2002
Aprovado em 23/01/2003

Interessado: Dr. M. M. L.

Assunto: **possibilidade de verificação de prontuários pelo administrador hospitalar e pelo secretário municipal de saúde.**

Relator: José Alberto Alvarenga
Processo Consulta nº 16.269/2002

Exmo. Sr.
Dr. Erso Guimarães
DD. presidente do Cremego

Senhores conselheiros,

Nomeado a emitir relatório de Parecer Consulta de nº 62/2002 referente à solicitação da Fundação Municipal de Saúde/Hospital Municipal Modesto Carvalho, através de ofício nº 176/2002 encaminhado à Delegacia Regional de Itumbiara, passo a apresentá-lo na forma que se segue:

PARTE EXPOSITIVA

Em ofício nº 176/2002, datado de 30 de outubro de 2002, o Fundo Municipal de Saúde solicita parecer abordando dois questionamentos, a saber:

1 – É permitido ao administrador hospitalar não-médico verificar prontuários de pacientes de ambulatório ou internados? Se permitido, em quais circunstâncias?

2 – O mesmo anterior para o caso de secretário municipal de saúde.

PARTE CONCLUSIVA

Para abordar o assunto, discutirei brevemente o “Segredo Médico”.

“Penetrando no interior das famílias, meus olhos serão cegos e minha língua calará os segredos que me forem confiados [...]”. (Hipócrates, 460 a.C.)

Segredo Médico

O segredo profissional é o grande sustentáculo da profissão médica. De princípio, um compromisso místico, intuitivo e lógico. Aos poucos, porém, inserem-se normas, códigos e leis.

Conforme citação do conselheiro federal Dr. Hércules Sidnei Pires Liberal, em *O sigilo profissional*, as idéias libertárias da Revolução Francesa propiciaram novos instrumentos do conhecimento científico, quando, então, reforça-se o segredo médico. O segredo mé-

dico, como ressalta o jurista Antônio Carlos Mendes, constitui instituto erigido em favor do paciente e responde, ao mesmo tempo, aos interesses dos familiares, dos médicos e da sociedade.

É o segredo médico uma espécie de segredo profissional, devido pelos denominados confidentes necessários, cujas confidências são expostas por imperiosa necessidade de busca de auxílio para reparação de um estado mórbido ou de lesões de ordem moral ou patrimonial.

Assim, a máxima agostiniana “aquilo que sei pela confissão eu o sei menos do que o que jamais soube” consagra primordial orientação do direito canônico em relação ao *sigillum sacramentale*, cuja importância superou a autoridade da própria inquisição.

O segredo médico está consolidado no direito universal, ora se manifestando de forma absoluta, ora de modo eclético, em ambos os casos pela via da lei ou da jurisprudência.

A nossa Constituição estabelece que ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei e que são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas.

As exceções contidas no Art. 102 do Código de Ética Médica reforçam a da “justa causa” que o art. 154 do Código Penal estabelece, derogando a obrigação do segredo que alguém tenha ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão.

Muitas das exceções citadas como “justa causa” são, na realidade, fatos e circunstâncias que devem justificar o descumprimento da norma geral do segredo.

A esse respeito, coincide a observação de João Bernardino Gonzaga, ao recomendar “prudente rigor no estabelecimento do que seja causa justa, tendo em vista que o indispensável prestígio da categoria a que pertence o agente, aos olhos da confiança pública, impõe-lhe tenaz apego à discrição”.

A situação brasileira se reveste de excepcional harmonia entre o ordenamento jurídico e as normas éticas, resultando em indispensável equilíbrio entre os interesses individuais e o da coletividade.

Em qualquer tipo de relação com o usuário, os valores éticos e morais, como o segredo mé-

dico, devem permanecer intocáveis, não capitulando a liberalidade econômica apregoada pela doutrina de livre mercado como ideologia única do pensamento humano.

CONCLUSÃO

Respondendo às indagações:

1º – O prontuário médico é de posse ou guarda da unidade assistencial; em relação aos fatos e dados nele contidos; ninguém, além do médico, pode acessá-lo, salvo mediante autorização expressa do paciente.

A verificação do prontuário por não-médicos está restrita ao setor de faturamento hospitalar (Comissão de Prontuário Médico) onde assistentes administrativos estabelecem a composição dos custos hospitalares para o faturamento da conta.

A responsabilidade do sigilo assim se transfere ao diretor técnico, conforme decreto federal nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, quando, em seu Art. 28, diz: “Nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica pública ou privada poderá funcionar em qualquer ponto do território nacional sem ter um diretor técnico e principal responsável, habilitado para o exercício da medicina”.

2º – A verificação do prontuário médico pelo secretário municipal de saúde, quando o mesmo se trata de profissional da Medicina, fica regido pela legislação pertinente, quanto à manutenção do sigilo. Não se tratando de médico, o diretor técnico cumprirá as normas emanadas pelo Conselho Federal de Medicina em sua resolução específica para o caso (nº 1.638/2002).

Este é o meu parecer, que coloco à disposição para análise e considerações.

José Alberto Alvarenga
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 71/2002. Acesso aos prontuários médicos. Relator: Elias Hanna. Aprovado em 12 de fevereiro de 2004.

Ementa: o hospital poderá fornecer cópia de prontuário ao paciente e ao médico assistente. O parente esposo(a) e filho(a) que não for o responsável legal do paciente falecido/incapaz tem acesso negado às fichas. Confor-

me resolução Creneb nº 275/2000, o diretor técnico da instituição é o responsável final pela guarda e manutenção dos prontuários médicos.

Parecer Consulta nº 37/2003. Preenchimento da prescrição cirúrgica no prontuário médico. Relator: Antônio José de Araújo. Aprovado em 06 de novembro de 2003.

Ementa: não é cabível a admissão e alta hospitalar, bem como a descrição de qualquer ato executado pelo profissional médico por outros profissionais, como enfermeiras etc.

Parecer Consulta nº 51/2003. Informação encaminhada pela Associação dos Hospitais de Anápolis ao Ipasgo sobre o novo procedimento a ser adotado em relação a prontuários médicos pelas Unidades Hospitalares de Anápolis. Relator: Rômulo Sales de Andrade. Aprovado em 22 de janeiro de 2004.

Ementa: o prontuário, que pertence ao paciente e não ao médico, nem tampouco ao hospital, o qual é apenas seu fiel depositário, pode sofrer auditoria, devendo o auditor ser médico e legalmente habilitado para exercer esta função. A auditoria deve ser realizada dentro das dependências do hospital, e este deve ter local adequado e conveniente para o profissional exercer sua função. Em caso de necessidade, e quando solicitado legalmente pela auditoria, as cópias dos prontuários podem ser enviadas para fins de instrução. Neste caso, a guarda e a responsabilidade de sigilo é transitoriamente transferida a quem solicitou o documento. A auditoria, em suas várias fases, analisa dados assistenciais e detecta situações que podem gerar dúvidas, mas, baseando-se no princípio constitucional do contraditório, ouvindo as alegações do autor do fato, podem ou não fazer com que o objeto da ação seja esvaziado.

Parecer Consulta nº 051/2003
Aprovado em 22/01/2004

Interessado: J. B. M. S.

Assunto: **informação encaminhada pela Associação dos Hospitais de Anápolis ao Ipasgo sobre o novo procedimento a ser adotado em relação a prontuários médicos pelas Unidades Hospitalares de Anápolis.**

Relator: Rômulo Sales de Andrade
Processo Consulta: nº 19.746/2003

Dos Fatos:

A Associação dos Hospitais de Anápolis informa ao Ipasgo sobre o novo procedimento que será adotado a partir do dia 31/05/2003 em relação a prontuários médicos pelas unidades hospitalares de Anápolis.

Notificam:

1- Que a partir desta data não mais serão remetidos PRONTUÁRIOS MÉDICOS a esta instituição e a nenhuma outra que não seja para o cumprimento da lei;

2- As auditorias operativas deverão ser realizadas durante o tratamento ambulatorial (cirurgias ambulatoriais) e/ou período de internação. Não serão aceitos cortes, em faturas dos tratamentos realizados, após a alta hospitalar;

3- As auditorias analíticas deverão ser realizadas dentro da unidade assistencial.

Comentários:

O prontuário médico, de acordo com as Normas de Administração e Controle do Hospital, do Ministério da Saúde, define-se como documentos padronizados, ordenados e concisos destinados ao registro dos cuidados médicos e para-médicos prestados ao paciente pelo hospital. O prontuário pertence somente ao paciente. Ao médico, cabe, por dever ético, a sua abertura e toda a sua elaboração preenchendo-o adequadamente. Ao hospital, cabe a função de fiel depositário.

Em 1996, o Ministério da Saúde, pela Coordenação Geral de Controle, Avaliação e Auditoria (Caudi), editou o Manual de Normas de Auditoria, válidas para todo o país, que definia as finalidades da auditoria. Destacamos que a auditoria busca "Avaliar a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população, visando à melhoria progressiva da assistência de saúde".

Conceitualmente, a auditoria foi considerada "O conjunto de atividades e ações de fiscalização, de controle e de avaliação dos processos e procedimentos adotados, assim como

o atendimento prestado, objetivando sua melhor adequação e qualidade, detectando e saneando-lhe eventuais distorções e propondo medidas para seu melhor desempenho e resolubilidade”.

As auditorias podem ser de três tipos:

1- Analítica – que analisa relatórios e documentos e solicitam-se prontuários e outros documentos médicos, se necessários, para análise e avaliação das internações ocorridas num determinado período, em determinado prestador de serviços;

2- Operacional – baseia-se na verificação em tempo hábil quanto à propriedade das informações obtidas para análise;

3- Especiais - destinadas a instruir processos na apuração de denúncias que envolvem responsabilidades funcionais de maior gravidade, cobranças indevidas, negligência, imperícia ou imprudência.

Os envolvidos numa auditoria devem manter o sigilo das informações manuseadas, de conformidade com a ética e a moral, com responsabilidade e com o profissionalismo que devem estar presentes nos que executam a função. Ao se quebrar, sem justa causa ou dever legal, tal sigilo, o auditor é passivo de ser penalizado nos Conselhos de classe por aviltar o Código de Ética, além de responder civilmente por infringir o Código Penal em seu artigo 154: “Revelar alguém, seja justa causa, segredo, de que se tenha ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem”.

A resolução do CFM nº 1.614/2001 reconhece e dita normas para o trabalho do auditor.

Em seus considerandos, dispõe que a auditoria do ato médico constitui importante mecanismo de controle e avaliação dos recursos e procedimentos adotados, visando sua resolubilidade e melhoria na qualidade da prestação dos serviços, que a auditoria médica caracteriza-se como ato médico, por exigir conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão.

Em seu artigo 5º, relata que o diretor técnico ou diretor clínico deve garantir ao médico/equipe auditora todas as condições para o bom desempenho de suas atividades, bem como o acesso aos documentos que se fizerem necessários.

“Artigo 6º - O médico, na função de auditor, se obriga a manter o sigilo profissional,

devendo, sempre que necessário, comunicar a quem de direito e por escrito suas observações, conclusões e recomendações, sendo-lhe vedado realizar anotações no prontuário do paciente.

Artigo 7º - o médico, na função de auditor, tem o direito de acessar, in loco, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal.

Parágrafo 1º - Havendo identificação de indícios de irregularidades no atendimento do paciente, cuja comprovação necessite de análise do prontuário médico, é permitida a retirada de cópias exclusivamente para fins de instrução de auditoria.”

CONCLUSÃO:

Pelo exposto, concluímos que o prontuário, que pertence ao paciente e não ao médico, nem tampouco ao hospital, sendo este apenas o seu fiel depositário, pode sofrer auditoria, devendo o auditor ser médico e legalmente habilitado para exercer esta função.

Entendemos que tal auditoria deve ser realizada nas dependências do hospital, que deve ter local adequado e conveniente para o profissional exercer sua função.

O auditor deve ter em mente as normas legais e éticas que regem sua função, podendo ser responsabilizado penal, ética e administrativamente por deslizes que venha a cometer.

Os hospitais, por intermédio de suas diretorias técnicas/clínicas, devem garantir todas as condições para o bom desempenho das atividades de auditoria.

Em caso de necessidade, e quando solicitada legalmente pela auditoria, as cópias dos prontuários podem ser enviadas para fins de instrução. Neste caso, a guarda e a responsabilidade de sigilo é transitoriamente transferida a quem solicitou o documento.

Não podemos fechar os olhos às distorções, às fraudes, às desobediências de regras básicas perpetradas por muitos profissionais e instituições que prestam assistência a saúde.

As auditorias, em suas várias fases, analisam dados assistenciais e detectam situações

que podem gerar dúvidas, mas, baseando-se no princípio constitucional do contraditório, ouvindo as alegações do autor do fato, podem, ou não, fazer com que o objeto da ação seja esvaziado.

Sendo assim, entendo que foram respondidos os quesitos enviados.

Quanto aos cortes em faturas em tratamentos realizados após alta hospitalar, sinto-me prejudicado para análise do mérito, o fato gerador da ação é que deve merecer análise individualizada, caso a caso, para se configurar se houve o ilícito das partes envolvidas.

Rômulo Sales de Andrade Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 57/2003. Auditorias em prontuários ambulatoriais em unidade de saúde pública realizadas por profissionais não-médicos. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 13 de novembro de 2003.

Ementa: as auditorias em prontuários hospitalares, ambulatoriais e/ou fichas clínicas podem ter caráter administrativo ou técnico. Se técnico, pode estar relacionada ao ato médico ou a qualquer ato de outro profissional não médico que tenha acesso e use tal prontuário para anotar ou extrair dados ou informações relevantes à saúde pública e que tenha interesse à instituição, qual seja, pode a enfermeira desempenhar a função de auditoria quando há que se auditar o ato da enfermagem. Aos atos médicos, só cabe auditoria efetuada por profissional médico.

Parecer Consulta nº 58/2003. Quem detém posse de ficha de atendimento de consultório em caso de saída de uma instituição privada. Relator: Elias Hanna. Aprovado em 19 de fevereiro de 2004.

Ementa: prontuário médico de pacientes que procuram a instituição hospitalar pertence, em princípio, à clínica e o responsável pela posse é o Diretor Técnico. No entanto, se as fichas de atendimento médico forem material arquivado em consultório e não através de uma instituição hospitalar privada, estas são propriedades do paciente em posse de seu médico assistente, que poderá transferi-las quando da mudança de endereço.

Psiquiatria

Parecer Consulta nº 31/2003. Legalidade da realização de sessões clínicas nas dependências do Pronto Socorro Psiquiátrico do Departamento de Saúde Mental. Relator: Wanderly Barroso Campos. Aprovado em 18 de novembro de 2004.

Ementa: não constitui ilícito ético o exercício prático, sob supervisão do ensino médico a residentes e estudantes de Medicina, que adota as sessões clínicas como modelo em escolas de Medicina ou em serviços médicos devidamente capacitados, respeitados os direitos dos pacientes materializados no consentimento esclarecido.

Parecer Consulta nº 44/2003. Paciente ter o direito de ir ou não ir a médico psiquiatra e não ter que tomar remédios obrigatoriamente, mesmo com a contrariedade da mãe. Relator: Eduardo Alves Teixeira. Aprovado em 10 de fevereiro de 2005.

Ementa: só podem ser obrigados a concordar com a efetivação da conduta idealizada pelo médico, seja de ordem orgânica ou psíquica, os pacientes que se encontrarem impossibilitados de concordar efetivamente com o tratamento médico, podendo então os responsáveis decidirem por ele acerca das questões referentes à saúde e aos procedimentos recomendados para a recuperação.

Publicidade médica

Parecer consulta nº 13/2001. Endermologia e o tratamento de celulite e gordura localizada com o aparelho Silhouette. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 4 de outubro de 2001.

Ementa: no Art. 132 e 133 do CEM, é vedado ao médico "Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional, ou de conteúdo inverídico ou divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido pelo órgão competente".

Parecer Consulta nº 52/2001. Divulgação de especialidade médica. Relator: Benedito Alves Moreira. Aprovado em 04 de abril de 2002.

Ementa: os estabelecimentos de saúde que permitirem a publicidade de tratamento não comprovado ou o médico do corpo clínico que fizer anúncio de especialidade não reconhecida pelo CFM serão responsabilizados (o diretor técnico da instituição e o médico que fez o anúncio, respectivamente). Com relação a quais penalidades o infrator estaria sujeito, esclarecemos que são aquelas previstas estão no Código de Processo Ético Profissional.

**Parecer Consulta nº 052/2001
Aprovado em 04/04/2002**

Interessado: C.F.C

Assunto: **divulgação de especialidade médica.**

Relator: Benedito Alves Moreira

Processo Consulta: nº 9.136/2001.

O presente Parecer Consulta originou-se de consulta a esse Regional por C.F.C. acerca de publicidade de especialidade não comprovada. Passamos ao que se segue: o CEM é claro no tocante à publicidade médica, nos artigos 131 ao 140, neste caso específico o artigo 135.

Nos casos de estabelecimentos de saúde que permitirem a publicidade de tratamento não comprovado ou médico do corpo clínico que faz anúncio de especialidade não reconhecida pelo CFM quem responderá será o diretor técnico da instituição e o médico responsável.

Com relação a quais penalidades o infrator estaria sujeito, esclarecemos que são as previstas no Código de Processo Ético Profissional.

Concluo pelo encaminhamento ao solicitante das normas emanadas do CFM relacionadas ao assunto, bem como do CEM.

Este é o meu Parecer.

Benedito Alves Moreira
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 29/2003. Especialidade e publicidade. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 13 de novembro de 2003.

Ementa: baseado nas normas vigentes, qualquer divulgação de atuação em especialidades somente poderá ser feita se o profissional médico estiver devidamente registrado no quadro de especialistas do Conselho Regional de Medicina. Por outro lado, a atuação nessas áreas é permitida desde que o diploma do médico esteja devidamente registrado no CRM.

Parecer Consulta nº 81/2004. Possibilidade de utilizar nome de fantasia para condomínio de consultórios médicos. Relator: Haroldo de Oliveira Torres. Aprovado em 01 de junho de 2006.

Ementa: não há impedimento a “nomes de fantasia” para condomínios de consultórios médicos, desde que atendam aos ditames da resolução CFM nº 1.701/2003.



*Criança enferma. Pablo Picasso, 1903
Metropolitan Museum of Art, New York*

R

Radiologia

Parecer Consulta nº 18/2001. Capacitação e/ou habilitação dos médicos que não são especialistas em Radiologia para realizarem exames radiológicos e legalidade ou não do Conselho Regional e/ou Nacional de Técnicos em Radiologia fiscalizar e autuar clínicas médicas especializadas em Ortopedia e Traumatologia. Relator: Carlos Alberto Ximenes. Aprovado em 10 de maio de 2001.

Ementa: os médicos podem exercer a atividade de radiologia, inobstante a lei nº 7.394/1985, que regula o exercício de técnicos em radiologia, os quais estão subordinados aos médicos. Os Conselhos Técnicos em Radiologia exorbitam os lindes de sua competência ao promoverem a fiscalização ou autos de infração à instituições clínicas-hospitalares, o que cabe somente às autoridades sanitárias.

Parecer Consulta nº 19/2001. Sugestões feitas nos laudos dos exames radiológicos e anatomopatológicos para serem acatadas pelo médico assistente. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 04 de outubro de 2001.

Ementa: as sugestões, nos exames radiológicos e anatomopatológicos, poderão ser feitas através do laudo, desde que estejam tecnicamente justificadas, ficando a indicação do exame sugerido a critério do médico assistente.

Parecer Consulta nº 08/2002. Laudos radiológicos via *internet* (escaneados). Relatora: Lívia Barros Garção. Aprovado em 05 de dezembro de 2002.

Ementa: não há empecilho para a emissão de laudos de procedimentos radiológicos baseados em imagens escaneadas via *internet*, desde que seja observado rigorosamente o que determina a resolução CFM nº 1.643/2002.

Parecer Consulta nº 43/2003. Exame de ultrassonografia. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 19 de fevereiro de 2004.

Ementa: ultrassonografia não pode ser considerada como uma especialidade médica. A ultrassonografia em Ginecologia e Obste-

trícia é área de atuação da especialidade Ginecologia e Obstetrícia. Nenhuma especialidade detém a exclusividade para a prática de qualquer ato médico.

Parecer Consulta nº 63/2003. Liminar judicial que libera a solicitação de exames complementares pelos fisioterapeutas. Relator: Robson Paixão de Azevedo. Aprovado em 26 de fevereiro de 2004.

Ementa: é ilegal aos fisioterapeutas a prática de atos privativos dos profissionais médicos tais como exame clínico, solicitação de exames complementares, firmar diagnósticos clínicos, estabelecer prescrição ou alteração de terapêutica a ser instituída. Também é vedado ao médico radiologista ou ao patologista realizar exames complementares solicitados por fisioterapeutas.

Parecer Consulta nº 104/2005. Informar se os responsáveis técnicos pelo serviço de diagnóstico de clínicas de Ortopedia e Traumatologia necessitam ser radiologistas. Relator: Carlos Alberto Ximenes. Aprovado em 06 de outubro de 2005.

Ementa: o médico somente pode assumir responsabilidade técnica por, no máximo, duas empresas jurídicas. A responsabilidade técnica de um serviço especializado deve ser exercida por médico especialista na área. A prática médica é livre a todos os médicos, porém os atos mais complexos e que compõem o substrato de determinada especialidade devem ser reservados ao especialista, contudo sua execução por médico não especialista não constitui ilícito ético.

Regimento interno

Parecer Consulta nº 55/2001. Confecção do Regimento Interno das Unidades Básicas de Saúde. Vistas: Ivane Campos Mendonça. Aprovado em 24 de janeiro de 2001.

Ementa: referente ao quesito sobre a confecção de apenas um regimento interno para as 11 unidades básicas de saúde, nada impede que seja utilizado um mesmo modelo, que deverá ser votado em Assembléia Geral de todo o corpo clínico das unidades que regula.

Registro de empresa

Parecer Consulta nº 22/2001. Qual procedimento deve ser tomado para o solicitante dar continuidade ao trabalho que executa como médico do trabalho. Relator: Benedito Alves Moreira. Aprovado em 04 de outubro de 2001.

Ementa: nada impede o médico de exercer seu trabalho nesta empresa, uma vez que não está infringindo o Código de Ética Médica por tal conduta. Contudo, é necessário o registro desta empresa no Cremego.

Parecer Consulta nº 12/2003. Terceirização em serviços de Anatomia Patológica e áreas de atuação. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 03 de março de 2005.

Ementa: laboratórios que realizam exames pertencentes à especialidade de patologista e áreas de influências devem estar registrados no CRM com o indicativo do diretor técnico assim como os seus médicos assistentes. O laboratório tributário conveniado com a terceirização tem *status* de posto de coleta.

Relação médico/paciente

Parecer Consulta nº 31/2001. Relação médico/paciente. Relatora: Ivane Campos Mendonça. Aprovado em 04 de abril de 2002.

Ementa: o ato médico é um ato humanitário em si mesmo. A quebra da relação médico/paciente é, em si, um fato entristecedor e lamentável. Certo é que não há Medicina sem confiança e ato médico em relação médico/paciente desfeita.

Parecer Consulta nº 031/2001
Aprovado em 04/04/2002

Interessado: A.G.S.

Assunto: **relação médico/paciente**

Relatora: Ivane Campos Mendonça

Processo Consulta: nº 753/2000.

O presente Parecer Consulta originou-se de consulta a esse Regional por A.G.S., na qual relata fato ocorrido durante sua atuação profissional

como cirurgião plástico em procedimento de reconstrução parcial de nariz, a ser realizado em dois tempos, durante o qual, no intercurso das duas cirurgias, houve quebra de relação médico/paciente.

Questiona-nos o Dr. A.G.S, com as seguintes considerações: "Esse procedimento (reconstrução nasal) exige duas etapas, sendo a segunda realizada após um mínimo de 21 dias, para liberação do retalho. Visto que a relação médico/paciente está seriamente abalada, gostaria de parecer legal diante das seguintes perguntas:

1. Estou obrigado a realizar o segundo procedimento por questões éticas ou legais?

2. Se realmente for processado pelo paciente, posso abrir processo concomitante contra ele por calúnia?

Para responder a essas questões, faz-se necessário tecer algumas considerações acerca do ato médico e da quebra da relação médico/paciente.

O ato médico é um ato humanitário em si, onde um ser pede auxílio e o outro se propõe à ajuda. É um ato amigável, em que a confiança deve preponderar, em que o outro entrega a nós, médicos, todo o seu ser, permitindo-nos alterá-lo, quer física, química ou psiquicamente, mediante nossa atuação profissional.

A quebra da relação médico/paciente é, em si, um fato entristecedor, lamentável e que, a cada dia mais, parece-nos freqüente. É o aborto de uma delicada concepção de confiança e de entrega.

Não nos cabe, nesse parecer, considerar os fatos que levam a essa ruptura, talvez cultural nos tempos modernos, talvez estimulados pela falta de tempo de ouvir e ser ouvido...

Certo é que não há medicina sem confiança, não há ato médico em relação médico/paciente desfeita.

Assim é que, mesmo sendo um triste capítulo em nossa atuação profissional, não é, porém, um ato equivocado ou incorreto ou pouco freqüente, tanto que se encontra contemplado no Código de Ética Médica, no parágrafo primeiro do artigo 61.

O médico, ante a quebra da relação médico-paciente, tem o direito de renunciar ao atendimento do paciente, observando-se que jamais poderá abandoná-lo, devendo previamente

avisá-lo ou a seu responsável e fornecendo àquele todas as informações necessárias a esse acompanhamento.

Sabemos que o médico deve sempre exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em caso de urgência ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente (Art. 7º).

Não pode, o médico, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e a correção do seu trabalho (Art. 8º).

No entanto, jamais poderá o médico deixar de assumir ética, legal ou juridicamente a responsabilidade sobre procedimento médico que indicou, ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente (Art. 31).

Não poderá, também, isentar-se da responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal (Art. 32).

Assim sendo, respondo ao primeiro questionamento, da seguinte forma:

Não encontra-se obrigado, o Dr. A.G.S, a realizar o segundo procedimento, porém deverá encaminhar o seu paciente a outro médico, com competência e habilidades para executá-lo, devendo prover esse profissional de todas as informações necessárias à continuidade do tratamento.

Não se exime, porém, das responsabilidades legais e éticas pelo ato que realizou, sendo direito do paciente solicitar a este Conselho e à justiça comum avaliações quanto ao procedimento executado.

No segundo quesito, interroga-nos sobre a possibilidade de “abrir processo concomitante contra o paciente, por calúnia”.

É sabido que injúria, calúnia e difamação são considerados crimes na justiça comum e passíveis de processo e penalidade, sendo uma melhor orientação obtida através de consulta a profissionais da área jurídica.

Junto aos Conselheiros, o médico tem o direito de requerer desagravo público, quando atingido no exercício de sua profissão (Art. 26).

Esse dispositivo é uma ênfase ao princípio constitucional tratado no inciso V, do Art. 5º,

do capítulo Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, onde se lê que “é assegurado o direito de resposta ao agravo, além de indenização por danos material, moral ou à imagem”.

Citado Genival Veloso de França diz, em seu livro *Comentários do Código de Ética Médica*, 2ª edição, capítulo I, p. 37, §6º: “É, pois, um direito constituinte das garantias individuais, ou da conquista da cidadania, que tem o médico de requerer de seu Conselho de Medicina desagravo público por ofensa ou denúncia infundadas e de caráter sensacionalista, capaz de atingi-lo no exercício regular de suas atividades”.

À solicitação de tal procedimento, feita pelo médico, o Conselho abrirá sindicância, na qual investigará o ato médico que foi questionado. Se da sindicância não resultar nenhum indício de infração, será concedido ao médico o desagravo.

Acreditamos, assim, ter respondido a contento as indagações feitas a esse egrégio Conselho.

É o meu parecer, s.m.j.

Dra. Ivane Campos Mendonça
Conselheira Relatora

Parecer Consulta nº 55/2002. Pacientes que tentam extorquir dinheiro de médico, sob alegação de que o mesmo seria culpado por problemas de saúde que teriam surgido após procedimento médico realizado por ele. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 05 de junho de 2003.

Ementa: a Medicina não é ciência exata, e resultados adversos, apesar de temidos, podem ocorrer com relativa frequência. Em tais situações, o zelo do médico com seu cliente e com sua profissão é que caracterizam sua responsabilidade.

Relacionamento entre profissionais

Parecer Consulta nº 46/2001. Solicitação feita pelo Ipasgo a todos os médicos psiquiatras credenciados neste plano. Relator: Afif Afrânio Rassi. Aprovado em 25 de outubro de 2001.

Ementa: o acatamento ao questionário constitui afronta aos princípios fundamentais (Art. 11 e 18), renúncia ao direito do médico (Art. 20 e 21) e infração ética passível de instauração de PEP, por violação aos artigos 46, 102 e 105 do CEM, portanto deve ser rejeitado.

Relatório médico

Parecer Consulta nº 03/2001. Obrigatoriedade do preenchimento do relatório médico DPVAT de pacientes atendidos no Hospital das Clínicas. Relator: Heitor Alarico Gonçalves de Freitas. Aprovado em 04 de abril de 2002.

Ementa: o preenchimento do relatório médico DPVAT é obrigatório se for solicitado pelo paciente ou familiar expressamente. O médico assistente, ao recusar preencher este relatório, estará cometendo infração ética. Em princípio, não pode outro médico preencher este relatório baseado no prontuário médico hospitalar do paciente.

Remuneração profissional

Parecer Consulta nº 37/2001. Questões administrativas na Medicina. Relator: Rômulo Sales de Andrade. Aprovado em 04 de abril de 2002.

Ementa: consoante os Arts. 96 e 97 do CEM, as taxas a serem cobradas devem visar única e exclusivamente aos custos operacionais do faturamento do procedimento médico. A cobertura de materiais descartáveis que se fizerem necessários ao procedimento deveria ter a cobertura da empresa contratante do serviço, porém existem algumas exclusões pactuadas entre as partes. O coeficiente de honorários médicos está defasado em virtude da entrada de maior número de profissionais médicos no mercado de trabalho, os quais têm vendido os seus serviços por preços cada vez mais baratos, desvalorizando assim a classe.

Parecer Consulta nº 037/2001
Aprovado em 04/04/2002

Interessada: Dra. A.C.F.R.

Assunto: questões administrativas na Medicina.

Relator: Rômulo Sales de Andrade
Processo Consulta: nº 8.846/2001

O presente Parecer Consulta originou-se de consulta a esse Regional pela Dra. A.C.F.R. sobre valor permitido na cobrança de taxas administrativas a médicos que optem por receber fatura via hospital.

Realmente, este questionamento merece reflexão. Citaria os artigos 96 e 97 do Código de Ética Médica:

É vedado ao médico:

“Artigo 96 – Reduzir, quando em função de direção ou chefia a remuneração devida ao médico, utilizando-se de desconto a título de taxa de administração ou quaisquer outros artifícios.

Artigo 97 – Reter, a qualquer pretexto, remuneração de médicos e outros profissionais”.

1 - Qual o valor justo para estas taxas?

Em nome desta dita taxa de administração, os hospitais não se aproveitam para extorquir os honorários médicos?

O corpo clínico dos hospitais deveriam se mobilizar de forma organizada e uníssona para negociar taxas que visem única e exclusivamente os custos operacionais do faturamento do procedimento médico.

A retenção de qualquer outra taxa, bem como retenção dos honorários médicos, é ilegal e merece representação por parte do médico lesado a este Conselho.

2 – Gostaria de obter informações sobre os materiais descartáveis que se fazem necessários em alguns casos cirúrgicos e que os convênios não pagam?

A cobertura de materiais descartáveis que se fizerem necessários ao procedimento deveria ter a cobertura pela empresa contratante do serviço.

Existem, porém, algumas exclusões contratuais pactuadas entre as partes para o não pagamento de alguns materiais.

Por parte dos prestadores de serviços, sabemos que existe reutilização com esterilização dos materiais descartáveis.

Em seu artigo 56, diz o Código de Ética Médica:

“É vedado ao médico deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente”.

O que existe de melhor e mais seguro deverá ser fornecido ao paciente para sua segurança e bem-estar.

Devíamos ter cuidado com a mercantilização da Medicina, pois nem sempre é necessário encarecer o tratamento para que se tenha o melhor.

Uma medicina segura e menos onerosa para o paciente deve ser buscada, pois na realidade nos serviços públicos, mediante de convênios e sem caráter particular, quem paga a conta é a sociedade, em forma de impostos ou individualmente.

3 – O coeficiente de honorários médicos (CH) está defasado e, em alguns convênios, a defasagem é maior, e o médico, no exercício de suas funções, tem despesas até mesmo para prestar atendimento em consultório. Nestes casos, existe alguma informação a respeito?

A conjuntura econômica do país penaliza a todas as classes sociais e todos os seguimentos da sociedade. A proliferação de faculdades de Medicina, com a entrada no mercado de trabalho de maior número de profissionais ávidos em se firmar na profissão, vem desvalorizando a classe, fazendo-a vender seus serviços por preços cada vez mais baratos.

Novamente, acho que a conscientização e união dos médicos é que podem reverter este processo.

A valorização do trabalho só virá com a união de todos nós.

Esse é meu parecer, S.M.J.

Goiânia, 04 de abril de 2002.

Rômulo Sales de Andrade

Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 40/2001. Conduta de colegas médicos cirurgiões de taxar os honorários dos serviços de anestesiologia em procedimentos particulares em 40% do valor cobrado pelo profissional, atrelando assim todos os procedimentos, sem períodos (noturno ou diurno), finais de semana ou sequer as acomodações (enfermaria, suíte, apartamento etc). Relator: Umberto de Sá Cavalcante. Aprovado em 27 de maio de 2002.

Ementa: não havendo entendimento entre o cirurgião e o anestesista, cabe a este acordar diretamente com o paciente ou seu responsável o acerto de seus honorários. No entanto, sugerimos que, para um melhor desempenho do trabalho médico e bem-estar do paciente, o entendimento entre a equipe médica é o melhor caminho.

Parecer Consulta nº 56/2001. Portaria Normativa nº 342/2001 do Ipasgo. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 18 de abril de 2002.

Ementa: o não atendimento de qualquer urgência ou emergência, sendo o paciente beneficiário ou não do Ipasgo, é visto e tido como omissão de socorro, incorrendo, portanto, o diretor técnico em infração ao Código de Ética Médica.

Parecer Consulta nº 62/2001. Plantões de cirurgias médicas. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 18 de abril de 2002.

Ementa: exponho aos dirigentes e aos profissionais médicos envolvidos na presente situação as responsabilidades destacadas nos artigos 3º, 4º, 10, 15, 17, 24, 35, 78, 85, 86, 92 e 142 do Código de Ética Médica.

Parecer Consulta nº 24/2002. Glosa do Bradesco Saúde acerca de cirurgia realizada. Relator: Heitor Alarico Gonçalves de Freitas. Aprovado em 08 de agosto de 2002.

Ementa: a lei nº 3.268 garante a execução de qualquer ato médico por profissional que tenha concluído sua graduação, desde que ele se sinta apto para fazê-lo, independente de ter alguma especialidade posterior ou não, e des-

de que esteja inscrito no CRM. Portanto, faz-se jus os honorários reivindicados pelo médico.

Parecer Consulta nº 39/2002. Remuneração do Ipasgo aos médicos que realizam cesarianas e escolha do tipo de parto pela paciente. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 23 de janeiro de 2003

Ementa: não existe critério justo para se estabelecer o valor diferenciado da remuneração feita pelo Ipasgo. Considerando como índice almejado no país o de 30% de cesarianas, qualquer profissional que realize mais de cinco partos num mesmo mês de referência seria prejudicado, apesar de situar-se nos limites almejados. Portanto, é critério absolutamente injusto, ineficiente e inaceitável. É obrigatória a indicação de uma cesariana para que o médico a realize, sendo vedada a realização da mesma apenas pela opção da paciente ou de outrem.

Parecer Consulta nº 02/2003. Uso da tabela AMB 92 e 96. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 15 de abril de 2004.

Ementa: a legalidade da existência da tabela AMB foi argüida junto ao Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade), pela Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização (Fenaseg). O Cade posicionou-se contra a tabela elaborada pela AMB, alegando que ela caracterizaria cartelização. Por outro lado, não se posicionou contra as tabelas das seguradoras e de outras empresas que fazem a intermediação do trabalho médico. Quanto às cooperativas, a utilização de uma tabela de remuneração dos cooperados caracteriza-se apenas como um instrumento referencial administrativo. A utilização de uma tabela de preços é uma relação contratual, representada, no presente caso, por um contrato entre um prestador de serviços e um comprador do mesmo.

Parecer Consulta nº 21/2003. Denominadas "coberturas à distância", em que, no interior, o profissional, não estando no nosocômio, se prontifica, ou não, a atender aos chamados, pertencendo ao corpo clínico. Vistas: José Wesley Benício Soares. Aprovado em 15 de abril de 2004.

Ementa: plantão à distância somente existe para especialistas que não precisam,

necessariamente, permanecer no hospital. Uma vez havendo escala obrigatória, tal plantão deve ser remunerado. 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 comunicado previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que o suceder. Hospital que tenha paciente internado em suas dependências, ou que funcione em regime de atendimento a urgências/emergências, deve ter plantonista 24 horas por dia; não havendo, o diretor técnico responderá por eventuais falhas.

Parecer Consulta nº 25/2003. Legalidade de cobrança de honorários médicos junto ao Ipasgo e Unimed em nome de um médico quando também houve atendimento por outros médicos não credenciados. Vistas: Lívia Barros Garção. Aprovado em 22 de abril de 2004.

Ementa: o Código de Ética veda ao médico o recebimento de honorários sem ter praticado ato médico ou que não tenha participado efetivamente dele. A função primordial do Conselho é orientar, aconselhar e mostrar o que é considerado aceito e não aceito como um princípio ético no exercício profissional.

Parecer Consulta nº 33/2003. Legalidade de médico na escolha de atender por convênio ou SUS, de acordo com a melhor remuneração. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 22 de janeiro de 2004.

Ementa: Não há ilícito ético ou moral quando o médico faz a opção de realizar o transplante ou a assistência pós-operatória por convênio ou SUS de acordo com a melhor remuneração, estando atento para não incorrer em cobrança em duplicidade por um mesmo ato ou procedimento e ainda respeitando a opção do paciente. Não cabe aos médicos julgarem a opção do paciente, desde, é claro, que não haja compactuação com ilícitos quaisquer, tais como cobrança dupla, superfaturamento ou exorbitância de procedimentos.

Parecer Consulta nº 34/2003. Legalidade na imposição de encaminhamento de materiais para anatomopatológico para apenas um labo-

ratório, referente aos convênios. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 11 de dezembro de 2003.

Ementa: a prática mencionada configura um ilícito, e, uma vez identificada na luz das evidências, deve ser denunciada, nomeando-se os envolvidos.

Reprodução assistida

Parecer Consulta nº 03/2002. Conduta profissional. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 25 de abril de 2002.

Ementa: a consulente deve cumprir as normas vigentes, não possibilitando o conhecimento recíproco da identidade da doadora e receptora do óvulo. O descumprimento das normas vigentes poderá implicar em infração ao Código de Ética Médica, sujeitando-se à instauração de processo ético profissional e a possível aplicação da penalidade estabelecida em lei.

Parecer Consulta nº 3/2002 Aprovado em 25/4/2002

Interessada: Dra. Z. B. C.

Assunto: **conduta profissional**

Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior
Processo Consulta nº 10.879/2001

DA CONSULTA:

A Dra. Z. B. C., médica ginecologista que atua na área de reprodução assistida, apresenta consulta a este Regional quanto à conduta que deve tomar diante de sua cliente que deseja submeter-se à reprodução assistida com doação de óvulo, tendo como doadora uma de suas três sobrinhas.

Trata-se de paciente de 52 anos, casada, nuligesta, de raça negra, que deseja receber óvulos de uma de suas três sobrinhas, todas solteiras, negras e com idade em torno de 25 anos, que concordam com a doação.

Diz a consulente que já orientou sua cliente quanto ao posicionamento contrário da legislação em vigor e parecer CFM nº 1.358/1992, que proíbe a revelação de identidade dos doadores e receptores.

DA REGULAMENTAÇÃO DA MATÉRIA:

O parecer CFM nº 1.358/1992 estabelece as regras que devem cumprir os médicos e estabelecimentos sob responsabilidade de médicos que realizam a reprodução assistida.

Além das regras técnicas, éticas e legais, a referida resolução estabelece que os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa. Determina ainda que a escolha dos doadores é de responsabilidade da unidade de saúde, devendo, sempre que possível, garantir que o doador tenha a maior semelhança fenotípica, imunológica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora.

Genival Veloso de França, em sua obra *Direito médico*, ensina que a fecundação heteróloga afeta várias pessoas ao mesmo tempo, cujas funções, responsabilidades, direitos e reações devem ser avaliadas com cuidado, tendo em vista a complexidade que encerra. Demonstra que os autores que defendem a hetero fecundação são concordes em dois pontos: 1) a receptora não deve conhecer a identidade da doadora, 2) a doadora não deve conhecer a identidade da receptora.

Afirma o autor que apenas uma pessoa deve conhecer a identidade de um e de outro: o médico responsável pelo procedimento, que faz a eleição do doador, considerando as consequências que podem surgir na gravidez e hígidez do novo ser. Conclui que toda responsabilidade recai única e exclusivamente sobre a pessoa do médico.

CONCLUSÃO:

A cliente da Dra. Z.B.C. demonstra, com a sua insistência em conhecer a doadora de óvulo para realização de sua reprodução assistida, um instinto natural de eugenia, caracterizada por elementos étnicos, sociais e afetivos.

Entretanto, são enormes as possibilidades de que os fatos, no futuro, ocorram de modo diverso ao suposto ou desejado por ela. Nesse sentido, compete à consulente atuar com moderação e estritamente dentro das normas vigentes. Caso contrário, estaria descumprindo deliberadamente norma elaborada pelo Conselho Federal de Medicina, podendo incorrer em dano à sua cliente e/ou ao filho que ela conceberá.

Ante o exposto, a consulente deve cumprir as normas vigentes, não possibilitando o conhecimento recíproco da identidade da doadora e receptora de óvulo.

O descumprimento das normas vigentes poderá implicar em infração ao Código de Ética Médica, sujeitando-se à instauração de um processo ético-profissional e a possível aplicação da penalidade estabelecida em Lei.

Este é o meu parecer.

Daniel do Prado Figueiredo Júnior
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 05/2006. Doação de óvulos para reprodução assistida entre pacientes irmãs. Relator: José Wesley Benício Soares. Aprovado em 01 de junho de 2006.

Ementa: doação de óvulos entre irmãs. Restrição da resolução CFM nº 1.358/1992. Parecer Consulta CFM favorável em casos personalíssimos. Não há transgressão ética no caso do presente parecer. Necessidade de parecer específico para cada caso.

Parecer Consulta nº 10/2006. Gestação de substituição, utilizando para o processo gestacional a irmã da paciente. Relatora: Lívia Barros Garção. Aprovado em 01 de junho de 2006.

Ementa: conforme dispõe a resolução CFM nº 1358/1992, as doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética, num parentesco até o segundo grau, sendo os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina.

Residência médica

Parecer Consulta nº 44/2001. Esclarecimentos relacionados à Residência Médica, em estar o profissional apto ou não a exercer determinada especialidade médica. Relator: Benedito Alves Moreira. Aprovado em 06 de junho de 2002.

Ementa: o aluno que estudou 6 anos e mais 2 anos de residência está habilitado para ser médico clínico, desde que devidamente inscrito no CRM. Se a residência de Cirurgia Geral for devidamente

reconhecida pelo CNRM e ter sido esta realizada em local reconhecido pelo referido órgão, está apto a ser um cirurgião geral, inclusive a divulgar sua especialidade, após estar devidamente registrado no CRM. Se o médico atuar em área que não é sua especialidade, deverá assumir o ônus por esta atuação, ou seja, deverá se responsabilizar por todo o ato executado.

Parecer Consulta nº 044/2001
Aprovado em 06/06/2002

Interessado: J.M.O.

Assunto: **esclarecimentos relacionados à residência médica, em que o profissional está apto ou não a exercer determinada especialidade médica.**

Relator: Benedito Alves Moreira
Processo Consulta: nº 9.085/2001

O presente Parecer Consulta originou-se de consulta a esse Regional por J.M.O.:

DA SOLICITAÇÃO:

01 – O aluno que estudou seis anos e cursou mais dois anos de residência está habilitado para ser médico clínico?

RESPOSTA: está, desde que devidamente inscrito no CRM.

02 – O aluno estudou seis anos e fez residência em Cirurgia Geral com 5.760 horas. Qual é a habilitação que este médico poderá exercer parando os estudos por aí?

RESPOSTA: a) Poderá exercer a arte médica.

b) Se a residência de Cirurgia Geral for devidamente reconhecida pelo CNRM, está apto a ser um cirurgião geral, inclusive a divulgar sua especialidade, após estar devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina.

03 – O aluno que estudou seis anos, dois de residência médica e mais três anos de Gastro ou Ortopedia tem especialidade somente em Gastro ou pode operar um ser humano em qualquer modalidade?

RESPOSTA: a) Se sua residência é de Cirurgia Geral e mais Gastro, significa que é um mé-

dico cirurgião geral mais voltado para o aparelho digestivo, se é ortopedista, deverá atuar nesta área.

b) Não é uma boa norma operar um ser humano em qualquer especialidade, exatamente para isto que temos os treinamentos na áreas específicas. Entretanto, se o médico atuar em área que não é a sua especialidade o mesmo deverá assumir o ônus por esta atuação, ou seja, deverá se responsabilizar por todo o ato executado.

04 – Se quiser ser um cirurgião geral, o que precisa acrescentar ao seu diploma ou ao certificado de residência médica.

RESPOSTA: a) ao ser diplomado como médico, está apto a exercer a Medicina.

b) ao concluir a residência em Cirurgia Geral, está apto a exercer a medicina como cirurgião. A norma para ser cirurgião é ter completado o seu tempo de treinamento em local devidamente reconhecido pelo CNRM.

Este é o meu parecer, S.M.J.

Benedito Alves Moreira
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 69/2001. Concurso para professor adjunto na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás para a área de Semiologia Médica. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 25 de abril de 2002.

Ementa: o cargo de professor adjunto de Semiologia Médica pressupõe a exigência de qualificação compatível com o cargo, o que justifica a exigência de especialização por meio de residência médica em Medicina Interna com concentração de pelo menos um ano em Clínica Médica. A exigência de residência e de doutorado na área de Medicina Interna constitui fator positivo e meritoso, não constituindo critério discriminatório ou tendencioso, por reconhecer o esforço dos detentores de tais títulos. O Estado, à forma dos particulares, pode fazer tais exigências, já que, em princípio, presume-se que o detentor do título de especialista tem condições de melhor atender aos interesses de uma coletividade que depende de tratamentos específicos.

Parecer Consulta nº 05/2002. Responsabilidade técnica dos plantonistas que vierem efetivar atendimento nas dependências do Hugo, bem como se estes atendimentos poderão ser efetuados pelos “R-3” sem a presença do Staf e, ainda, se as cirurgias efetuadas nas instalações da Fundação Banco de Olhos de Goiás (Fubog) poderão ser efetuadas por “R-3” com a presença do STAF. Relator: Evandélio Alpino Morato. Aprovado em 25 de abril de 2002.

Ementa: a responsabilidade técnica nas dependências do Hugo será do seu diretor clínico, que terá o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina. O médico residente, apesar de médico, encontra-se em treinamento, em aperfeiçoamento profissional, não devendo participar de procedimentos cirúrgicos sem a supervisão do Staf; uma vez, porém, com total supervisão do Staf e dentro do que estabeleçam as normas da Comissão Nacional de Residência Médica, poderá participar de procedimentos cirúrgicos.

Parecer Consulta nº 46/2002. Curso de Residência em Saúde da Família. Vistas: Ana Maria de Oliveira. Aprovado em 17 de junho de 2003.

Ementa: o curso de Residência em Saúde da Família é legal, pois foi aprovado através de parecer do Conselho Nacional de Educação/Ministério da Educação. O curso é aprovado pelo MEC, apenas não é reconhecido pelo CNRM. O médico residente pode receber aulas de outros profissionais não apenas médicos, desde que não seja de assuntos privativos aos médicos. A remuneração dos médicos residentes em Saúde da Família segue as normas do CNRM, a lei nº 6.933 e a lei nº 8.725, em relação à remuneração, carga horária e direito a férias.

Parecer Consulta nº 46/2002
Aprovado em 17/6/2003

Interessada: Dra. D. T. N.

Assunto: **curso de Residência em Saúde da Família.**

Relatora: Ana Maria de Oliveira
Processo Consulta nº 15.388/2002

Solicitado vista ao 46/2002, observamos que para tanto seria necessário obter documentos importantes para responder os quesitos formulados. Assim, solicitamos por ofí-

ção à senhora coordenadora do curso de Residência Médica Multiprofissional esclarecimentos, e, na oportunidade, nos foram encaminhados vários documentos, dos quais destacamos:

1. Documento proposta para o estabelecimento de consensos em relação ao desenvolvimento dos Cursos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (Anexo I – fls. 15 a 29).

2. Comparação entre Programa de Residência Médica para Especialistas de Medicina da Família e Comunidade, estabelecida pela Comissão Nacional de Residência Médica e o Termo de Referência dos Editais relacionados às residências multiprofissionais em Saúde da Família (Anexo II – fls. 30 a 42).

3. Regulamento Geral do Curso de Residência em Saúde da Família – Modalidade: Especialização. Resolução CEPEC/UFG (Anexo III – fls. 43 a 46).

De posse de tais documentos, passamos a emitir o parecer de vistas, na forma que se segue:

1º Questionamento das consulentes: o curso de Residência em Saúde da Família ministrado pela UFG-FEN está ocorrendo de forma “legal” (ou seja, já foi aprovado pelo MEC e Coreme)?

O Cons. parecerista Guilherme responde que: “Segundo cópia de documento enviada ao presidente do Coreme/HC/FM/UFG, assinado pela Secretária Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), Sra. V. L. B., de 21 de junho de 2002, o referido curso não é uma residência médica por não estar registrado na CNRM, de acordo com a lei nº 6.932 de 07 de julho de 1981, portanto os certificados dos concluintes não poderão ser registrados”.

A resposta ao quesito, de acordo com os autos, seria de que o curso de Residência em Saúde da Família é legal, pois foi aprovado em dois de dezembro de mil novecentos e noventa e oito através de parecer do Conselho Nacional de Educação/Ministério da Edu-

cação. Inclusive a seleção no estado de Goiás foi feita pela UFG – Faculdade de Enfermagem (FEN) – Edital 001/2002. A CNRM tem legislação própria e não existe junto à mesma o reconhecimento de residência de outras categorias profissionais da área da saúde. Portanto, no momento, os certificados não são registrados pela CNRM.

2º Questionamento: caso a Residência Médica (RM) não seja aprovada por estas duas instituições (MEC-Coreme), existe a possibilidade de nosso curso ser “aprovado” como um curso de especialização ou pós-graduação?

O parecerista responde que “não compete a este fórum julgar a possibilidade de aprovação do referido curso”.

Respondo que, de acordo com os autos, o curso já é aprovado pelo MEC, apenas não é reconhecido pela CNRM.

3º e 4º questionamentos: Partindo do pressuposto de que a residência esteja legalmente instalada e aprovada, pode o médico residente receber aulas, durante a residência, de outros profissionais que não são médicos (mesmos assuntos voltados para a Medicina)?

E pode o aluno médico receber todas as aulas do curso intitulado Residência em Saúde da Família em conjunto (sem distinção de tema e do local) com alunas enfermeiras-residentes e médicos residentes do mesmo ano letivo do curso de residência?

O parecerista responde que, considerando que seja uma residência médica, só estaria habilitado o profissional médico. Considerando a resolução CFM nº 1627/2001 que nas definições dos procedimentos profissionais privativos dos médicos, a letra k esclarece: ensinar as disciplinas médicas ou outras matérias relacionadas com sua atividade profissional.

Penso que o médico residente pode receber aulas de outros profissionais, não apenas de médicos, desde que não seja de assuntos privativos aos médicos.

No entanto, considerando as competências de cada profissão (Res. 1627/01-CFM), também o processo de ensino e aprendizagem deve prever momentos em separado em conteúdos

distintos, para profissionais de Medicina e de Enfermagem (fls. 36).

Finalmente, solicita orientação sobre “a bolsa para ajuda de custo que se propõe a servir a todos os médicos que cursam residência”. Se o curso em questão “não pode ser considerado residência médica”, como pode receber “bolsa” destinada a residência médica ou ser cobrada uma dedicação exclusiva para participar do curso?

O conselheiro parecerista responde: “só existe a possibilidade de bolsas regulamentares nos cursos de residência médica inscritas no CNRM, e estas estariam sob a vigência da lei nº 10.405, de 09 de janeiro de 2002”.

De acordo com os autos, a remuneração dos médicos residentes em Saúde da Família segue as normas da CNRM, a lei nº 6.933, de 07 de julho de 1981, e lei nº 8.725, de 05 de novembro de 1993, em relação à remuneração e carga horária e direito a férias.

Este é parecer de vista, salvo melhor juízo.

Ana Maria de Oliveira
Conselheira Relatora

Responsabilidade profissional

Parecer Consulta nº 14/2001. Suporte cirúrgico para angioplastia coronária percutânea. Relator: Rômulo Sales de Andrade. Aprovado em 24 de novembro de 2001.

Ementa: apesar do baixo índice de cirurgia de urgência, é indispensável que o hospital tenha um serviço de cirurgia cardíaca atuante que forneça o necessário apoio ao procedimento através de um regimento de prontidão e de resguarda.

Parecer Consulta nº 16/2001. Planos ou convênios de saúde que propõem cartões de descontos sobre honorários médicos, bem como, se é ou não responsabilidade do diretor técnico/clínico, em casos de médicos que prestam atendimentos e realizam cirurgias em locais onde não residem. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 24 de outubro de 2001.

Ementa: a figura do médico itinerante é uma realidade em várias regiões do País, particularmente em locais desprovidos de recursos ou de especialistas em determinadas áreas. A concorrência desleal entre médicos, vedada pelo artigo 80 do Código de Ética Médica, é representada genericamente pelo médico que lança mão de métodos ilícitos e/ou espúrios para angariar clientela.

Parecer Consulta nº 26/2001. Legalidade ou não de se contratar profissionais não médicos (biomédicos, bioquímicos e/ou farmacêuticos) para realização de exames citopatológicos. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 25 de abril de 2002.

Ementa: os médicos auditores e diretores técnicos de empresas médicas cooperativas ou mercantis hipoteticamente idealizados pelo consulente estariam infringindo o CEM nos artigos 2º, 4º, 17, 30, 38 e 45.

Parecer Consulta nº 35/2001. Necessidade da presença de professores ou médicos orientadores durante atendimento realizado pelo estudante, médico residente ou estagiário. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 25 de abril de 2002.

Ementa: a ausência de professores ou médicos orientadores durante o atendimento realizado pelo estudante, médico residente ou estagiário implica infração ética cometida pelo professor. O mesmo fato implica em simultânea infração ética cometida pelos dirigentes do estabelecimento/instituição, caso não sejam tomadas as providências administrativas e éticas que o caso requer.

Parecer Consulta nº 52/2001. Divulgação de especialidade médica. Relator: Benedito Alves Moreira. Aprovado em 04 de abril de 2002.

Ementa: os estabelecimentos de saúde que permitirem a publicidade de tratamento não comprovado ou o médico do corpo clínico que fizer anúncio de especialidade não reconhecida pelo CFM serão responsabilizados (o diretor técnico da instituição e o médico que fez o anúncio, respectivamente). Com relação a quais penalidades o infrator estaria sujeito, esclarecemos que são aquelas previstas estão no Código de Processo Ético Profissional.

Parecer Consulta nº 05/2002. Responsabilidade técnica dos plantonistas que vierem efetivar atendimento nas dependências do Hugo, bem como se estes atendimentos poderão ser efetuados pelos "R-3" sem a presença do Staf e, ainda, se as cirurgias efetuadas nas instalações da Fundação Banco de Olhos de Goiás (Fubog) poderão ser efetuadas por "R-3" com a presença do STAF. Relator: Evandélio Alpino Morato. Aprovado em 25 de abril de 2002.

Ementa: a responsabilidade técnica nas dependências do Hugo será do seu diretor clínico, que terá o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina. O médico residente, apesar de médico, encontra-se em treinamento, em aperfeiçoamento profissional, não devendo participar de procedimentos cirúrgicos sem a supervisão do Staf; uma vez, porém, com total supervisão do Staf e dentro do que estabelecem as normas da Comissão Nacional de Residência Médica, poderá participar de procedimentos cirúrgicos.

Parecer Consulta nº 21/2002. Quem é o responsável por paciente que estiver internado tendo que se submeter a exames em outro local. Relatora: Cacilda Pedrosa de Oliveira. Aprovado em 29 de agosto de 2002.

Ementa: um paciente que se encontra em uma UTI, deve ser considerado um paciente grave ou com grande risco de apresentar complicações que lhe ameacem a vida. Sendo assim, o transporte de um paciente de uma UTI para fazer uma tomografia ou qualquer outro procedimento em outro hospital deve ser feito em uma ambulância UTI. Este paciente deve ser acompanhado por equipe completa: motorista, enfermeiro e médico. Não é, entretanto, função do médico que solicitou o exame fazer este transporte, mas, sim, fornecer os dados necessários e considerações adequadas para o médico que realizará o transporte.

Parecer Consulta nº 30/2002. Legalidade do ato de profissionais oriundos de outros países estarem realizando exames sem registro no CRM(GO). Relatora: Ione Borges Ribeiro Guimarães. Aprovado em 07 de novembro de 2002.

Ementa: para exercer a medicina em nosso país, necessita-se de uma habilitação profissional e de uma habilitação legal, sendo a primeira adquirida com a formação acadêmica seguida

pela posse de um título idôneo e pelo seu registro nas repartições competentes, não podendo realizar exames médicos indivíduos não-médicos oriundos de outro país. Além disso, infringe disposição ética o médico que assume responsabilidade por ato médico que não praticou, ou do qual não participou efetivamente.

Parecer Consulta nº 55/2002. Pacientes que tentam extorquir dinheiro de médico, sob alegação de que o mesmo seria culpado por problemas de saúde que teriam surgido após procedimento médico realizado por ele. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 05 de junho de 2003.

Ementa: a Medicina não é ciência exata, e resultados adversos, apesar de temidos, podem ocorrer com relativa freqüência. Em tais situações, o zelo do médico com seu cliente e com sua profissão é que caracterizam sua responsabilidade.

Parecer Consulta nº 60/2002. Legalidade da substituição da direção técnica da hemodiálise de hospital, em que a direção está sob vigência de contrato de terceirização. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 20 de fevereiro de 2003.

Ementa: O CRM não tem autonomia para arbitrar composições societárias e de relacionamento empresarial, salvo quando fatos contrariam as resoluções e disposições do CFM.

Parecer Consulta nº 08/2003. Plantões médicos. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 29 de abril de 2003.

Ementa: todos os hospitais que mantenham internações são obrigados a manterem um plantão médico. Deve ter o plantão médico para o atendimento das intercorrências dos pacientes internados. O diretor técnico e/ou clínico, bem como o médico, poderão ser responsabilizados ética e penalmente por omissão de socorro por quaisquer intercorrências clínicas que ocorram em hospital desprovido de plantão médico.

Parecer Consulta nº 93/2005. Cirurgia com anestesia local sem a participação do médico anestesista e conduta antiéptica do anestesista ante o tempo cirúrgico muito prolongado em cirurgia videolaparoscópica. Relator: Reginaldo

Bento Rodrigues. Aprovado em 03 de março de 2005.

Ementa: a presença do anestesista em sala de operação é quase sempre mandatória, mas isto depende do procedimento que vai ser realizado e do julgamento do cirurgião. Se o anestesista tem conhecimento de que o paciente esteja correndo riscos maiores do que o necessário, é seu dever comunicar ao Conselho Regional de Medicina.

Parecer Consulta nº 06/2006. Responsabilidade do médico anesthesiologista em procedimentos de lipoaspiração ambulatorial efetuada por médico sem formação em cirurgia plástica. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 01 de junho de 2006.

Ementa: o médico anesthesiologista que atua como anestesista em lipoaspiração ou em qualquer outro procedimento realizado por médico inabilitado responde solidária, civil, moral e eticamente a qualquer complicação ou efeito, no trans e no pós-operatório.



*Criança enferma. Gabriel Metsu, 1660
Rijksmuseum, Amsterdam*

Parecer Consulta nº 51/2001. Proibição por parte da Vigilância Sanitária Estadual perante as unidades de saúde que não possuam hemocentro ou banco de sangue em realizar transfusão de sangue preparado nos seus laboratórios. Relator: Heitor Alarico Gonçalves de Freitas. Aprovado em 08 de agosto de 2002.

Ementa: é lícito, do ponto de vista ético, transgredir normas da Vigilância Sanitária ou qualquer outra autoridade legalmente constituída se o médico estiver convencido de que o faz para o bem do paciente. Entretanto, é necessário que as circunstâncias e as indicações médicas estejam absolutamente justificadas cientificamente e documentadas. Poderá o médico ser apenado na justiça comum, pelo paciente ou responsável, caso cumpra a ordem da Vigilância Sanitária, assim como, no caso de transgredir a ordem da Vigilância Sanitária, ainda que em favor do paciente. A justiça comum tem características diversas do julgamento ético feito pelo CRM. Ela tem códigos e interpretações próprias, procurando indícios de infração do ponto de vista cível e criminal, podendo, assim, acatar a denúncia e apenar o médico caso considere-o culpado. Os diretores clínicos das unidades que têm hemoterapia assumem a responsabilidade pela quantidade de transfusões que porventura realizarem.

Parecer Consulta nº 33/2002. Implantação do NAT no Hemocentro, visando a diminuir os riscos de transmissão do vírus da hepatite C e do HIV por transfusão de hemocomponentes. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 23 de janeiro de 2003.

Ementa: sobre a obrigatoriedade do NAT, consideramos que o setor público que se propõe a torná-lo obrigatório deve prover os meios de sua realização. É facultado ao setor público de saúde, que dispõe de uma unidade referenciada, regulamentar a realização do exame, nos limites das normas vigentes e do interesse público. Os responsáveis pelas irregularidades apuradas responderão pelo eventual mal que provocarem. Ninguém é obrigado a prestar serviço a quem não desejar, respeitando-se contratos

vigentes e o atendimento em caso de risco de vida. Caso rompa o contrato entre a Secretaria Municipal de Saúde e os estabelecimentos representados pelo consulente, a responsabilidade pela apresentação de outra opção de fornecimento de serviços ao usuário é da própria Secretaria de Saúde.

Parecer Consulta nº 53/2002. Procedimento a ser adotado diante de algum paciente que venha a necessitar de serviços de hemoterapia e hematologia, quando o hospital não dispõe de serviços especializados. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 05 de junho de 2003.

Ementa: ao internar um cliente beneficiário de convênios, este deve ser informado de todos os direitos, deveres e detalhes burocráticos que envolvem sua internação, inclusive as obrigações pecuniárias na eventualidade de serem necessários procedimentos que não têm cobertura pelo respectivo convênio. Nos atendimentos de urgência e emergência, deve ser priorizado o fornecimento de todos os meios necessários para a preservação da vida do cliente. Os aspectos burocráticos relacionados com o pagamento das despesas devem ser tratados posteriormente.

Parecer Consulta nº 28/2003. Obrigatoriedade de todo paciente do SUS receber transfusões de hemocomponentes dos hemocentros mesmo que internados em hospitais particulares. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 01 de abril de 2004.

Ementa: foge à égide desta autarquia arbitrar as relações contratuais de serviços de hemoterapia contratados pelo SUS e avaliar custo operacional na realização dos testes de triagem, matéria para uma corte cível. Em relação à política do Ministério da Saúde em universalizar a hemoterapia aos pacientes do SUS, inclusive os pacientes internados na rede credenciada, entendemos como movimento no sentido da autonomia e auto-suficiência sustentado no artigo 199 da Constituição Federal, no Capítulo da Ordem Social. Se houver deficiência ou mesmo interrupção na assistência hemoterápica advinda da nova política do MS, a ABBS deverá estar vigilante e uníssona com os hospitais e médicos em denunciar fatos ao Cremego e ao Ministério Público responsabilizando o Hemog, DTS,

gestores municipais e estaduais nas competências pertinentes.

Parecer Consulta nº 84/2004. Suspensão de cirurgias eletivas. Relator: Lueiz Amorim Canedo. Aprovado em 19 de agosto de 2004.

Ementa: diante da interdição da Agência Transfusional, a suspensão das cirurgias eletivas é uma conduta absolutamente correta, uma vez que em nenhuma situação pode-se prever a necessidade ou não do uso de hemoderivados durante atos cirúrgicos. Quanto às situações de emergência, os pacientes devem ser encaminhados a outros serviços com disponibilidade de hemoderivados, sempre que for possível realizar estes encaminhamentos. Nas situações de emergência com risco de vida em que os pacientes não tiverem condições de serem encaminhados, a conduta cirúrgica deve ser adotada pelos médicos daquela localidade e, caso haja qualquer complicação ou intercorrência pela falta de hemoderivados, as autoridades responsáveis por esta falha deverão ser responsabilizados civil, criminal e eticamente.

Secretário de saúde

Parecer Consulta nº 41/2003. Legalidade do exercício dos cargos de diretor clínico, diretor técnico e secretário de saúde em uma mesma gestão, bem como sobre as especialidades (cirurgião e anestesia), estando em regime de plantões alcançáveis, em uma unidade que conta com serviços de pronto-socorro. Relator: Wanderly Barroso Campos. Aprovado em 18 de novembro de 2004.

Ementa: não vislumbram ilícitos éticos o exercício simultâneo de direções técnica e clínica, ainda que o profissional médico tenha outros cargos públicos. Conforme resoluções, pareceres e o Código de Ética Médica, um único profissional não pode exercer simultaneamente as funções de anestesista e cirurgião geral, considerando que tais especialistas devem compor a equipe mínima do pronto-socorro.

Parecer Consulta nº 100/2005. Conduta de secretário de saúde ao enviar denúncia à Ouvidoria Geral do estado de Goiás em desfavor de médico que trabalha no Hospital de Urgên-

cias de Goiânia (Hugo). Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 02 de fevereiro de 2006.

Ementa: o secretário de saúde, responsável maior pela assistência à saúde prestada no Hospital de Urgências de Goiânia, tem como obrigação e dever legal da função repassar todas as denúncias que sejam de seu conhecimento, não configurando, neste caso, como denunciante.

Seguro

Parecer Consulta nº 03/2001. Obrigatoriedade do preenchimento do relatório médico DPVAT de pacientes atendidos no Hospital das Clínicas. Relator: Heitor Alarico Gonçalves de Freitas. Aprovado em 04 de abril de 2002.

Ementa: o preenchimento do relatório médico DPVAT é obrigatório se for solicitado pelo paciente ou familiar expressamente. O médico assistente, ao recusar preencher este relatório, estará cometendo infração ética. Em princípio, não pode outro médico preencher este relatório baseado no prontuário médico hospitalar do paciente.

Parecer Consulta nº 49/2002. Preenchimento de formulários para concessão de benefícios de seguro. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 05 de junho de 2003.

Ementa: a resolução CFM nº 1.076/1981, que regula o preenchimento de formulários para concessão de benefícios de seguro, está em vigor. Não existe obrigatoriedade de apresentação de formulário específico para se obter indenização.

Sigilo médico

Parecer Consulta nº 09/2001. Preenchimento de fichas de evolução de pacientes atendidos em seus domicílios pela equipe multidisciplinar e implicações legais quanto à questão do sigilo na utilização de um único prontuário por toda a equipe. Relator: Galdino da Silva Neto. Aprovado em 04 de abril de 2002.

Ementa: as anotações nas Fichas de Evolução podem ser feitas nos autos de parecer, tan-

to em folha separada como em folha única. Em caso de folha única, deve-se observar sempre o sigilo médico. Não há implicação legal, do ponto de vista do sigilo profissional, na utilização de um prontuário único por toda a equipe, desde que preservados os direitos do paciente.

Parecer Consulta nº 15/2001. Conduta de médicos do HDT. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 04 de outubro de 2001.

Ementa: o sigilo é a regra, e o segredo pertence ao paciente, o médico é apenas um guardião de tal confidência. O CFM, pela resolução nº 1.352/1992, admite a quebra do sigilo por justa causa em relação aos pacientes com Aids aos seus comunicantes sexuais.

Parecer Consulta nº 28/2001. Sigilo profissional referente a paciente menor de idade. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 24 de novembro de 2001.

Ementa: o médico deve manter absoluto sigilo profissional das informações obtidas em decorrência do atendimento a menores de idade, sendo vedada a comunicação aos pais ou responsáveis de fatos guardados sob sigilo. É justa causa para revelação, quando da constatação pelo médico de que a menor é incapaz de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-la.

Parecer Consulta nº 028/2001
Aprovado em 24/11/2001

Interessado: A.C.F. O.

Assunto: **sigilo profissional referente a paciente menor de idade.**

Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior
Processo Consulta: nº 5.251/2000.

DA CONSULTA:

O presente Parecer Consulta originou-se de consulta que lhe foi formulada por um ginecologista de sua cidade, considerando os termos do artigo 103 do Código de Ética Médica, que trata do sigilo profissional diante de paciente menor de idade.

O solicitante questiona o seguinte: **“Como proceder quando temos uma paciente menor de 18 anos e que mantenha relação sexual, no que toca o comunicado aos seus**

pais ou responsáveis legais, visto que a legislação brasileira prevê que relação sexual até os 14 anos é considerada estupro (querendo o paciente ou não mantê-la) e outras penas para infratores quando a paciente se encontra na faixa etária de 14 a 18 anos incompletos”.

PRONUNCIAMENTO DA ASSESSORIA JURÍDICA DO CREMEGO:

Dei despacho nos autos solicitando manifestação da Assessoria Jurídica deste Regional quanto às implicações do caso, diante dos fundamentos legais que encerram.

A manifestação da Assessoria Jurídica elencou artigos do Código Civil que regem a matéria, particularmente os seguintes:

“Art. 5º – são absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida Civil: (inciso I) os menores de dezesseis anos.”

O comentário apresentado refere que os menores de 16 anos são absolutamente incapazes para exercer atos na vida civil porque, devido à idade, não atingiram o discernimento para distinguir o que podem ou não fazer, o que lhes é conveniente ou prejudicial.

“Art. 6º – são incapazes relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer: (inciso I) os maiores de dezesseis e menores de vinte e um anos.”

Elenca também o artigo 224 do Código Penal, mediante o qual presume-se a violência se a vítima não é maior de 14 anos.

Por fim, existe a referência ao artigo 103 do Código de Ética Médica, que estabelece a vedação ao médico de revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que a menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

A Assessoria Jurídica sugere que o médico deve revelar aos responsáveis por menores de quatorze anos a ocorrência de relação sexual praticada pela mesma. Sugere, ainda, ao médico aferir a capacidade de auto determinação do adolescente maior de 14 anos e menor de 16

anos, para posteriormente definir pela quebra ou não do sigilo.

Para os casos de menoridade relativa, de 16 a 21 anos de idade, o médico deve observar o sigilo estabelecido no artigo 103 do Código de Ética Médica, inclusive com as suas salvaguardas.

DAS MANIFESTAÇÕES DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA:

O CFM abordou o tema no Processo Consulta CFM nº 2.224/1991, em que conclui que o médico deve avaliar se a menor tem capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los. A partir dessa análise, deve o médico fornecer orientações técnico-científicas à menor no que diz respeito à sexualidade, aos métodos contraceptivos adequados a cada situação e prescrevê-los quando indicado.

Em 1996, o CFM novamente se posicionou através da Consulta nº 10/1996, na qual é citado o comentário do professor Genival Veloso França segundo o qual não pode ser invocada capacidade dos menores de 16 anos, atribuída na legislação exclusivamente quanto às questões civis sobre as disponibilidades dos bens e sobre a promoção dos atos jurídicos.

Conclui o CFM que o sigilo a ser guardado pelo médico é direito dos adolescentes, assegurado pelo Código de Ética Médica, inclusive aos seus pais ou responsáveis.

A Assessoria Jurídica do CFM manifestou-se sobre o assunto através do Parecer nº 237/1996 concluindo que inexistente qualquer óbice legal ou expresso no Código de Ética Médica para que o médico preste assistência a menor de idade desacompanhada dos pais, quanto a consulta médica, tratamento clínico ou cirúrgico de qualquer natureza, com prescrição, administração e/ou aquisição de medicamentos, no que respeita a questão de ordem geral reprodutiva, pílulas anticoncepcionais, DIU, diafragma, teste para diagnóstico de infecção por HIV, ou mesmo aconselhamentos e outros mais.

Ao aprovar Parecer Consulta nº 06/1997, o CFM novamente se manifestou do seguinte modo: “[...] O médico não pode, está claro, é levar esse fato ao conhecimento dos pais ou responsáveis da menor.”

O processo consulta CFM nº 815/1997 faz

referência aos casos de abuso sexual e espancamento de menores, caracterizados como crimes, sujeitando-se o médico às regras do artigo 66, inciso II da Lei de Contravenções Penais, devendo comunicar a sua ocorrência às autoridades competentes, configurando-se como justa causa a revelação do segredo profissional. A mesma exigência ocorre pelo Art. 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

CONCLUSÃO:

Diante do exposto em que pesem as conclusões e recomendações da Assessoria Jurídica do Cremego, considero que o médico deve manter absoluto sigilo profissional das informações obtidas em decorrência do atendimento a menores de idade, sendo vedada a comunicação aos pais ou responsáveis de fatos guardados sob sigilo.

Configura-se como justa causa a revelação à autoridade competente da ocorrência de estupro ou violência cometida contra menores. Pode ainda ser considerada justa causa a constatação pelo médico de que a menor é incapaz de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-la.

Daniel do Prado Figueiredo Júnior
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 46/2001. Solicitação feita pelo Ipasgo a todos os médicos psiquiatras credenciados neste plano. Relator: Afif Afrânio Rassi. Aprovado em 25 de outubro de 2001.

Ementa: o acatamento ao questionário constitui afronta aos princípios fundamentais (Art. 11 e 18), renúncia ao direito do médico (Art. 20 e 21) e infração ética passível de instauração de PEP, por violação aos artigos 46,102 e 105 do CEM, portanto deve ser rejeitado.

Parecer Consulta nº 14/2002. Conduta adotada em casos de pacientes com HIV. Relatora: Ana Maria de Oliveira. Aprovado em 04 de março de 2004.

Ementa: Com respeito à quebra de sigilo no caso do paciente com HIV, todos os pareceres e resoluções do CFM indicam a possibilidade de quebra de sigilo no caso de parceiros sexuais de HIV/Aids. Este procedimento cuidadoso deverá ser informado à paciente desde que

esgotadas todas as possibilidades de o paciente informar por si mesmo.

Parecer Consulta nº 61/2002. Possibilidade de verificação de prontuários pelo administrador hospitalar e pelo secretário municipal de saúde. Relator: José Alberto Alvarenga. Aprovado em 23 de janeiro de 2003.

Ementa: a verificação do prontuário por não médicos está restrita ao setor de faturamento hospitalar (Comissão de Prontuário Médico), onde assistentes administrativos estabelecem a composição dos custos hospitalares para o faturamento da conta. A responsabilidade do sigilo, assim, transfere-se ao diretor técnico, conforme decreto nº 20.931, de 11/01/1932. A verificação do prontuário médico pelo Secretário Municipal de Saúde, quando o mesmo se trata de profissional da Medicina, fica regido pela legislação pertinente, quanto à manutenção do sigilo. Em não se tratando de médico, o diretor técnico cumprirá as normas emanadas pelo Conselho Federal de Medicina em sua resolução específica para o caso.

Parecer Consulta nº 06/2003. Legalidade de exigência feita pelo Tribunal de Contas do Município de denominação técnica e CID em perícia médica. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 15 de abril de 2003.

Ementa: constitui ilícito ético ao médico a obediência à exigência contida no Art. 29, § 2º, III, da Resolução Normativa nº 0003/2000, do Tribunal de Contas dos Municípios, que exige a denominação técnica e o CID de moléstia constatada em perícia médica junto a Previdência Municipal. Também constitui ilícito ético o atendimento, por parte do médico, da exigência de empresas que se coloquem CID e diagnóstico nos atestados médicos de seus trabalhadores. Desaparecerá o ilícito se houver, nos dois casos, expressa e manifesta concordância do paciente ou trabalhador.

Parecer Consulta nº 6/2003
Aprovado em 15/04/2003

Interessado: F. S. G.

Assunto: **legalidade de exigência feita pelo Tribunal de Contas do Município de denominação técnica e CID em perícia médica.**

Relator: Reginaldo Bento Rodrigues
Processo Consulta nº 17348/2003

DA CONSULTA

Trata-se de consulta sobre a legalidade diante da exigência feita pelo Tribunal de Contas dos Municípios, através da Resolução Normativa nº 003/0, Art. 29, § 2º, III, da denominação técnica e do CID de moléstia constatada em perícia médica junto a Previdência Municipal.

Da mesma forma, o solicitante pede parecer sobre a exigência de CID ou diagnóstico por empresas em atestado médico.

DO SEGREDO MÉDICO

O segredo médico é matéria de tamanha importância que merece um capítulo à parte no Código de Ética Médica abrangendo desde o artigo 102 até o artigo 109.

Desde o mais remoto e mais respeitado documento médico, é vedado revelar fato que o médico tenha conhecimento em função do exercício de sua profissão. Há, no juramento de Hipócrates, o seguinte trecho: "O que no exercício ou fora do exercício da vida eu vir ou ouvir, que não seja necessário revelar, conservarei como segredo".

O direito à privacidade do cidadão está garantido em todas as sociedades organizadas, é um princípio constitucional amplamente protegido pelo direito público, regulamentado em nosso país pelo Código Penal. Há que se compreender que o segredo não pertence ao médico e, sim, ao paciente, o médico é um mero guardião desse segredo, é um patrimônio do paciente.

Na situação descrita pelo Dr. F. S. G. é importante firmar que a resolução do Tribunal de Contas dos Municípios é subordinada hierarquicamente às leis, sobretudo às leis federais, no caso o Código de Ética Médica, que tem força de lei, e sobretudo à Constituição Federal, no art. 5º, inciso X.

O artigo 102 do Código de Ética Médica veda ao médico "Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Parágrafo único: Permanece essa proibição:

a) Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido. b) Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento”.

O artigo 105 do Código de Ética Médica é bastante claro quando veda o médico “Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade”. Neste caso, o médico perito poderá atender a resolução e as exigências de empresas se houver expressa aquiescência por escrito do paciente. Caso contrário, deve somente atestar que tal doença é condição para o afastamento ou não de suas funções trabalhistas, mediante aposentadoria ou não.

Esse é nosso parecer.

Reginaldo Bento Rodrigues
Conselheiro Relator

Parecer Consulta nº 57/2003. Auditorias em prontuários ambulatoriais em unidade de saúde pública realizadas por profissionais não-médicos. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 13 de novembro de 2003.

Ementa: as auditorias em prontuários hospitalares, ambulatoriais e/ou fichas clínicas podem ter caráter administrativo ou técnico. Se técnico, pode estar relacionada ao ato médico ou a qualquer ato de outro profissional não médico que tenha acesso e use tal prontuário para anotar ou extrair dados ou informações relevantes à saúde pública e que tenha interesse à instituição, qual seja, pode a enfermeira desempenhar a função de auditoria quando há que se auditar o ato da enfermagem. Aos atos médicos, só cabe auditoria efetuada por profissional médico.

Parecer Consulta nº 89/2004. Pretensão de convênio médico em solicitar preenchimento de questionário para mensuração do índice de exames não reclamados pelos usuários. Vistas: Mauro Pereira Machado. Aprovado em 23 de junho de 2005.

Ementa: não se permite que sejam enviados a terceiros resultados de exames não recla-

mados pelos pacientes sem a autorização destes.

Parecer Consulta nº 108/2005. Comunicação de internação hospitalar pela rede hospitalar privada ao Sistema Único de Saúde. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 19 de janeiro de 2006.

Ementa: é obrigação legal e ética do profissional médico emitir informações solicitadas pelas autoridades de saúde.

Sobreaviso

Parecer Consulta nº 21/2003. As denominadas “cobertura à distância”, em que, no interior, o profissional, não estando no nosocômio se prontifica, ou não, a atender aos chamados, pertencendo ao corpo clínico. Vistas: José Wesley Benício Soares. Aprovado em 15 de abril de 2004.

Ementa: plantão à distância somente existe para especialistas que não precisam, necessariamente, permanecer no hospital. Uma vez havendo escala obrigatória, tal plantão deve ser remunerado. Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento como paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunicado previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que o suceder. Hospital que tenha paciente internado em suas dependências, ou que funcione em regime de atendimento a urgências/emergências, deve ter plantonista 24 horas por dia; em não havendo, o diretor técnico responderá por eventuais falhas.

Parecer Consulta nº 21/2003
Aprovado em 15/4/2004

Interessado: F. J. M. A. / I. N. G.

Assunto: **as denominadas “cobertura à distância”, em que, no interior, o profissional, não estando no nosocômio, se prontifica, ou não, a atender aos chamados, pertencendo ao corpo clínico.**

Relator: José Wesley Benício Soares

Processo Consulta nº 19.088/2003

Senhor presidente,
Senhoras e senhores conselheiros,

Vistos etc.

O presente parecer foi solicitado pelo médico em epígrafe que, tendo assumido provisoriamente a provedoria da Santa Casa de Misericórdia de Catalão, pede instruções sobre como proceder em relação às **coberturas de plantão à distância**. Para tanto, tece os questionamentos seguintes:

1º. Pode haver remuneração para este tipo de plantão?

2º. O médico que possui um paciente internado pode se recusar a vir atender este paciente, quando necessário?

3º. O hospital é obrigado a ter plantonista (além do diretor técnico) para cobrir as eventuais recusas da questão anterior?

4º. Quais os elementos legais em que se baseiam tais situações?

Termina o seu questionamento arrazoando que estas questões sugerem respostas lógicas, mas julga essencial basear quaisquer atitudes suas numa posição oficial deste egrégio Conselho.

A Secretaria de Processos juntou aos autos farta jurisprudência e a legislação relativas ao assunto, das quais passo a enumerar algumas:

1. Parecer consulta nº 037/1996, desta Casa, proferido pelo Sr. conselheiro Milton Quirino Barbosa, cuja ementa transcrevo: “Mesmo que o hospital não tenha registrado um movimento maior no período noturno, não significa que o médico plantonista possa dormir em casa ou que tenha que cobrir o plantão à distância, mesmo que sua residência esteja próxima do local de trabalho. As emergências são imprevisíveis”;

2. Parecer consulta nº 042/1996, desta Casa, de autoria do Sr. conselheiro José Vieira Filho, cuja ementa remete ao artigo 37 do CEM (*in verbis*): “É vedado ao médico deixar de com-

recer a plantão em horário pré-estabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior”;

3. Parecer consulta nº 009/1999, desta Casa, de autoria do Sr. conselheiro Reginaldo Bento Rodrigues, cuja ementa remete à resolução CFM nº 1.451/1995 e pareceres CFM nº 13/1990 e 19/1993;

4. Resolução nº 1.451/1995, do colendo Conselho Federal, que diz: “Art. 1º – Os estabelecimentos de Pronto-Socorro Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado”;

5. Parecer CFM nº 13/1990, de autoria do Sr. conselheiro Cláudio Balduino Souto Frazen, que traz: “[...] nenhum médico pode ser constrangido a trabalhar em campo da medicina em que não se ache tecnicamente preparado”;

6. Parecer/CFM nº 19/1993, de autoria do Sr. conselheiro Nilo Fernando Resende Vieira, que traz: “[...] A exigência de cumprimento de plantão obrigatório e gratuito é descabida. Se existe uma escala de plantão e se o cumprimento desta é obrigatório, está configurada relação trabalhista”;

7. Consulta nº 19.715/1997, do egrégio Conselho de São Paulo, relatada pelo Sr. conselheiro José Marques Filho, cujo parecer, versando sobre o plantão à distância, traz em seu bojo o seguinte: “O assunto em tela é de extrema importância e tem sido objeto de atenção [...] A prática de plantão à distância é usual há anos, principalmente no interior de São Paulo, e cumpriu com o seu objetivo de dar atendimento **especializado** aos chamados pacientes carentes, desde o início tido como uma atividade altruísta e louvável da classe médica. Houve, todos nós sabemos, um desvirtuamento desta forma de cobertura **especializada** nos últimos anos. A instituição hospitalar, carente de recursos, por diversas maneiras, impôs ao corpo clínico a manutenção deste tipo de escala, econômico e eficaz, mas explorador da mão-de-obra.

Na verdade, o médico em plantão à distância tem a responsabilidade de manter-se à disposição das instituições naquele período escalado e responde pelos artigos 35 (*in verbis*: **É vedado ao médico deixar de atender em setores de urgência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária de sua categoria**) e 37 (transcrito acima) do Código de Ética Médica”;

8. Resolução nº 07/1994, do egrégio Conselho do Ceará, que traz em si: “art. 1º – Todas as instituições médico-hospitalares jurisdicionadas por este Conselho estão obrigadas a manter em suas dependências profissionais médicos durante as 24 horas do dia, incluindo os feriados, em regime de plantão”;

9. Resolução nº 74/1996, do egrégio Conselho de São Paulo, que traz: “art. 1º – Em toda Unidade de Saúde na qual existam pacientes em sistema de internação ou observação é obrigatória a presença de um médico no local 24 horas por dia, capacitado a executar manobras de reanimação e de suporte vital [...]. Art. 2º – Define-se como plantão de disponibilidade de trabalho a atividade do médico que permanece à disposição da Instituição [...]. Art. 4º – O plantão de disponibilidade conforme descrito no artigo 2º consiste em trabalho médico a ser remunerado [...]. Art. 5º – O médico do plantão de disponibilidade, só pode ser acionado por determinação da equipe médica do local [...]. Art. 6º – ao ser acionado o médico do plantão de disponibilidade, é obrigatório que o médico que tomou tal decisão permaneça responsável pelo atendimento do paciente, até a chegada do colega [...]”.

Este é o relato do que considero necessário.

Posto isto, concluo:

Antes de responder aos quesitos formulados, gostaria de, preliminarmente, fazer a seguinte colocação:

Tem razão o solicitante quando diz que os questionamentos por ele levantados sugerem respostas lógicas. Eu diria mais, sugerem respostas lógicas e simples. Basta que apenas se dê uma corrida d’olhos na legislação e jurisprudência citadas.

Quanto ao fato por ele levantado sobre seguir a posição deste Conselho, tenho que o mesmo não o faz de livre-arbítrio, mas por força da lei. Senão, vejamos:

O Código de Ética Médica, em seu preâmbulo diz:

“I – O presente Código contém as normas éticas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício da profissão, **independentemente da função ou cargo que ocupem** (grifo nosso) [...]”.

V – A fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas neste Código é atribuição **dos Conselhos de Medicina**, das Comissões de Ética, das autoridades da área de saúde e **dos médicos em geral** (grifos nossos)”.

Além disso, vislumbra-se no artigo 17 do mesmo Codex o seguinte princípio fundamental:

“O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para desempenho ético profissional da Medicina”.

Vê-se, portanto, que o solicitante não somente tem o dever legal de acompanhar os ditames deste Conselho, como também tem a obrigação, pela função que exerce, de assegurar as condições mínimas para que a profissão possa ser desempenhada na instituição sob a sua direção.

Dito isto de maneira preliminar, passo a responder os quesitos:

Primeiro quesito – quanto à remuneração do plantão à distância.

Antes, é preciso definir o que seja o plantão à distância e quem pode exercê-lo. Neste aspecto, acompanho o que está definido pela resolução nº 74/1996 do Cremesp, que deixa bastante claro que o médico plantonista presente no local de trabalho é uma figura intocável, posto que é ele quem atende o paciente, prescreve-lhe os primeiros socorros e, julgando necessário, aciona o plantonista à distância, que vem a ser um especialista naquela área requisitada.

Estando o especialista (plantonista à distância), por livre iniciativa e em atitude pessoal de cunho altruísta, à disposição do hospital de maneira gratuita, somente se lhe pode louvar a ação.

Por outro lado, estando o mesmo à disposição da instituição hospitalar, cumprindo escala obrigatória, de maneira a ser acionado sempre que a equipe local julgar necessário, é lícito que seja remunerado, como bem colocado no parecer CFM nº 19/1993 referido, posto que configurada está a relação trabalhista.

Segundo quesito – quanto ao médico recusar a vir atender paciente seu internado em unidade hospitalar.

É claro que um profissional médico não pode e não deve abandonar paciente sob seus cuidados, sob pena de ferir o disposto no artigo 61, *caput*, do CEM.

Há que se diferenciar, no entanto, se este profissional se recusa a prestar assistência a paciente seu, abandonando-o, ou havendo esclarecido ao paciente ou familiares responsáveis de que não se sente seguro para exercer a medicina dentro daquela instituição específica, há que se levar em conta o previsto no parágrafo primeiro do mesmo artigo do CEM:

“Art. 61
[...]

Parágrafo 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 seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder”.

Este fato deve ser levado em conta, uma vez que, se o médico não se assegura de seu pleno desempenho, é seu direito recusar a exercer a profissão em instituição pública ou privada nas quais as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente (Art. 23 do CEM).

Terceiro quesito – quanto à obrigatoriedade de haver médico plantonista.

Sim, o hospital que tenha paciente internado em suas dependências, ou que funcione em regime de atendimento a urgências/emergências, deve ter plantonistas 24 horas por dia. Em não havendo, responderá por eventuais falhas o diretor técnico.

Quarto quesito – quanto aos elementos legais.

Além do Código de Ética Médica, nas partes específicas e citadas, foram consultadas a jurisprudência e a legislação enumeradas anteriormente.

Este é o nosso parecer de vistas, o qual submetemos à apreciação desta Colenda Casa.

José Wesley Benício Soares
Conselheiro Relator

Solicitação de exames

Parecer Consulta nº 61/2001. Patologias de pacientes atendidos pelos médicos do trabalho em suas empresas. Relator: Afif Afrânio Rassi. Aprovado em 25 de abril de 2002.

Ementa: o médico do trabalho que necessitar de um parecer de especialista poderá requisitá-lo mediante acordo prévio sobre os seus honorários em caráter particular.

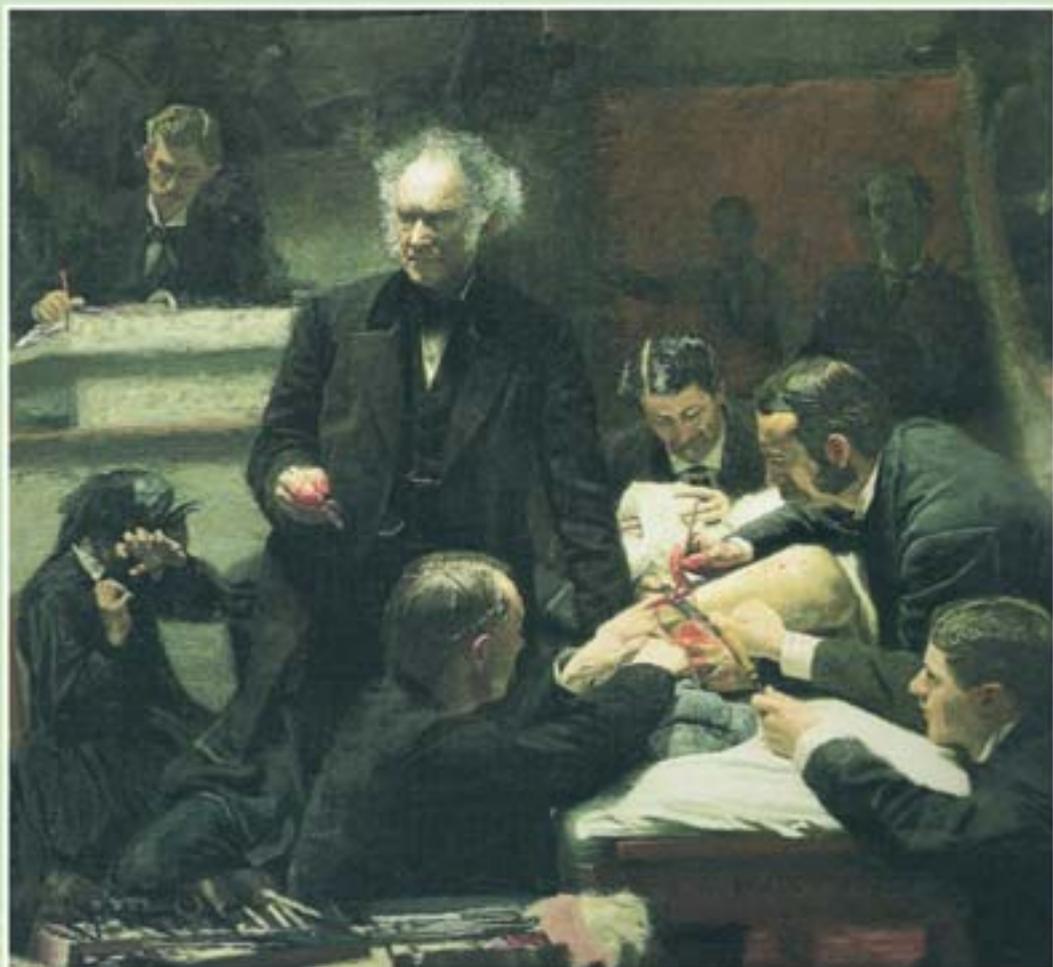
Parecer Consulta nº 50/2003. Proposta da AHEG de padronizar os formulários de pedidos de exames usados pelas operadoras de saúde. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 15 de janeiro de 2004.

Ementa: desde que as informações estejam convenientemente escritas, tornam-se inadequadas outras exigências, tais como formulários padronizados ou próprios de cada plano ou convênio, pois, se cada plano de saúde, caixa de assistência, seguro de saúde ou mesmo cooperativa exige, cada um, formulário próprio, fica o médico perdido no meio, de nada menos, 40 formulários diferentes. Os pedidos de exames complementares devem ter obrigatoriamente a identificação adequada, como nome, idade, sexo, procedimento solicitado, justificativa do procedimento (indicação) ou hipótese diagnóstica de acordo com o consentimento do paciente, se assim for relevante para a elucidação do que foi solicitado.

Parecer Consulta nº 63/2003. Liminar judicial que libera a solicitação de exames complementares pelos fisioterapeutas. Relator:

Robson Paixão de Azevedo. Aprovado em 26 de fevereiro de 2004.

Ementa: é ilegal aos fisioterapeutas a prática de atos privativos dos profissionais médicos tais como exame clínico, solicitação de exames complementares, firmar diagnósticos clínicos, estabelecer prescrição ou alteração de terapêutica a ser instituída. Também é vedado ao médico radiologista ou ao patologista realizar exames complementares solicitados por fisioterapeutas.



*Clinica Gross. Thomas Eakins, 1875
Jefferson Medical College, Philadelphia*

T

Tabela da AMB

Parecer Consulta nº 02/2003. Uso da tabela AMB 92 e 96. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 15 de abril de 2004.

Ementa: a legalidade da existência da tabela AMB foi argüida junto ao Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade), pela Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização (Fenaseg). O Cade posicionou-se contra a tabela elaborada pela AMB, alegando que ela caracterizaria cartelização. Por outro lado, não se posicionou contra as tabelas das seguradoras e de outras empresas que fazem a intermediação do trabalho médico. Quanto às cooperativas, a utilização de uma tabela de remuneração dos cooperados caracteriza-se apenas como um instrumento referencial administrativo. A utilização de uma tabela de preços é uma relação contratual, representada, no presente caso, por um contrato entre um prestador de serviços e um comprador do mesmo.

Taxas

Parecer Consulta nº 47/2001. Procedimentos realizados por prestadores de serviços e enfermeiros. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 11 de julho de 2003.

Ementa: 1) é pacífico que a cobrança de taxa de sala por portes cirúrgicos e de taxas de uso de aparelhos e/ou instrumentos concomitantes que deve estar regulamentado nos contratos entre as partes, e não pelo Conselho de Medicina. 2) À enfermeira, bem como a qualquer outro profissional, é dado o direito de visitar o paciente internado como auditor, porém com o intuito de auditoria administrativa, no sentido de checagem dos procedimentos ou condutas médicas. 3) É de bom alvitre que previamente haja comunicação do contratante, no contrato, da orientação de usar medicamento genérico, ressaltando os casos imprevistos, tais como a escassez no mercado.

Técnico em necropsia

Parecer Consulta nº 30/2003. Qual profissional está habilitado a exercer a atividade de preparo de corpo, bem como qual profissional está habilitado a exercer a atividade de responsabilidade técnica de conservação de cadáveres. Relator: Eduardo Alves Teixeira. Aprovado em 14 de agosto de 2003.

Ementa: a formolização e/ou embalsamento é ato exclusivo do médico. Pode, no entanto, ser praticado por técnico de necropsia, sob a responsabilidade de um médico, que deverá supervisionar a sua realização. O responsável técnico, ou diretor técnico, das clínicas de conservação e reconstituição de cadáveres deverá ser médico inscrito regularmente no Conselho Regional de Medicina. As atribuições do diretor técnico são as mesmas, as contidas na resolução CFM nº 1.342/1991.

Técnico em radiologia

Parecer Consulta nº 18/2001. Capacitação e/ou habilitação dos médicos que não são especialistas em Radiologia para realizarem exames radiológicos e legalidade ou não do Conselho Regional e/ou Nacional de Técnicos em Radiologia fiscalizar e autuar clínicas médicas especializadas em Ortopedia e Traumatologia. Relator: Carlos Alberto Ximenes. Aprovado em 10 de maio de 2001.

Ementa: os médicos podem exercer a atividade de radiologia, inobstante a lei nº 7.394/1985, que regula o exercício de técnicos em radiologia, os quais estão subordinados aos médicos. Os Conselhos Técnicos em Radiologia exorbitam os lindes de sua competência ao promoverem a fiscalização ou autos de infração à instituições clínicas-hospitalares, o que cabe somente às autoridades sanitárias.

Parecer Consulta nº 018/2001
Aprovado em 10/05/2001

Interessado: L.O.S.

Assunto: **capacitação e/ou habilitação dos médicos que não são especialistas**

em Radiologia para realizarem exames radiológicos e legalidade ou não do Conselho Regional e/ou Nacional de Técnicos em Radiologia fiscalizar e autuar clínicas médicas especializadas em Ortopedia e Traumatologia.

Relator: Carlos Alberto Ximenes

Processo Consulta: nº 5.094/2000

O presente Parecer Consulta originou-se de consulta a esse Regional por L.O.S., com os seguintes questionamentos:

1 - Os médicos podem exercer a atividade de radiologia, inobstante o que dispõe a lei nº 7.394/1985 (que regulamenta a profissão de técnico em radiologia).

2 - Os técnicos em radiologia são profissionais de nível médio, subordinados ao médico, competindo-lhes apenas executar as técnicas radiológicas.

3 - Os Conselhos de Técnicos em Radiologia são órgãos supervisores e julgadores da classe profissional.

4 - As empresas médicas registradas junto ao Conselho Regional de Medicina não deverão registrar-se no Conselho de Técnicos em Radiologia, em razão de sua atividade preponderante.

5 - Os equipamentos de radiologia e diagnóstico por imagem devem ser registrados no órgão de vigilância sanitária a quem cabe a ação fiscalizadora.

6 - Compete aos agentes de vigilância sanitária promover visitas de inspeção, interditar, lavar termos respectivos e autos de infração.

1º QUESITO:

- Técnicos em radiologia e médicos

Pode o médico exercer ato de especialidade, sendo recomendável que disponha de habilitação específica.

A questão controversa cinge-se no fato de que os Conselhos de Técnicos em Radiologia publicaram resolução considerando ser

privativas dos técnicos em radiologia as técnicas radiológicas.

Em análise inicial, convém salientar que os técnicos em radiologia são portadores de certificado de 1º e 2º graus com formação profissional por intermédio de Escola Técnica em Radiologia. O diploma legal que rege a matéria consta na lei nº 7.394, de 29 de outubro de 1983, que regula a profissão de técnico em radiologia e cria os Conselhos Nacional e Regionais de Técnicos em Radiologia.

Por outro lado, extrai-se do artigo 5º do decreto nº 92.790/1986 que regulamenta o exercício da profissão de técnico (lei nº 7.394/1985) que as Escolas Técnicas de Radiologia só poderão ser reconhecidas se apresentarem corpo docente de idoneidade profissional, sob orientação de médico especialista, entre outros.

Ou seja, o próprio decreto regulamentador da profissão de técnico em radiologia reconhece o médico especialista a quem compete, inclusive, orientar a formação profissional do técnico em radiologia.

Concluindo, respondendo ao primeiro quesito, podemos afirmar que os médicos podem exercer a atividade de radiologia, inobstante o que dispõe a lei nº 7.394/1985, a qual regula o exercício da profissão de técnicos em radiologia, ou mesmo o que determinam as resoluções preferidas pelos Conselhos de Técnicos em Radiologia, as quais, frise-se, têm efeito tão somente junto aos seus subordinados.

2º QUESITO:

Conselhos de Técnicos em Radiologia

- Os Conselhos de Técnicos em Radiologia foram criados pela lei nº 7.394/1985, que diz, em seu artigo 12:

“Ficam criados o Conselho Nacional e os Conselhos Regionais de Técnicos em Radiologia que funcionarão nos mesmos moldes dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, obedecida igual sistemática para sua estrutura e com as mesmas finalidades de seleção disciplinar e defesa da classe dos técnicos em radiologia”.

- Depreende-se da sobredita lei que os Conselhos de Radiologia foram criados nos mesmos moldes dos Conselhos de Medicina com a mesma finalidade, ou seja, fiscalizador do exercício da profissão de seus filiados.

Cumpra assim deliberar a função do Conselho Federal de Medicina, consoante estabeleça a sua lei instituidora (lei nº 3.268/1957), em seu artigo 2º:

“O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios do seu alcance pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente”.

À vista do acima transcrito, temos que os Conselhos de Medicina são órgãos supervisores da ética profissional, bem assim julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão.

Concluindo, respondendo ao 2º quesito, afirmamos, portanto, que os Conselhos de Técnicos em Radiologia são órgãos de fiscalização profissional, de modo que exorbitam os lindes de sua competência ao promoverem fiscalização nas instituições clínico-hospitalares ou mesmo ao lavrarem autos de infração, o que cabe tão somente às autoridades sanitárias.

É o nosso parecer, S.M.J

Dr. Carlos Alberto Ximenes
Conselheiro Parecerista

Telemedicina

Parecer Consulta nº 08/2002. Laudos radiológicos via *internet* (escaneados). Relatora: Livia Barros Garção. Aprovado em 05 de dezembro de 2002.

Ementa: não há empecilho para a emissão de laudos de procedimentos radiológicos baseados

em imagens escaneadas via *internet*, desde que seja observado rigorosamente o que determina a resolução CFM nº 1.643/2002.

Parecer Consulta nº 8/2002 **Aprovado em 05/12/2002**

Interessado: V.A.J.

Assunto: **laudos radiológicos via internet (escaneados)**

Relatora: Livia Barros Garção

Processo Consulta: nº 5251/2000

O presente Parecer Consulta originou-se de consulta a este Regional por V.A.J., faz os seguintes questionamentos abaixo enumerados, uma vez que foram solicitados em setembro/2000 e até presente momento não tivemos nenhuma resposta.

1 – É CORRETO E ÉTICO O MÉDICO RADIOLOGISTA EMITIR LAUDOS DE PROCEDIMENTOS RADIOLÓGICOS, TAIS COMO RX E TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA, BASEADO EM IMAGENS SCANEADAS VIA *INTERNET*?

2 – É PERMITIDO AOS MÉDICOS ESPECIALISTAS EMITIREM LAUDOS DE RX REFERENTES A SUA ESPECIALIDADE E RECEBER HONORÁRIOS REFERENTE A TAL PROCEDIMENTO?

EX: ORTOPEDIA (RX DE FRATURAS), CLÍNICA MÉDICA (RX TÓRAX E ABDÔMEM).

II – DISCUSSÃO:

O avanço tecnológico na área da informática permitiu a transmissão de dados, imagens à distância, facilitando o intercâmbio entre os médicos e entre estes e seus pacientes.

Entretanto, não existia nenhuma legislação no país que normalizava este novo modelo do exercício da medicina.

O Conselho Federal de Medicina, entendendo a importância da Telemedicina e as dificuldades que muitos médicos passam quando necessitam de uma opinião de um especialista, especialmente em situações de emergência, criou uma Comissão, juntamente com a Sociedade Brasileira de Informática, visando a normalizar e disciplinar o emprego da Telemedicina no nosso país.

Em Sessão Plenária do dia 07/08/2002, a Comissão apresentou parecer, em consonância com as normas internacionais adotadas pela 51ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial, realizada em Israel em outubro de 1999, sobre o título de Responsabilidades e Normas Éticas na Utilização da Telemedicina.

O referido parecer chama a atenção para a responsabilidade do médico quanto à qualidade da informação recebida e transmitida, sobre a confidencialidade dos dados, sobre o consentimento do paciente, a necessidade de manter prontuários com as informações recebidas, transmitidas e, sobretudo, ressalta a importância da Telemedicina não afetar a relação médico/paciente (parecer em anexo).

O referido parecer contendo os aspectos técnicos e éticos para o uso adequado da Telemedicina teve como objetivo fundamentar a edição da resolução CFM nº 1.643/2002, que normalizou o uso adequado da Telemedicina no país, a qual transcrevo integralmente:

“RESOLUÇÃO CFM nº 1.643/2002

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 que cabe ao Conselho Federal de Medicina disciplinar o exercício profissional médico e zelar pela boa prática médica no país;

CONSIDERANDO o constante desenvolvimento de novas técnicas de informação e comunicação que facilitam o intercâmbio de informação entre médicos e entre estes e os pacientes;

CONSIDERANDO que a despeito das consequências positivas da Telemedicina existem muitos problemas éticos e legais decorrentes de sua utilização;

CONSIDERANDO que a Telemedicina deve contribuir para favorecer a relação individual médico-paciente;

CONSIDERANDO que as informações sobre o paciente identificado só podem ser transmitidas a outro profissional com prévia permissão do paciente, mediante seu consentimento livre e esclarecido e sob rígidas normas de segurança capazes de garantir a confidencialidade e integridade das informações;

CONSIDERANDO que o médico tem liberdade e completa independência para decidir se utiliza ou não recomenda o uso da Telemedicina para seu paciente, e que tal decisão deve basear-se apenas no benefício do paciente;

CONSIDERANDO que o médico que exerce a Medicina à distância, sem ver o paciente, deve avaliar cuidadosamente a informação que recebe, só pode emitir opiniões e recomendações ou tomar decisões médicas se a qualidade da informação recebida for suficiente e pertinente para o cerne da questão;

CONSIDERANDO o teor da Declaração de Tel Aviv sobre responsabilidades e normas éticas na utilização da Telemedicina, adotada pela 51ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial, em Tel Aviv, Israel, em outubro de 1999;

CONSIDERANDO o disposto nas resoluções CFM nº 1.638/2002 e nº 1.639/2002, principalmente no tocante às normas para transmissão de dados identificados;

CONSIDERANDO o disposto da resolução CFM nº 1.627/2001, que define e regulamenta o Ato Médico;

CONSIDERANDO o decidido na sessão plenária de 7 de agosto de 2002, realizada em Brasília, com supedâneo no parecer CFM nº 36/2002,

RESOLVE:

Art. 1º - Definir a Telemedicina como o exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em Saúde.

Art. 2º - Os serviços prestados através da Telemedicina deverão ter a infra-estrutura tecnológica apropriada, pertinentes e obedecer às normas técnicas do CFM pertinentes à guarda, manuseio, transmissão de dados, confidencialidade, privacidade e garantia do sigilo profissional.

Art. 3º - Em caso de emergência, ou quando solicitado pelo médico responsável, o médico que emitir o laudo a distância poderá prestar o devido suporte diagnóstico e terapêutico.

Art. 4º - A responsabilidade profissional do atendimento cabe ao médico assistente do paciente. Os demais envolvidos responderão solidariamente na proporção em que contribuírem por eventual dano ao mesmo.

Art. 5º - As pessoas jurídicas que prestarem serviços de Telemedicina deverão inscrever-se no Cadastro de Pessoa Jurídica do Conselho Regional de Medicina do Estado onde estão situadas, com a respectiva responsabilidade técnica de um médico regularmente inscrito no Conselho e a apresentação dos médicos componentes de seus quadros funcionais.

Parágrafo único – No caso de o prestador for pessoa física, o mesmo deverá ser médico e devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina.

Art. 6º - O Conselho Regional de Medicina deverá estabelecer constante vigilância e avaliação das técnicas de Telemedicina no que concerne à qualidade da atenção, relação médico/paciente e preservação do sigilo profissional.

Art. 7º - Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.”

Portanto, o postulante poderá emitir laudos de procedimentos radiológicos baseado em imagens escaneadas via *internet*, observando rigorosamente o que determina a referida resolução.

Pelo ato médico realizado, poderá receber honorários previamente pactuados entre as partes.

Este é o meu parecer.

Lívia Barros Garção
Conselheira Relatora

Título de especialista

Parecer Consulta nº 69/2001. Concurso para professor adjunto na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás para a área de Semiologia Médica. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 25 de abril de 2002.

Ementa: o cargo de professor adjunto de Semiologia Médica pressupõe a exigência de qualificação compatível com o cargo, o que justifica a exigência de especialização por meio de residência médica em Medicina Interna com concentração de pelo menos um ano em Clínica Médica. A exigência de residência e de doutorado na área de Medicina Interna, constitui fator positivo e meritoso, não constituindo critério discriminatório ou tendencioso, por reconhecer o esforço dos detentores de tais títulos. O Estado, à forma dos particulares, pode fazer tais

exigências, já que, em princípio, presume-se que o detentor do título de especialista tem condições de melhor atender aos interesses de uma coletividade que depende de tratamentos específicos.

Parecer Consulta nº 12/2002. Médicos não especialistas em Pediatria estarem realizando atendimentos nesta área, em virtude da carência de profissionais pediatras. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 21 de novembro de 2002.

Ementa: inexistindo o anúncio de que o atendimento na unidade é prestado por médico especialista, tal atendimento pode ser prestado livremente por qualquer médico registrado no Conselho de Medicina. O diretor clínico será responsabilizado pelo dano causado, por falta de profissional médico, à saúde das pessoas que se deslocarem para a unidade no horário em que esta se propõe a prestar atendimento.

Parecer Consulta nº 19/2002. Título de especialista em clínica geral. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 21 de novembro de 2002.

Ementa: não é necessário o título de especialista para o exercício dos atos relacionados à especialidade Clínica Médica, mas o é para a sua divulgação. A denominação Clínica Geral não é reconhecida como especialidade médica.

Parecer Consulta nº 66/2002. Situação dos médicos cooperados já autorizados anteriormente em áreas de atuação de suas especialidades sem o devido título ou certificado registrado no CRM(GO). Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 29 de janeiro de 2004. Goiânia: CRM/GO, 2002. 2p.

Ementa: o profissional médico portador do diploma de graduação devidamente reconhecido e inscrito no Conselho de sua jurisdição pode exercer a Medicina em sua plenitude, desde que, para fins de divulgação onde queira vincular seu nome com alguma especialidade ou áreas de atuação, esteja registrado no quadro de Título de Especialista expedido pela Associação Médica Brasileira e/ou Certificado de Residência Médica devidamente reconhecido pela CNR/MEC, conforme resolução CFM nº 1.666/2003. Quanto à divulgação de médicos vinculados a alguma especialidade por meio de guias de planos

de saúde, o mesmo só poderá ser feito se estiver registrado no quadro de especialistas do Conselho. Caso contrário, deverá constar apenas como médico, fugindo da instância deste Regional casos anteriores à resolução.

Parecer Consulta nº 04/2003. Exames de Eletroencefalografia e Eletroencefalograma, se esses exames são privativos da especialidade Neurofisiologia. Vistas: Sizenando da Silva Campos Júnior. Aprovado em 17 de julho de 2003.

Ementa: todo médico legalmente habilitado e inscrito no CRM(GO) pode executar qualquer ato médico, na sua jurisdição. Entretanto, para que o médico possa anunciar títulos científicos, é necessário que ele esteja registrado no quadro de especialista do CRM. Isso não quer dizer que o médico não possa exercer atos de especialidades, mas é recomendável que dispunha de habilitação técnica específica.

Parecer Consulta nº 43/2003. Exame de ultrassonografia. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 19 de fevereiro de 2004.

Ementa: ultrassonografia não pode ser considerada como uma especialidade médica. A ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia é área de atuação da especialidade Ginecologia e Obstetrícia. Nenhuma especialidade detém a exclusividade para a prática de qualquer ato médico.

Parecer Consulta nº 64/2003. Credenciamento de médicos que não detêm título de especialista na área solicitada. Relator: Mauro Pereira Machado. Aprovado em 22 de janeiro de 2004.

Ementa: a Geap poderá contratar médicos que tenham especialidade em Cardiologia, Otorrino, Medicina Interna etc, desde que previamente esclarecido e acordado, não cabendo ao contratante ou ao médico divulgar especialidades que não possam legalmente comprovar.

Transfusão de sangue

Parecer Consulta nº 51/2001. Proibição por parte da Vigilância Sanitária Estadual perante as unidades de saúde que não possuam

hemocentro ou banco de sangue em realizar transfusão de sangue preparado nos seus laboratórios. Relator: Heitor Alarico Gonçalves de Freitas. Aprovado em 08 de agosto de 2002.

Ementa: é lícito, do ponto de vista ético, transgredir normas da Vigilância Sanitária ou qualquer outra autoridade legalmente constituída se o médico estiver convencido de que o faz para o bem do paciente. Entretanto, é necessário que as circunstâncias e as indicações médicas estejam absolutamente justificadas cientificamente e documentadas. Poderá o médico ser apenado na justiça comum, pelo paciente ou responsável, caso cumpra a ordem da Vigilância Sanitária, assim como, no caso de transgredir a ordem da Vigilância Sanitária, ainda que em favor do paciente. A justiça comum tem características diversas do julgamento ético feito pelo CRM. Ela tem códigos e interpretações próprias, procurando indícios de infração do ponto de vista cível e criminal, podendo, assim, acatar a denúncia e apenar o médico caso considere-o culpado. Os diretores clínicos das unidades que têm hemoterapia assumem a responsabilidade pela quantidade de transfusões que porventura realizarem.

Parecer Consulta nº 33/2002. Implantação do NAT no Hemocentro, visando a diminuir os riscos de transmissão do vírus da hepatite C e do HIV por transfusão de hemocomponentes. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 23 de janeiro de 2003.

Ementa: sobre a obrigatoriedade do NAT, consideramos que o setor público que se propõe a torná-lo obrigatório deve prover os meios de sua realização. É facultado ao setor público de saúde, que dispõe de uma unidade referenciada, regulamentar a realização do exame, nos limites das normas vigentes e do interesse público. Os responsáveis pelas irregularidades apuradas responderão pelo eventual mal que provocarem. Ninguém é obrigado a prestar serviço a quem não desejar, respeitando-se contratos vigentes e o atendimento em caso de risco de morte. Caso rompa o contrato entre a Secretaria Municipal de Saúde e os estabelecimentos representados pelo consulente, a responsabilidade pela apresentação de outra opção de fornecimento de serviços ao usuário é da própria Secretaria de Saúde.

Parecer Consulta nº 28/2003. Obrigatoriedade de todo paciente do SUS receber transfusões de hemocomponentes dos hemocentros mesmo que internados em hospitais particulares. Relator: Silas Pereira Lima. Aprovado em 01 de abril de 2004.

Ementa: foge à égide desta autarquia arbitrar as relações contratuais de serviços de hemoterapia contratados pelo SUS e avaliar custo operacional na realização dos testes de triagem, matéria para uma corte cível. Em relação à política do Ministério da Saúde em universalizar a hemoterapia aos pacientes do SUS, inclusive os pacientes internados na rede credenciada, entendemos como movimento no sentido da autonomia e auto-suficiência sustentado no artigo 199 da Constituição Federal, no Capítulo da Ordem Social. Se houver deficiência ou mesmo interrupção na assistência hemoterápica advinda da nova política do MS, a ABBS deverá estar vigilante e uníssona com os hospitais e médicos em denunciar fatos ao Cremego e ao Ministério Público responsabilizando o Hemog, DTS, gestores municipais e estaduais nas competências pertinentes.

Transporte inter-hospitalar

Parecer Consulta nº 21/2002. Quem é o responsável por paciente que estiver internado tendo que se submeter a exames em outro local. Relatora: Cacilda Pedrosa de Oliveira. Aprovado em 29 de agosto de 2002.

Ementa: um paciente que se encontra em uma UTI, deve ser considerado um paciente grave ou com grande risco de apresentar complicações que lhe ameacem a vida. Sendo assim, o transporte de um paciente de uma UTI para fazer uma tomografia ou qualquer outro procedimento em outro hospital deve ser feito em uma ambulância UTI. Este paciente deve ser acompanhado por equipe completa: motorista, enfermeiro e médico. Não é, entretanto, função do médico que solicitou o exame fazer este transporte, mas, sim, fornecer os dados necessários e considerações adequadas para o médico que realizará o transporte.

Parecer Consulta nº 021/2002
Aprovado em 29/8/2002

Interessado: A.C.A.S.

Assunto: **quem é o responsável por paciente que estiver internado, tendo que se submeter a exames em outro local.**

Relatora: Cacilda Pedrosa de Oliveira

Processo Consulta: nº 13.136/2002

O presente Parecer Consulta originou-se de consulta a esse Regional por A.C.A.S., sobre "Responsabilidade do acompanhamento de paciente internado em UTI com doença intracraniana, que necessita de tomografia de crânio a ser realizada em outro hospital, seria do neurocirurgião que solicitou a tomografia?"

Respondemos como se segue:

• **Considerando o que dispõem os seguintes artigos do Código de Ética Médica:**

Art. 2º do **Capítulo I – 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 do **Capítulo I – Princípios Fundamentais** – "Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão".

Art. 6º do **Capítulo I – Princípios Fundamentais** – "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. 14 do **Capítulo I – Princípios Fundamentais** – "O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde".

Art. 16 do **Capítulo I – Princípios Fundamentais** – "Nenhuma disposição estatutária de hospital, ou instituição pública ou privada, po-

derá limitar a escolha, por parte do médico, dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente”.

Capítulo III – Responsabilidade Profissional

“Art. 29 – Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência”.

“Art. 32 – Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal”.

• Considerando ainda o que dispõe a portaria nº 814/GM, em 01 de julho de 2001:

“TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

I) Pacientes em risco de vida iminente não podem ser removidos, sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico e realização de outras medidas urgentes e específicas para o caso;

II) Pacientes graves ou de risco só podem ser removidos acompanhados de equipe completa, incluindo médico, em Ambulância de Suporte Avançado;

III) Antes de decidir a remoção, é necessário realizar contato com o hospital do destino;

IV) Todo paciente deve ser acompanhado de relatório completo, legível e assinado com CRM (independente de contatos prévios telefônicos ou verbais), que passará a integrar o prontuário do mesmo, no destino. Este relatório deve ser também assinado pelo médico que recebeu o paciente, no destino;

V) Para o transporte, é necessário a obtenção de consentimento após esclarecimento, por escrito, assinado pelo paciente ou responsável. Isto pode ser dispensado quando houver risco de morte e não for possível a localização de responsáveis. Neste caso, pode o médico solicitante autorizar o transporte, documentando devidamente essa situação no prontuário;

VI) A responsabilidade inicial de indicação de transporte/transferência é do médico transferente, até que o paciente seja efetiva-

mente recebido pelo médico receptor ou pelo médico que acompanhará no transporte, se for o caso. As providências para o transporte são de mútua responsabilidade entre os médicos, aquele que indica o transporte e o que recebe o paciente no hospital de destino”.

Conforme o exposto, é nítido que um paciente que se encontra em uma UTI deve ser considerado um paciente grave ou com grande risco de apresentar complicações que lhe ameacem a vida. É, portanto, evidente que estes cuidados de UTI (monitorização, suporte hemodinâmico e ventilação) lhe sejam garantidos, caso se faça necessário um transporte.

- Sendo assim, o transporte de um paciente de uma UTI para fazer uma tomografia ou qualquer outro procedimento em outro hospital deve ser feito em uma ambulância UTI (ambulância de suporte avançado, tipo D – definido na portaria nº 814/GM, em 01 de julho de 2001).

- Este paciente deve ser acompanhado por uma equipe completa: motorista, enfermeiro e médico.

- O médico e o enfermeiro que realizarão o transporte deverão ser adequadamente treinados em urgência/emergência, familiarizados com os equipamentos e prontos para lidar com intercorrências que, por ventura, venham a ocorrer.

- Não é função do médico que solicita o exame fazer este transporte, mas sim fornecer os dados necessários e considerações adequadas para o médico que realizará o transporte. Este último (médico que fará o transporte) deve ainda analisar as condições do paciente e, em comum acordo com o médico da UTI e o médico assistente, fazer o transporte.

- O relacionamento harmonioso, a confiança, a prudência e o bom senso entre os médicos que atendem o paciente é que deve nortear qualquer procedimento de risco, como é o transporte inter-hospitalar de um doente grave.

Este é o meu parecer.

Cacilda Pedrosa de Oliveira
Conselheira Relatora

Parecer Consulta nº 114/2005.
Obrigatoriedade ou não de médico acompanhar o paciente na viagem de transferência de cidade.

Relator: Rômulo Sales de Andrade. Aprovado em 30 de março de 2006.

EMENTA: o médico deve zelar pela saúde de seu paciente, dando o melhor de sua capacidade profissional.

**Parecer Consulta nº 114/2005
Aprovado em 30/03/2006**

Interessado: Dr. H. V. P.

Assunto: **obrigatoriedade ou não de médico acompanhar o paciente na viagem de transferência de cidade.**

Relator: Rômulo Sales de Andrade

Processo Consulta: nº 39.184/2005

Da solicitação:

Como cardiologista do interior, solicita orientações:

1) Quando atendo um paciente com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio, Aneurisma Dissecante de Aorta ou Embolia Pulmonar etc, devendo o mesmo ser transferido à Goiânia, sou obrigado a deixar meu consultório e meus pacientes internados e acompanhá-lo em sua viagem de transferência de cidade?

2) Se sou obrigado a atender um paciente que já se trata comigo ou não, em horário não comercial e que não estou de plantão; porque é freqüente o médico que atua no interior ser procurado em casa, em seu lazer, e, no meu caso, já fui procurado até em minha propriedade rural, para atender pacientes, enfim se o não atendimento caracteriza ou não omissão de socorro. Lembro, ainda, que na cidade de Ceres somos quatro cardiologistas.

3) Desejo ainda saber se sou obrigado a fazer avaliação de risco cirúrgico por convênio sabendo que o paciente fará cirurgia eletiva e particular, especialmente em se tratando de cirurgias plásticas?

Da análise:

A resolução do CFM nº 1.672/2003 dispõe sobre o transporte inter-hospitalar e dá outras providências. Vejamos:

“Artigo 1º - Que o sistema de transporte inter-hospitalar de pacientes deverá ser efetuado conforme o abaixo estabelecido:

I) O hospital previamente estabelecido como referência não pode negar atendimento aos casos que se enquadrem em sua capacidade de resolução.

II) Pacientes com risco de vida não podem ser removidos sem a prévia realização de diagnóstico médico com obrigatória avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico, além da realização de outras medidas urgentes e específicas para cada caso.

III) Pacientes graves ou de risco devem ser removidos acompanhados de equipe composta por tripulação mínima de um médico, um profissional de enfermagem e motorista, em ambulância de suporte avançado. Nas situações em que seja tecnicamente impossível o cumprimento desta norma, deve ser avaliado o risco potencial do transporte em relação à permanência do paciente no local de origem.

IV) Antes de decidir a remoção do paciente, faz-se necessário realizar contato com o médico receptor ou diretor técnico no hospital de destino, e ter a concordância do(s) mesmo(s).

V) Todas as ocorrências inerentes à transferência devem ser registradas no prontuário de origem.

VI) Todo paciente removido deve ser acompanhado por relatório completo, legível e assinado (com número do CRM), que passará a integrar o prontuário no destino. Quando do recebimento, o relatório deve ser também assinado pelo médico receptor.

VII) Para o transporte, faz-se necessário a obtenção de consentimento após esclarecimento, por escrito, assinado pelo paciente ou seu responsável legal. Isto pode ser dispensado quando houver risco de morte e impossibilidade de localização do(s) responsável(is). Nesta circunstância, o médico solicitante pode autorizar o transporte, documentando devidamente tal fato no prontuário.

VIII) A responsabilidade inicial da remoção é do médico transferente, assistente ou substituto, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor.

a) a responsabilidade para o transporte, quando realizado por ambulância tipo D, E ou F é do médico da ambulância, até a sua chegada ao local de destino e efetiva recepção por outro médico.

b) as providências administrativas e operacionais para o transporte não são de responsabilidade médica”.

Em resposta ao primeiro questionamento, achamos que o médico, diante de um paciente em que deu diagnóstico de patologia grave e que necessita de transferência para outro centro, na impossibilidade de acompanhá-lo, tem o dever de providenciar e dar o suporte necessário para manter as condições necessárias para que esta transferência se dê com segurança.

Seguindo-se o que preconiza a resolução CFM nº 1.672/2003.

O Código de Ética Médica, em seu artigo 7º, diz que o médico deve exercer sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente.

Ao segundo questionamento, respondo que, como o consulente não é o único médico em atividade na cidade, não configura omissão de socorro a recusa a atendimento de pacientes quando não esteja escalado para tal, a não ser em absoluta situação de urgência ou emergência quando sua recusa pode trazer dano a outrem.

Veja-se o Código de Ética Médica, em seus artigos 1º (“A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza”), 2º (“O alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício do qual deverá agir com máximo de zelo e o melhor da sua capacidade profissional”) e 9º (“A Medicina não pode, em qualquer circunstância ser exercida como comércio”).

A avaliação de risco cirúrgico é feita em consultório, e o médico assistente, mediante exames clínicos e complementares que julgar necessário, emite relatório ao médico solicitante dos riscos a que se submete o paciente na cirurgia proposta.

Quando o profissional tem um convênio com determinado plano de saúde ou cooperativa, este se submete a um contrato (acordo entre duas ou mais pessoas que transfere entre si algum direito ou se sujeitam a alguma obrigação).

Ao terceiro questionamento, respondo que se o médico tem, por vontade, filiação a determinado convênio, obriga-se a atender aos seus usuários.

A emissão do risco cirúrgico é dever do profissional que aceitou o agendamento da consulta, independente de o paciente ter contratado com outrem cirurgia particular.

Goiânia, 06 de março de 2006.

Rômulo Sales de Andrade
Conselheiro Relator



*A visita do médico. Jan Steen, 1662
Apsley House, Londres*

Uti móvel

Parecer Consulta nº 63/2001. Sistema de Emergência Móvel de Brasília, para que se esclareça a sua diferença dos planos de saúde, especialmente no que tange à forma como é prestado o atendimento. Relator: Ciro Ricardo Pires de Castro. Aprovado em 16 de janeiro de 2003.

Ementa: está subordinada às normas e à fiscalização da ANS: vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais, e, ainda à Portaria nº 2.048, de 05/11/2002, do Ministério da Saúde que regulamenta o serviço de atendimento pré-hospitalar. Concluimos que a empresa Vida UTI Móvel nada mais é que uma empresa prestadora de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel e que também fornece comercialização de seus serviços a preços pré-estabelecidos em que o cliente pode realizar o pagamento antecipado dos serviços, mediante mensalidades ou serviços prestados. Não podemos considerá-la como Plano de Saúde.



*O médico e a boneca. Norman Rockwell, 1929
Norman Rockwell Museum, Stockbridge, U.S.A.*



Vasectomia

Parecer Consulta nº 27/2001. Recanalizações espontâneas da vasectomia. Relator: Reginaldo Bento Rodrigues. Aprovado em 25 de outubro de 2001.

Ementa: a literatura demonstra que não existe nenhum método anticonceptivo 100% garantido, e a vasectomia não foge à regra. Fica claro que a alegação de que o espermograma de controle demonstrava sucesso no tratamento é totalmente infundada, pois ainda havia gametas no esperma ejaculado, mostrando que houve falha na condução do caso.

Parecer Consulta nº 18/2003. Obrigatoriedade ou não de cobertura por parte dos planos de saúde do procedimento de vasectomia bilateral para fins de esterilização. Relator: Afif Afrânio Rassi. Aprovado em 17 de junho de 2003.

Ementa: a lei nº 9.263 torna inócuos os artigos 42 e 43 do CEM, relativos à esterilização cirúrgica. A citada lei concede o direito ao cidadão de submeter-se à vasectomia. Quanto à obrigatoriedade dos planos de saúde na cobertura deste procedimento, depende das cláusulas contratuais entre as partes. É importante que o médico assistente esclareça ao seu paciente sobre este método considerado radical. Permanecendo a opção pelo ato cirúrgico, é recomendável, como medida preventiva, que o paciente faça uma declaração expressa que foi esclarecido e é de sua livre e espontânea vontade submeter-se à vasectomia. Tal declaração deve ser parte integrante da ficha clínica do paciente.

Parecer Consulta nº 101/2005. Cirurgia de esterilização, vasectomia e laqueadura tubária. Relator: Daniel do Prado Figueiredo Júnior. Aprovado em 02 de fevereiro de 2006.

Ementa: a esterilização cirúrgica, vasectomia e laqueadura tubária estão previstas na Constituição Federal e regulamentadas pela lei nº 9.263/1996, que trata do Planejamento Familiar. Os Conselhos Regionais de Medicina já abordaram a matéria por meio de resoluções e pareceres que são auto-aplicáveis para os fins da presente consulta.

Parecer Consulta nº 115/2005. Obrigatoriedade de emissão de relatório de procedimento cirúrgico para esterilização. Relator: José Wesley Benício Soares. Aprovado em 04 de maio de 2006.

Ementa: conforme estabelece a lei nº 9.263/1996, é vedada a exigência de documento atestando a realização de procedimento cirúrgico para esterilização.



*Billroth operando no Allgemeines Krankenhaus em Viena
A. Seligman, 1890. Osterreichische Galerie, Viena*

Índice cronológico

Parecer Consulta nº 02/2001 -	Exames de ultrassonografia solicitados por enfermeira da rede pública 75, 90 e 158
Parecer Consulta nº 03/2001 -	Obrigatoriedade do preenchimento do relatório médico DPVAT de pacientes atendidos no Hospital das Clínicas 135, 212 e 226
Parecer Consulta nº 05/2001 -	Classificação da doença Leishmaniose Visceral ou Calazar como parasitária ou infecto-contagiosa 71 e 137
Parecer Consulta nº 06/2001 -	Eficácia da Medicina Alternativa (harmonização), que está sendo aplicada em um Hospital de Ceres (GO) 148
Parecer Consulta nº 07/2001 -	Solicitação de exames complementares 39 e 137
Parecer Consulta nº 09/2001 -	Preenchimento de fichas de evolução de pacientes atendidos em seus domicílios pela equipe multidisciplinar e implicações legais quanto à questão do sigilo na utilização de um único prontuário por toda a equipe .. 21, 83, 199 e 226
Parecer Consulta nº 10/2001 -	Possibilidade da empresa ter, juntamente com a caixa de primeiros socorros, outros medicamentos, como analgésicos, antitérmicos e antiácidos, uma vez que não há médico nas dependências da empresa 49 e 147
Parecer Consulta nº 11/2001 -	Procedimento de ligaduras de trompas. Possibilidades de insucesso e casos de falha técnica ou negligência.. 86 e 187
Parecer Consulta nº 13/2001 -	Endermologia e o tratamento de celulite e gordura localizada com o aparelho Silhouette 204
Parecer Consulta nº 14/2001 -	Suporte cirúrgico para angioplastia coronária percutânea 82, 115 e 219
Parecer Consulta nº 15/2001 -	Conduta de médicos do HDT 17 e 227
Parecer Consulta nº 16/2001 -	Planos ou convênios de saúde que propõem cartões de descontos sobre honorários médicos, bem como se é ou não responsabilidade do diretor técnico/clínico casos de médicos que prestam atendimentos e realizam cirurgias em locais onde não residem 50, 62, 67, 68, 115, 155, 190 e 219
Parecer Consulta nº 17/2001 -	Obrigatoriedade ou não do preenchimento da ficha individual de notificação 168

Parecer Consulta nº 18/2001 -	Capacitação e/ou habilitação dos médicos que não são especialistas em radiologia realizarem exames radiológicos e legalidade ou não do Conselho Regional e/ou Nacional de Técnicos em Radiologia fiscalizar e atuar clínicas médicas especializadas em Ortopedia e Traumatologia	159, 209 e 237
Parecer Consulta nº 19/2001 -	Sugestões feitas nos laudos dos exames radiológicos e anatomopatológicos para serem acatadas pelo médico assistente	135, 159, 183 e 209
Parecer Consulta nº 21/2001 -	Aparelho de biometria para apuração da frequência dos servidores públicos	45
Parecer Consulta nº 22/2001 -	Qual procedimento deve ser tomado para o solicitante dar continuidade ao trabalho que executa como médico do trabalho	148 e 210
Parecer Consulta nº 24/2001 -	Procedimento cirúrgico para retirada de catarata	173
Parecer Consulta nº 25/2001 -	Preenchimento do formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)	31, 55, 83 e 135
Parecer Consulta nº 26/2001 -	Legalidade ou não de se contratar profissionais não-médicos (biomédicos, bioquímicos e/ou farmacêuticos), para realização de exames citopatológicos	39, 68 e 219
Parecer Consulta nº 27/2001 -	Recanalizações espontâneas da vasectomia	188 e 253
Parecer Consulta nº 28/2001 -	Sigilo profissional referente a paciente menor de idade	227
Parecer Consulta nº 30/2001 -	Confecção de laudos administrativos	136
Parecer Consulta nº 31/2001 -	Relação médico/paciente	53 e 210
Parecer Consulta nº 32/2001 -	Realização de exame admissional e demissional, bem como, se o profissional fonoaudiólogo está apto ou não a executar "lavagem de ouvido"	26, 36, 75, 98, 136, 137 e 149
Parecer Consulta nº 34/2001 -	Necessidade de uma empresa de avaliação motora para medir o equilíbrio, teste ao estímulo auditivo e coordenação visual motora em relação aos pés ter em seu quadro societário ou como empregado um médico responsável e a necessidade de registrar a empresa no CRM/GO	31, 36 e 159

Parecer Consulta nº 35/2001 -	Necessidade de professores ou médicos orientadores durante atendimento realizado pelo estudante, médico residente ou estagiário 84, 87, 157 e 219
Parecer Consulta nº 36/2001 -	Comercialização em clínica privada de Dermatologia de formulações tópicas cosmeceúticas de fitocomplexos estudados e desenvolvidos pela médica proprietária ... 67 e 158
Parecer Consulta nº 37/2001 -	Questões administrativas na Medicina 115 e 212
Parecer Consulta nº 38/2001 -	Possibilidade ou não de exame toque retal em mulher virgem e sob qual finalidade referido exame é realizado 105 e 159
Parecer Consulta nº 39/2001 -	Obrigatoriedade imposta pela Unimed/Goiânia a seus cooperadores de atenderem todos os pacientes do Ipasgo a partir de 05 de agosto do corrente ano, quando estes irão utilizar o sistema para consultas médicas 22, 63 e 71
Parecer Consulta nº 40/2001 -	Conduta de colegas médicos cirurgiões de taxar os honorários dos serviços de anestesiologia em procedimentos particulares em 40% do valor cobrado pelo profissional, atrelando assim todos os procedimentos, sem períodos (noturno ou diurno), finais de semana ou sequer as acomodações (enfermaria, suíte, apartamento etc) 18, 115 e 213
Parecer Consulta nº 43/2001 -	Acréscimo de novo microorganismo a ser estudado a partir da cavidade bucal de crianças com síndrome de Down 186
Parecer Consulta nº 44/2001 -	Esclarecimentos relacionados à residência médica, em estar o profissional apto ou não a exercer determinada especialidade médica 83, 140 e 216
Parecer Consulta nº 46/2001 -	Solicitação feita pelo Ipasgo a todos os médicos psiquiatras credenciados neste plano 71, 211 e 228
Parecer Consulta nº 47/2001 -	Procedimentos realizados por prestadores de serviços e enfermeiros 75, 147 e 237
Parecer Consulta nº 48/2001 -	A acupuntura como especialidade médica 17 e 83
Parecer Consulta nº 50/2001 -	Atividade médica oftalmológica e adaptação de lentes de contato 173

Parecer Consulta nº 51/2001 -	Proibição por parte da Vigilância Sanitária Estadual perante as unidades de saúde que não possuam hemocentro ou banco de sangue em realizar transfusão de sangue preparado nos seus laboratórios 225 e 242
Parecer Consulta nº 52/2001 -	Divulgação de especialidade médica 68, 205 e 219
Parecer Consulta nº 53/2001 -	Procedimento de embalsamento 37 e 75
Parecer Consulta nº 54/2001 -	Obrigatoriedade de médicos especialistas realizarem procedimentos para os quais não foram contratados, obrigatoriedade de o médico plantonista permanecer no consultório médico 22, 62 e 193
Parecer Consulta nº 55/2001 -	Confecção do Regimento Interno das Unidades Básicas de Saúde 209
Parecer Consulta nº 56/2001 -	Portaria normativa nº 342/2001 do Ipasgo 21, 22, 178 e 213
Parecer Consulta nº 57/2001 -	Portaria normativa nº 106/2001 do IPASGO 55, 70, 160 e 183
Parecer Consulta nº 59/2001 -	Justificativa perante os convênios de assistência médica quanto ao uso de medicações anestésicas de qualidade comprovadamente superiores, as quais oferecem uma maior segurança à realização de atos anestésico-cirúrgicos 18, 63 e 147
Parecer Consulta nº 60/2001 -	Orientação de imunobiológicos (vacinas e soros). Se essa atividade deve ser exclusiva da classe médica ou se pode a enfermeira encarregar-se das orientações necessárias 37, 75, 147 e 198
Parecer Consulta nº 61/2001 -	Patologias de pacientes atendidos pelos médicos do trabalho em suas empresas 149, 160 e 233
Parecer Consulta nº 62/2001 -	Plantões de cirurgias médicas 105, 193 e 213
Parecer Consulta nº 63/2001 -	Sistema de emergência móvel de Brasília, para que se esclareça a sua diferença dos planos de saúde, especialmente no que tange à forma como é prestado o atendimento 23 e 249
Parecer Consulta nº 64/2001 -	Consultas e exames com tratamentos alérgicos 41 e 121

- Parecer Consulta nº 65/2001 - Especialização em Pediatria, considerando ser esta de cunho geral, abrangendo a assistência à adolescência (faixa etária que ultrapassa os 18 anos de idade) ... 83, 109 e 185
- Parecer Consulta nº 66/2001 - Se é legal um profissional médico duvidar da veracidade de um pedido de exame feito por um especialista. Se é lícito as caixas de assistência constituírem "julgadores", os quais não têm a especialidade do médico que requisita tal exame? 40 e 141
- Parecer Consulta nº 67/2001 - Se é lícito ou não descontar faltas do médico assistente na eventualidade da cota de exames estar aquém do estabelecido, não correspondendo à porcentagem do mínimo estabelecido. Bem como se o atestado médico certificando que médico assistente figurou como acompanhante em internação hospitalar de parente próximo maior de idade, com autonomia e independência, deve ser considerado no abono, faltas no regime de trabalho com ganho sobre produtividade 31 e 62
- Parecer Consulta nº 68/2001 - Como anda a regularização da situação de que o médico patologista poderá assumir responsabilidade técnica para exames específicos de análise clínica e que poderá deixar, em sua ausência, um substituto legal, o profissional em Biologia 68, 90, 135 e 183
- Parecer Consulta nº 69/2001 - Concurso para professor adjunto na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás para a área de Semiologia Médica 55, 80, 217 e 241
- Parecer Consulta nº 70/2001 - Universidades de Medicina da Bolívia terem proposto à direção do hospital um convênio para estagiários do último ano, sob supervisão e acompanhamento de preceptora médica local 63, 84 e 89
- Parecer Consulta nº 01/2002 - Interpretação entre o atestado médico solicitado por usuário e a solicitação de laudo médico 31 e 136
- Parecer Consulta nº 03/2002 - Conduta profissional 215
- Parecer Consulta nº 04/2002 - Conduta de médico auditor do Ipasgo 40

Parecer Consulta nº 05/2002 -	Responsabilidade técnica dos plantonistas que vierem efetivar atendimento nas dependências do Hugo, bem como se estes atendimentos poderão ser efetuados pelos “R-3” sem a presença do Staf e, ainda, se as cirurgias efetuadas nas instalações da Fundação Banco de Olhos de Goiás (Fubog), poderão ser efetuadas por “R-3”, com a presença do Staf	67, 217 e 220
Parecer Consulta nº 06/2002 -	Avaliação da sensibilidade dos profissionais médicos para abordagem sindrômica das infecções sexualmente transmissíveis, quanto aos aspectos éticos e bioéticos	17, 83 e 187
Parecer Consulta nº 07/2002 -	Implicações legais e éticas quando da vistoria de auditor não houver justificativa por parte do médico, hospital, para tal procedimento	40
Parecer Consulta nº 08/2002 -	Laudos radiológicos via <i>internet</i> (escaneados)	136, 209 e 239
Parecer Consulta nº 09/2002 -	Projeto do Programa Ipasgo Domiciliar	21
Parecer Consulta nº 10/2002 -	Custo de procedimento médico	53
Parecer Consulta nº 12/2002 -	Médicos não especialistas em Pediatria estarem realizando atendimentos nesta área, em virtude da carência de profissionais pediatras	185 e 241
Parecer Consulta nº 14/2002 -	Conduta adotada em casos de pacientes com HIV	17 e 228
Parecer Consulta nº 15/2002 -	Conduta adotada pela auditoria da Affego	40
Parecer Consulta nº 16/2002 -	Informações sobre o procedimento cirúrgico gastropastia	50 e 105
Parecer Consulta nº 17/2002 -	Avaliação ética do quesito intersexo	141
Parecer Consulta nº 18/2002 -	Honorários médicos pagos pelo Ipasgo	115
Parecer Consulta nº 19/2002 -	Título de especialista em Clínica Geral	241
Parecer Consulta nº 20/2002 -	Efeitos provocados pela ingestão dos medicamentos Prozac 20, Tegretol 200 e Frontal 0,5 mg	147

Parecer Consulta nº 21/2002 -	Quem é o responsável por paciente que estiver internado e necessitar se submeter a exames em outro local	220 e 243
Parecer Consulta nº 22/2002 -	Retirada de prontuários médicos do hospital por auditores de plano de saúde	200
Parecer Consulta nº 24/2002 -	Glosa do Bradesco Saúde acerca de cirurgia realizada	115 e 213
Parecer Consulta nº 25/2002 -	Conduta a ser tomada nos atendimentos em consultório médico	105
Parecer Consulta nº 27/2002 -	Licitude de um médico legista atuar como perito em delegacia de polícia	155 e 185
Parecer Consulta nº 28/2002 -	Obrigatoriedade da prestação de informações escritas ao paciente pelos médicos peritos do INSS	155 e 186
Parecer Consulta nº 30/2002 -	Legalidade de profissionais oriundos de outros países estarem realizando exames sem registro no CRM (GO)	90, 175 e 220
Parecer Consulta nº 32/2002 -	Cobrança de glosas por parte de Hospital de Formosa (GO), o qual emite nota fiscal aos pacientes orientando-os a procurarem a Unimed para ressarcimento	190
Parecer Consulta nº 33/2002 -	Implantação do NAT no Hemocentro, visando a diminuir os riscos de transmissão do vírus da hepatite C e do HIV por transfusão de hemocomponentes	45, 225 e 242
Parecer Consulta nº 34/2002 -	Convênio de cooperação técnico-científica e intercâmbio cultural e profissional firmado entre a Catholic Health East e a Fundação de Assistência Social de Anápolis	63, 64 e 187
Parecer Consulta nº 36/2002 -	Conduta adotada pelos profissionais da Junta Médica Municipal que negaram o pedido de aposentadoria ao paciente	131
Parecer Consulta nº 38/2002 -	Legalidade ou não de biomédicos assinarem laudos de citologia onco-parasitárias, sem terem especialidade na área	91 e 160

Parecer Consulta nº 39/2002 -	Remuneração do Ipasgo aos médicos que realizam cesarianas e escolha do tipo de parto pela paciente	41, 115 e 214
Parecer Consulta nº 40/2002 -	Necessidade de guardar a planilha de exames (rascunho), visto que o laudo é gravado em disquete	136
Parecer Consulta nº 42/2002 -	Atitude dos médicos residentes do Hospital Materno Infantil em deflagarem greve, inclusive nos serviços de emergência	157
Parecer Consulta nº 43/2002 -	Condições mínimas para o funcionamento de um hospital para atendimento médico de urgência e outras orientações	21
Parecer Consulta nº 44/2002 -	Matéria jornalística de autoria do presidente do Conselho Federal de Enfermagem desafiando a classe médica	121
Parecer Consulta nº 45/2002 -	Cumprimento dos prazos na consulta médica ...	22 e 57
Parecer Consulta nº 46/2002 -	Curso de residência em Saúde da Família	217
Parecer Consulta nº 47/2002 -	Atestado de impossibilidade para educação física emitido por fisioterapeuta	91 e 95
Parecer Consulta nº 49/2002 -	Preenchimento de formulários para concessão de benefícios de seguro	226
Parecer Consulta nº 50/2002 -	Exames complementares executados em consultórios de cardiologia em ECG e outros	160
Parecer Consulta nº 51/2002 -	Atestado de óbito nos casos de morte natural e violenta, situação em que é exigido encaminhamento ao IML e outras	23
Parecer Consulta nº 52/2002 -	Prática de cirurgia buco-maxilo-facial realizada por cirurgiões dentistas em hospitais	52
Parecer Consulta nº 53/2002 -	Procedimento a ser adotado diante de algum paciente que venha a necessitar de serviços de hemoterapia e hematologia, quando o hospital não dispõe de serviços especializados	225
Parecer Consulta nº 55/2002 -	Pacientes que tentam extorquir dinheiro de médico, sob alegação de que o mesmo seria culpado por problemas de saúde que teriam surgido após procedimento médico realizado por ele	211 e 220

Parecer Consulta nº 56/2002 -	Consulta médica	59 e 116
Parecer Consulta nº 57/2002 -	Indagação da necessidade do conhecimento e consentimento prévios do paciente quando da realização de exame de imagem assistido por médicos do curso de especialização	55
Parecer Consulta nº 60/2002 -	Legalidade da substituição da direção técnica da hemodiálise de hospital, em que a direção está sob vigência de contrato de terceirização	68 e 220
Parecer Consulta nº 61/2002 -	Possibilidade de verificação de prontuários pelo administrador hospitalar e pelo secretário municipal de saúde	200 e 229
Parecer Consulta nº 62/2002 -	Exercício da Anatomia Patológica quanto à especialidade exclusiva de médico ou não	125
Parecer Consulta nº 64/2002 -	Solicitação de exames de HIV de detentos sem autorização deles	18, 57 e 70
Parecer Consulta nº 65/2002 -	Cartões de descontos oferecidos por empresas que vêm atuando como se fossem plano de saúde	50
Parecer Consulta nº 66/2002 -	Situação dos médicos cooperados já autorizados anteriormente em áreas de atuação de suas especialidades sem o devido título ou certificado registrado no CRM (GO)	241
Parecer Consulta nº 67/2002 -	Negativa de procedimento sugerido por médico, por entender o solicitante (médico) que deveria ter melhor definição do diagnóstico	40
Parecer Consulta nº 69/2002 -	Como proceder em caso de procura de pacientes para consulta fora do horário de expediente	193
Parecer Consulta nº 70/2002 -	Definição e diferença entre auditor e perito	40 e 155
Parecer Consulta nº 71/2002 -	Acesso aos prontuários médicos	201
Parecer Consulta nº 73/2002 -	Aptidão para a realização de procedimentos cirúrgicos sobre o aparelho digestivo	51 e 105
Parecer Consulta nº 74/2002 -	Destino de peças cirúrgicas obtidas em procedimentos cirúrgicos hospitalares cujos pacientes não retornam para dar encaminhamento	160 e 183

Parecer Consulta nº 75/2002 -	Obrigatoriedade de um médico plantonista acompanhar o paciente consultado em pronto-socorro 157
Parecer Consulta nº 01/2003 -	Legalidade de acadêmicos do curso de Medicina estarem auxiliando cirurgias em unidade hospitalar privada sem nenhum vínculo com escola de Medicina 42, 89 e 121
Parecer Consulta nº 02/2003 -	Uso da tabela AMB 92 e 96 116, 175, 214 e 237
Parecer Consulta nº 03/2003 -	Hierarquias dos Conselhos Estaduais e Federais em relação às Sociedades Estaduais e Federais de cada especialidade médica junto ao MEC 18 e 80
Parecer Consulta nº 04/2003 -	Exames de eletroneuromiografia e eletroencefalograma, se esses exames são privativos da especialidade Neurofisiologia 41, 84, 141, 161, 168 e 242
Parecer Consulta nº 05/2003 -	Resolução CFM nº 1.649, que trata da proibição de médicos como proprietários, sócios ou dirigentes dos cartões de descontos 50
Parecer Consulta nº 06/2003 -	Legalidade de exigência feita pelo Tribunal de Contas do Município da denominação técnica e CID em perícia médica 32 e 228
Parecer Consulta nº 08/2003 -	Plantões médicos 194 e 220
Parecer Consulta nº 12/2003 -	Terceirização em serviços de anatomia patológica e áreas de atuação 53, 68, 135, 183 e 210
Parecer Consulta nº 16/2003 -	Legalidade de convênio firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade da Bolívia 63, 84 e 89
Parecer Consulta nº 18/2003 -	Obrigatoriedade ou não de cobertura por parte dos planos de saúde do procedimento de vasectomia bilateral para fins de esterilização 86, 188, 190 e 253
Parecer Consulta nº 20/2003 -	Se em algum momento a “medicina especializada” indicou a Hepatite C como enfermidade passível de ser considerada no mesmo patamar lesivo da “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida” 18, 109 e 186
Parecer Consulta nº 21/2003 -	As denominadas “cobertura à distância”, em que, no interior, o profissional, não estando no nosocômio, prontifica-se, ou não, a atender aos chamados, pertencendo ao corpo clínico 214 e 230

Parecer Consulta nº 22/2003 -	Legalidade de rejeição de internação de casos cirúrgicos eletivos no dia anterior à cirurgia por parte dos convênios/seguros de saúde	190
Parecer Consulta nº 23/2003 -	Estágio em maternidade, na sala de parto, para militares do Corpo de Bombeiros	21, 23 e 84
Parecer Consulta nº 24/2003 -	Médico delegar poderes para a equipe de enfermagem realizar curativos	76
Parecer Consulta nº 25/2003 -	Legalidade de cobrança de honorários médicos junto ao Ipagso e Unimed em nome de um médico quando também houve atendimento por outros médicos não credenciados	116 e 214
Parecer Consulta nº 28/2003 -	Obrigatoriedade de todo paciente do SUS receber transfusões de hemocomponentes dos hemocentros mesmo que internados em hospitais particulares	225 e 243
Parecer Consulta nº 29/2003 -	Especialidade e publicidade	64, 84 e 205
Parecer Consulta nº 30/2003 -	Qual profissional está habilitado a exercer a atividade de preparo de corpo, bem como qual profissional está habilitado para exercer a atividade de responsabilidade técnica de conservação de cadáveres	38, 57, 67, 69, 75, 102, 167 e 237
Parecer Consulta nº 31/2003 -	Legalidade da realização de sessões clínicas nas dependências do Pronto Socorro Psiquiátrico do Departamento de Saúde Mental	57, 70, 80, 158, 194, 199 e 204
Parecer Consulta nº 33/2003 -	Legalidade de médico na escolha de atender por convênio ou SUS, de acordo com a melhor remuneração	71, 141 e 214
Parecer Consulta nº 34/2003 -	Legalidade na imposição de encaminhamento de materiais para anatomopatológico para apenas um laboratório, referente aos convênios	158, 191 e 214
Parecer Consulta nº 35/2003 -	Solicitação recebida pelo Hugo para realização de pesquisa médica dentro do Hospital	67 e 187
Parecer Consulta nº 37/2003 -	Preenchimento da prescrição cirúrgica no prontuário médico	198 e 202

Parecer Consulta nº 39/2003 -	Procedimentos de cirurgia da obesidade mórbida	52 e 173
Parecer Consulta nº 40/2003 -	Portaria normativa nº 177/2002 – Ipasgo	39, 98 e 179
Parecer Consulta nº 41/2003 -	Legalidade do exercício dos cargos de diretor clínico, diretor técnico e secretário de saúde em uma mesma gestão, bem como sobre as especialidades (cirurgião e anestesia), estando em regime de plantões alcançáveis, em uma unidade que conta com serviços de pronto-socorro	17, 18, 67, 69, 198 e 226
Parecer Consulta nº 42/2003 -	Concessão de autorização por escrito pelos hospitais e clínicas associados à AHEG, com poder de negociação junto aos planos de saúde no que se refere aos contratos de prestação de serviços	62, 63, 192 e 198
Parecer Consulta nº 43/2003 -	Exame de ultrassonografia	84, 141, 161, 209 e 242
Parecer Consulta nº 44/2003 -	Paciente ter o direito de ir ou não a médico psiquiatra e não ter que tomar remédios obrigatoriamente, mesmo com a contrariedade da mãe	60, 70 e 204
Parecer Consulta nº 45/2003 -	Viabilidade ética da atuação de estudantes de fisioterapia na realização de pesquisa na área da especialidade Acupuntura	17, 87 e 187
Parecer Consulta nº 46/2003 -	Notificação de irregularidades do exercício da enfermagem no Serviço de Atendimento de Urgência (SAU) da Unimed ..	21, 69 e 77
Parecer Consulta nº 47/2003 -	Legalidade da exigência da Unimed/Anápolis de confecção de carimbo padronizado constando o número do código do cooperado junto com o número do CRM	49, 148 e 192
Parecer Consulta nº 48/2003 -	Impedimento ou não no Código de Ética Médica ou resoluções do CFM de o profissional médico de constituir sua empresa para prestação de serviços médicos a outra empresa ...	199
Parecer Consulta nº 49/2003 -	Licitude da restrição de atendimento a pacientes do Ipasgo, atendendo apenas em caráter particular	22, 60, 71 e 193

Parecer Consulta nº 50/2003 -	Proposta da AHEG de padronizar os formulários de pedidos de exames usados pelas operadoras de saúde	102, 161, 193 e 233
Parecer Consulta nº 51/2003 -	Informação encaminhada pela Associação dos Hospitais de Anápolis ao Ipasgo sobre o novo procedimento a ser adotado em relação a prontuários médicos pelas Unidades Hospitalares de Anápolis	40 e 202
Parecer Consulta nº 54/2003 -	Permissão aos estabelecimentos que comercializam medicamentos (farmácias e drogarias) para realizarem injeção intramuscular e endovenosa, teste de glicemia, aferição de pressão, perfuração de orelha e colocação de <i>piercing</i>	95 e 187
Parecer Consulta nº 55/2003 -	Emissão de Atestado de Saúde Ocupacional por médico que não tem especialidade em Medicina do Trabalho	27 e 149
Parecer Consulta nº 57/2003 -	Auditorias em prontuários ambulatoriais em unidade de saúde pública realizadas por profissionais não-médicos	41, 204 e 230
Parecer Consulta nº 58/2003 -	Quem detém posse de ficha de atendimento de consultório em caso de saída de uma instituição privada	95 e 204
Parecer Consulta nº 59/2003 -	Emissão de laudos citohistoanatomopatológicos emitidos por profissionais não-médicos	39, 53 e 137
Parecer Consulta nº 60/2003 -	Responsabilidade de preenchimento do formulário e a necessidade ou não de o anestesista se informar dos medicamentos administrados por outros médicos durante o ato cirúrgico	19 e 148
Parecer Consulta nº 62/2003 -	Emissão ou não de atestado médico por profissional que presta serviço de emergência nas unidades públicas	32 e 71
Parecer Consulta nº 63/2003 -	Liminar judicial que libera a solicitação de exames complementares pelos fisioterapeutas	39, 95, 163, 209 e 233
Parecer Consulta nº 64/2003 -	Credenciamento de médicos que não detêm título de especialista na área solicitada	62, 193 e 242

Parecer Consulta nº 65/2003 -	Conduta ética de chefe de comissão de infecção hospitalar que, por mais de uma vez, tenha riscado e alterado a prescrição de antibiótico 54, 148 e 198
Parecer Consulta nº 68/2004 -	Cirurgia bariátrica 52
Parecer Consulta nº 71/2004 -	Legalidade ou não de se instituir cotas de atendimento para os usuários do Ipasgo 22, 60 e 64
Parecer Consulta nº 72/2004 -	Recidiva de pterígio 176
Parecer Consulta nº 74/2004 -	Necessidade de contratação de enfermeira para supervisão dos serviços de enfermagem, quando se tratar de clínica médica sem internação de paciente 77
Parecer Consulta nº 75/2004 -	Paciente que tem encontrado barreiras administrativas perante à Junta Municipal de Saúde para ter aceito atestado médico 36 e 131
Parecer Consulta nº 76/2004 -	Licitude ou não de o poder executivo criar junta médica com o intuito de avaliar conduta dos médicos credenciados junto ao município 132
Parecer Consulta nº 77/2004 -	Legalidade do uso da ortoceratoprotese e anel de Ferrara no Brasil 176
Parecer Consulta nº 78/2004 -	Artigo do <i>Jama</i> relativo à possibilidade da divulgação da importância da necropsia, inclusive para a proteção do médico quando for acusado injustamente 167
Parecer Consulta nº 81/2004 -	Possibilidade de utilizar nome de fantasia para condomínio de consultórios médicos 205
Parecer Consulta nº 84/2004 -	Suspensão de cirurgias eletivas 53 e 226
Parecer Consulta nº 86/2004 -	Legalidade ou não em se recusar um atestado de funcionário que foi desligado da empresa 36 e 149
Parecer Consulta nº 87/2004 -	Forma correta e legal de iniciar a utilização de novo método complementar de controle de Hipotermia 112
Parecer Consulta nº 89/2004 -	Pretensão de convênio médico em solicitar preenchimento de questionário para mensuração do índice de exames não reclamados pelos usuários 230
Parecer Consulta nº 90/2004 -	Procedimento na área de Oftalmologia 60 e 178

Parecer Consulta nº 92/2005 -	Preenchimento da identificação do paciente em planilha de atendimento em unidades públicas pelo médico	22 e 147
Parecer Consulta nº 93/2005 -	Cirurgia com anestesia local sem a participação do médico anestesista e conduta antiéptica do anestesista ante tempo cirúrgico muito prolongado em cirurgia videolaparoscópica .	20 e 220
Parecer Consulta nº 94/2005 -	Legalidade e moralidade sobre a combinação de função de médico da empresa e coordenador e responsável pelo PCMSO	152
Parecer Consulta nº 97/2005 -	Derrame (Acidente Vascular Cerebral)	168
Parecer Consulta nº 99/2005 -	Médico auditor alterar procedimento determinado por outro médico	41
Parecer Consulta nº 100/2005 -	Conduta de secretário de saúde ao enviar denúncia à Ouvidoria Geral do Estado de Goiás em desfavor de médico que trabalha no Hospital de Urgências de Goiânia (Hugo)	23 e 226
Parecer Consulta nº 101/2005 -	Cirurgia de esterilização, vasectomia e laqueadura tubária	86, 135, 189 e 253
Parecer Consulta nº 104/2005 -	Informar se os responsáveis técnicos pelo serviço de diagnóstico de clínicas de ortopedia e traumatologia necessitam ser radiologistas	70 e 209
Parecer Consulta nº 105/2005 -	Obrigatoriedade de haver plantonista noturno e de finais de semana no Hospital	157
Parecer Consulta nº 106/2005 -	Autenticidade de atestados médicos	36
Parecer Consulta nº 108/2005 -	Comunicação de internação hospitalar pela rede hospitalar privada ao Sistema Único de Saúde	230
Parecer Consulta nº 110/2005 -	Restrição do fornecimento dos talonários de notificação de Receita B por parte da Vigilância Sanitária Municipal de Jataí	148
Parecer Consulta nº 112/2005 -	Necessidade de consulta a ser realizada por fisioterapeutas no início do procedimento fisioterápico	39, 57 e 98

Parecer Consulta nº 113/2005 -	Solicitação de chefe de enfermagem de Unidade Hospitalar para implantar Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), fundamentada em resolução do Conselho Federal de Enfermagem	79
Parecer Consulta nº 114/2005 -	Obrigatoriedade ou não de médico acompanhar o paciente na viagem de transferência de cidade	244
Parecer Consulta nº 115/2005 -	Obrigatoriedade de emissão de relatório de procedimento cirúrgico para esterilização	86, 135, 189 e 253
Parecer Consulta nº 116/2005 -	Conduta adotada pela Unimed/Anápolis, com referência a credenciamento de responsável técnico sem especialidade em diagnóstico por imagem para a realização de exames radiológicos	70
Parecer Consulta nº 118/2005 -	Orientação sobre a possível imposição da Affego aos prestadores de serviços médico-hospitalares da utilização de medicamentos genéricos	41
Parecer Consulta nº 02/2006 -	Existência de responsabilidade técnico-jurídica que possa desencadear processo ético e profissional contra clínica	70
Parecer Consulta nº 05/2006 -	Doação de óvulos para reprodução assistida entre pacientes irmãs	216
Parecer Consulta nº 06/2006 -	Responsabilidade do médico anestesiológista em procedimentos de lipoaspiração ambulatorial efetuada por médico sem formação em cirurgia plástica	221
Parecer Consulta nº 10/2006 -	Gestação de substituição, utilizando para o processo gestacional a irmã da paciente	216
Parecer Consulta nº 18/2006 -	Profissão optometrista	178



*O Apotecário. Pietro Longhi, 1752
Galleria dell'Academia, Veneza*

Índice onomástico

A

ALVARENGA, José Alberto
39/2001,
54/2001,
60/2001,
66/2001,
67/2001,
16/2002,
18/2002,
20/2002,
34/2002,
61/2002,
70/2002,
73/2002,
22/2003,

ANDRADE, Rômulo Sales de
14/2001,
37/2001,
15/2002,
51/2003,
114/2005,

ARAÚJO, Antônio José de
37/2003,
76/2004,

AZEVEDO, Robson Paixão de
63/2003,

B

BARBOSA, Guilherme Lopes
02/2001,
43/2001,
65/2001,
56/2002,
46/2003,

BRAGA, Bragmar Emílio
86/2004,
106/2005,
02/2006,

C

CAMPOS, Wanderly Barroso
10/2001,
01/2002,
06/2002,
50/2002,
31/2003,
41/2003,

CAMPOS JÚNIOR, Sizenando da Silva
04/2003,
97/2005,

CANEDO, Lueiz Amorim
84/2004,
112/2005,

CARVALHO, Francisco Geraldo Sarti de
94/2005,

CASTRO, Ciro Ricardo Pires de
63/2001,
43/2002,
47/2003,
116/2005,
118/2005,

CAVALCANTE, Umberto de Sá
06/2001,
40/2001,

F

FIGUEIREDO JÚNIOR, Daniel do Prado
11/2001,
16/2001,
28/2001,
35/2001,
48/2001,
69/2001,
03/2002,
07/2002,
09/2002,
12/2002,
19/2002,
32/2002,
33/2002,
39/2002,
42/2002,
49/2002,
53/2002,
55/2002,
66/2002,
67/2002,
69/2002,
75/2002,
02/2003,
29/2003,
43/2003,
45/2003,
71/2004,
74/2004,

101/2005,
113/2005,

FREITAS, Heitor Alarico Gonçalves de
03/2001,
51/2001,
64/2001,
22/2002,
24/2002,

G

GARÇÃO, Lúvia Barros
32/2001,
08/2002,
51/2002,
25/2003,
62/2003,
10/2006,

GUIMARÃES, Ione Borges Ribeiro
30/2002,

H

HANNA, Elias
07/2001,
70/2001,
04/2002,
25/2002,
71/2002,
01/2003,
58/2003,

L

LIMA, Silas Pereira
26/2001,
68/2001,
38/2002,
60/2002,
62/2002,
74/2002,
12/2003,
28/2003,
34/2003,
35/2003,
59/2003,
78/2004,

M

MACHADO, Mauro Pereira
36/2002,
64/2003,
89/2004,

MENDONÇA, Ivane Campos
31/2001,
55/2001,

MENDONÇA, Paulo Roberto Prata
39/2003,
68/2004,

MORATO, Evandélio Alpino
24/2001,
30/2001,
50/2001,
05/2002,
45/2002,
72/2004,
77/2004,
90/2004,
99/2005,
18/2006,

MOREIRA, Benedito Alves
17/2001,
21/2001,
22/2001,
44/2001,
52/2001,

O

OLIVEIRA, Ana Maria de
05/2001,
14/2002,
46/2002,
64/2002,
20/2003,
54/2003,
55/2003,

OLIVEIRA, Cacilda Pedrosa de
21/2002,

R

RASSI, Afif Afrânio
36/2001,
38/2001,
46/2001,
61/2001,
28/2002,
18/2003,
23/2003,

RASSI, Paulo
25/2001,

57/2001,
48/2003,
49/2003,

RODRIGUES, Reginaldo Bento

13/2001,
15/2001,
19/2001,
27/2001,
47/2001,
56/2001,
62/2001,
10/2002,
17/2002,
47/2002,
57/2002,
65/2002,
05/2003,
06/2003,
08/2003,
33/2003,
40/2003,
50/2003,
57/2003,
65/2003,
75/2004,
92/2005,
93/2005,
100/2005,
105/2005,
108/2005,
110/2005,
06/2006,

S

SANTOS, Iliam Cardoso dos

44/2002,
52/2002,
03/2003,
16/2003,
24/2003,

SILVA, Caio Fernando Vicente da

34/2001,
53/2001,
27/2002,

SILVA NETO, Galdino da

09/2001,

SOARES, José Wesley Benício
21/2003,
115/2005,
05/2006,

T

TEIXEIRA, Eduardo Alves
30/2003,
44/2003,

TORRES, Haroldo de Oliveira

59/2001,
60/2003,
81/2004,

V

VIERA FILHO, José
87/2004,

X

XIMENES, Carlos Alberto
18/2001,
40/2002,
42/2003,
104/2005,

